



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

# Vignetten

Uitgebracht bij het advies Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg

Den Haag, 2008



## Inhoudsopgave

<b>1.</b>	<b>Medisch specialistische zorg</b>	<b>5</b>
	<i>Mr. J.P. Kasdorp</i>	
<b>2.</b>	<b>Huisartsenzorg</b>	<b>19</b>
	<i>Mr. J.P. Kasdorp</i>	
<b>3.</b>	<b>Geïntegreerde eerste lijn</b>	<b>37</b>
	<i>Drs. A.C.J. Rijkschroeff-van der Meer</i>	
<b>4.</b>	<b>Farmaceutische industrie</b>	<b>47</b>
	<i>L. Ottes, arts</i>	
<b>5.</b>	<b>Geestelijke gezondheidszorg</b>	<b>71</b>
	<i>Mr. J.P. Kasdorp</i>	
<b>6.</b>	<b>Gehandicaptenzorg</b>	<b>91</b>
	<i>Mr. J.P. Kasdorp</i>	



## Medisch specialistische zorg

### 1. Vraagstelling

In 2004 werkte 58% van de medisch specialisten in algemene en categorale ziekenhuizen en zbc's als vrij ondernemer, 16% werkte in loondienst in algemene en categorale instellingen en 26% in loondienst in academische ziekenhuizen. In dit vignet beperken we ons tot de medisch specialisten die als vrij ondernemer werken.

Vrije ondernemers kunnen in het algemeen hun tarieven marktconform vaststellen. Voor vrije ondernemers in de gezondheidszorg – waaronder veel medisch specialisten - is dat niet het geval, omdat de gezondheidszorg geen gewone markt is. Op hun tarieven is de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing. Het is volgens die wet verboden een tarief in rekening te brengen dat niet aan de bepalingen van de wet voldoet. Er zijn regels waarin de prestaties worden beschreven en de Nederlandse Zorgautoriteit stelt de tarieven of een bepaalde tariefruimte vast.

Aan deze regulering ligt een stelsel van overeenkomsten ten grondslag. Daarin maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar afspraken over de honorering en de onkostenvergoeding van de diverse beroepsgroepen. Ook de overheid zelf kan partij bij deze overeenkomsten zijn. Deze overeenkomsten zijn niet beleidsneutraal. Ze beïnvloeden niet alleen de uitgaven voor de gezondheidszorg, maar ook het beroepsmatig handelen en de bedrijfsvoering van de betrokken beroepsgenoten. De partijen beogen hieraan met hun overeenkomst richting te geven, maar er kunnen ook niet beoogde effecten optreden.

De vraag is nu hoe deze overeenkomsten en de tarieven die daarop zijn gebaseerd, kunnen bijdragen aan een duurzaam uitgavenmanagement. Hierbij is het van belang dat medisch specialisten hun beroep bijna altijd in een ziekenhuis uitoefenen. De inbedding van het vrij beroep in het ziekenhuisbedrijf schept een bijzondere situatie. Het ziekenhuis neemt bijvoorbeeld een groot deel van de bedrijfskosten voor zijn rekening. Andere personen met een vrij beroep, zoals advocaten en notarissen, berekenen die in hun tarieven door. Belangrijker is dat de kosten van het ziekenhuis in belangrijke mate worden

bepaald door de medische beslissingen van medisch specialisten. Uit het oogpunt van uitgavenmanagement bestaat er een intrinsiek verband tussen de bekostiging van het ziekenhuis en die van de medisch specialist.

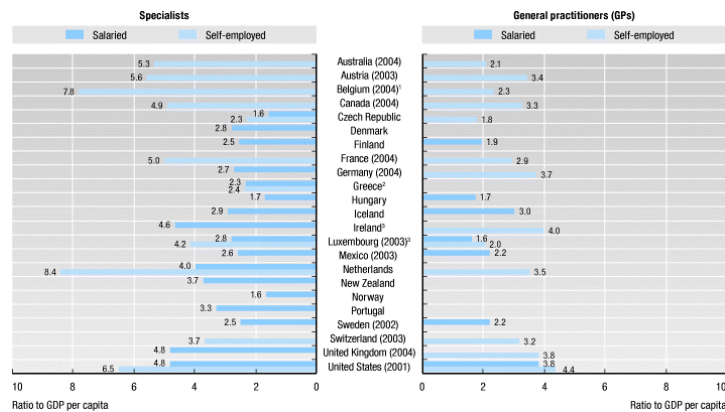
## **2. Honorering van de medisch specialist**

De medisch specialist in dienstverband wordt gehonoreerd conform de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten (AMS), die formeel deel uitmaakt van de CAO Ziekenhuizen. Er is één salarisschaal met zes treden, die lopen van € 5.460 per maand tot € 9.541 per maand (niveau 1-4-2007). Academische medisch specialisten worden gehonoreerd volgens de CAO Universitair medische centra (CAO-UMC). Er zijn aparte salarisschalen voor medisch specialisten, academisch medisch specialisten, academisch medisch specialisten - hoogleeraren en academisch medisch specialisten - afdelingshoofden. De maandbedragen variëren van € 4.898 tot € 11.302 (niveau 1-8-2007).

Voor de medisch specialist in het vrij beroep geldt vanaf 2008 een uurtarief, dat deel uitmaakt van de ongeveer 33.000 Diagnose Behandel Combinaties (DBC's), die ziekenhuizen voor hun diensten in rekening kunnen brengen. Het uurtarief is in een overeenkomst tussen de Orde van Medisch Specialisten en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vastgesteld op € 132,50 (prijspeil 2006) met een bandbreedte van € 6, - plus en € 6, - min. Dit zou op jaarbasis een inkomen van € 129.500, - moeten opleveren, gebaseerd op 1.555 declarabele uren. Het uurtarief is op basis van het rapport van de Commissie Uurtarief opgebouwd uit een aantal globale posten, zoals een inkomenscomponent, beroepskosten, en individuele c.q. maatschapsgebonden kosten.

Het uitgangspunt voor het honorarium van de medisch specialist in het vrij beroep is, dat hij bij een zelfde werkbelasting het zelfde verdient als een medisch specialist in dienstverband. De vergelijkingsmaatstaf is trede 6 van de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten + vakantiebijslag. In 2005 bedroeg die € 119.841,00. Daar komen nog een of meer toeslagen bij voor het ondernemersrisico in het vrij beroep en voor inconvenienten (nacht- en weekenddiensten).

De Nederlandse medisch specialist wordt, vergeleken met zijn collega's in andere OECD-landen, heel goed gehonoreerd. Duitsland, Oostenrijk en Denemarken zijn landen die naar inkomen en inkomensverschillen met Nederland vergelijkbaar zijn. Een Europese vergelijking uit 2004 (Inkomens medische specialisten en huisartsen in Europa, ambtelijke notitie van het ministerie van VWS, november 2004) wijst uit dat het gewogen gemiddelde bruto jaarinkomen van de Nederlandse specialist 75% hoger is dan van zijn Duitse collega, ten minste 75% hoger dan van zijn Oostenrijkse collega en meer dan 100 % hoger dan van zijn Deense collega. Terwijl de Nederlandse specialist gemiddeld 5x modaal verdient, verdient de Duitse specialist 3x modaal, de Oostenrijkse 2-3x modaal en de Deense 1-2x modaal. Dat de honorering van medisch specialisten in deze landen op een beduidend lager niveau ligt als in Nederland, blijkt ook uit het volgende overzicht van de OECD (Health at a Glance 2007). Opvallend is dat de medisch specialist in dienstverband ongeveer de helft verdient van zijn collega in het vrij beroep. Uitgangspunt van het honoreringsbeleid van de Orde van Medisch Specialisten is, dat beide groepen voor de zelfde hoeveelheid werk het zelfde verdienen.



### 3. Ramingen en uitgaven

#### 3.1 Ramingen

Het CPB publiceert om de paar jaar een scenario voor de zorguitgaven. In 2001 verscheen een scenario voor de periode

2003-2006 en in 2006 een scenario voor de periode 2008-2011. Hier volgen de ramingen voor de uitgaven aan ziekenhuizen en medisch specialisten.

**Tabel 3.1 Basisraming 2003-2006: gemiddelde jaarlijkse procentuele mutaties in volume en prijzen**

	Volume	Prijs	Waarde
Ziekenhuizen en specialisten	2,4	3,5	6,0

**Tabel 3.2 Raming 2008-2011: gemiddelde jaarlijkse procentuele mutaties in volume en prijzen**

	Volume	Prijs	Waarde
Ziekenhuizen en specialisten	2,5	2,5	5,0

Het CPB licht zijn ramingen als volgt toe.

*Ongeveer 30% van de totale zorguitgaven bestaan uit kosten van ziekenhuizen en specialisten. Ziekenhuizen bieden zorg aan in diverse producten. De belangrijkste producten zijn: de poliklinische behandelingen, dagbehandelingen, opnames en verpleging. Jaarlijks worden hierover afspraken gemaakt tussen ziekenhuizen en verzekeraars. Per product krijgen de ziekenhuizen hiervoor een budgetvergoeding. Deze budgetvergoeding is sinds 2001 ook van toepassing op alle productie die boven de afspraken uitkomt.*

*De hoogte van deze vergoedingen is van invloed op de samenstelling van de ziekenhuisproductie. Het vergoedingenbeleid is er zeer op gericht geweest om de dure opnames met verpleging te reduceren ten gunste van goedkopere dagbehandeling. Het aantal verpleegdagen en klinische operaties (opnames) is vanaf 1995 gedaald met respectievelijk 20% en 5%, terwijl de dagbehandelingen met 60% zijn gestegen (CBS, 2005). De poliklinische behandelingen laten een uiteenlopend beeld zien.*

*Het volume van de productie van de ziekenhuizen en specialisten gaf tussen 1990 en 2000 een geringe stijging van ongeveer 1,0% per jaar te zien. Dit was het gevolg van het gevoerde budgetbeleid voor specialisten en ziekenhuizen. De vaste vergoeding gaf de specialisten weinig economische prikkels om patiënten te behandelen en het beperkte budget van de ziekenhuizen gaf weinig ruimte voor technologische vernieuwing. In 2001 is het strikte budgettair beleid losgelaten, en*



*ontvingen specialisten in ziekenhuizen boven op de vaste vergoeding voor "gevrijwaarde" omzet een extra vergoeding per eenheid product. Door die zogenaamde "boter bij de vis" regeling nam het productievolume tot 2004 met gemiddeld ongeveer 5% per jaar toe.*

*Bij het ramen veronderstellen wij dat bij ongewijzigd beleid dit patroon zich zal blijven voortzetten maar minder extreem dan in de laatste jaren. Door technische ontwikkelingen kunnen de mogelijkheden tot dagbehandeling nog verder toenemen en de verpleegdagen verder afnemen. Daarnaast moet er rekening mee worden gehouden dat er ook een grens is aan de substitutiemogelijkheden. In de raming voor de middellange termijn verwachten we dat het totale productievolume, dat ook de behandelingen door geneesmiddelen omvat, in de periode 2008-2011 zal toenemen met 2,5% per jaar. De onzekerheid in de raming is echter aanzienlijk en dat heeft mede te maken met de onzekerheid over het traject dat de overheid gaat volgen voor het vrijgeven van de DBC's in het A-segment (CTG/ZAI0, 2006).*

NB In de laatste macro economische verkenning, die ten grondslag ligt aan de miljoenennota is één groeicijfer voor de zorg genoemd, circa 3%. De groeiruimte van de ziekenhuizen is dan ook circa 3%.

### **3.2 Uitgaven**

Hieronder staan de uitgaven, zoals berekend door het CBS. Hierbij valt het op dat de werkelijke groei van de uitgaven voor ziekenhuizen en specialisten in de jaren 2003-2006 ongeveer 0,5% lager is geweest dan de raming van het CPB. Dat verschil kan veroorzaakt zijn door verschillende interpretaties van de uitgaven. De groei van de uitgaven voor alleen de specialistenpraktijken lag aanmerkelijk hoger. De uitgavengroei in 2006 lijkt laag, maar dat is een vertekend beeld door de introductie van de DBC's in 2005. In werkelijkheid namen de uitgaven met 6% toe.

**Tabel 3.3 Uitgaven medisch-specialistische zorg (X miljoen euro) (Bron: CBS, Statistiek zorgrekeningen)**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Gemiddelde Jaarlijkse groei
Uitgaven Specialisten- praktijken	1.375	1.451	1.637	1785	2024	2158		
Groei t.o.v. vorige jaar		5,5	12,8	9,0	13,4	6,6		11,4
Uitgaven verstrekkers van medisch- specialistische zorg				15.357	16.364	17.580	17.877	
Groei t.o.v. vorige jaar					6,5	7,4	1,7	5,4

Het CBS zegt hierover:

*Door de invoering van DBC's in de medisch-specialistische zorg is de wijze van declareren door de zorgaanbieders met ingang van 2005 ingrijpend gewijzigd. De instellingen declareren hun kosten voor het grootste gedeelte door middel van DBC's. Bij de prijs van een DBC zijn zowel de kosten van het ziekenhuis als de beloning van de medisch specialisten inbegrepen. Daarom voegt het CBS de ziekenhuizen en de specialistenpraktijken vooralsnog samen in de cluster verstrekkers van medisch-specialistische zorg. De voor deze cluster genoemde percentages en bedragen zijn gecorrigeerd voor de eenmalige lastenverschuiving van 2006 naar 2005 van naar schatting 1,9 miljard euro vanwege de gewijzigde verantwoording door de zorgverzekeraars bij de invoering van de DBC-systematiek. De zorgverzekeraars moeten de kosten van een DBC verantwoorden bij opening van een DBC. Een deel van de kosten dat in de oude situatie pas in een volgend jaar zichtbaar zou worden komt nu tot uiting in 2005. Omdat 2005 een overgangsjaar is, moest meer dan in voorgaande jaren gebruik worden gemaakt van budgetinformatie in plaats van financieringsgegevens. Daardoor zijn de voorlopige cijfers voor 2005 van de medisch-specialistische zorg met extra onzekerheden omgeven.*

## 4. Achtergrond van de uitgaven

De aanvankelijk vooral zorginhoudelijke relatie tussen de medisch specialist en het ziekenhuis veranderde na invoering van de ziekenhuisbudgettering in 1983. Ziekenhuizen werden vanaf dat moment gebonden aan een vast budget dat op een bepaalde wijze tot stand kwam. Hierdoor ontstond als vanzelf een conflict van belangen tussen ziekenhuizen en medisch specialisten. De ziekenhuizen werden gedwongen de zorgkosten in de hand te houden. Dit kon voor medisch specialisten betekenen dat zij beknot werden in hun vrijheid van handelen.

In 1989 sloten verzekeraars, ziekenhuizen, specialisten en de overheid het zogenaamde Vijfpartijenakkoord. Daarin werd het element van budgettering ook in de honorering van medisch specialisten geïntroduceerd. De partijen spraken af dat er in de komende jaren niet méér aan specialistische zorg werd uitgegeven dan in 1989.

In 1995 werd de lumpsum-financiering ingevoerd. De lumpsum kwam erop neer dat de omzet van medisch specialisten – afgezien van trendmatige aanpassingen – werd bevroren. Hun verdiensten werden gedeeltelijk losgekoppeld van hun feitelijke productie. Voorwaarde was wel, dat alle of nagenoeg alle medisch specialisten van een ziekenhuis moesten meedoen. Ongeveer 90 % van alle vrijberoepsbeoefenaren deden dit.

De productie van de ziekenhuizen en medisch specialisten steeg tussen 1990 en 2000 met ongeveer 1,0% per jaar. Een geringe stijging. De vaste vergoeding gaf de specialisten weinig economische prikkels om patiënten te behandelen en het beperkte budget van de ziekenhuizen gaf weinig ruimte voor technologische vernieuwing. In 2001 werd het strikte budgettair beleid losgelaten omdat er te lange de wachtlijsten voor sommige verrichtingen waren ontstaan. De medisch specialisten in ziekenhuizen ontvingen vanaf dat jaar boven op de vaste vergoeding voor “gevrijwaarde” omzet een extra vergoeding per eenheid product. Door die zogenaamde “boter bij de vis” regeling nam het productievolume tot 2004 met gemiddeld ongeveer 5% per jaar toe.

Met ingang van 2005 is het systeem van DBC-financiering ingevoerd. Door de invoering van Diagnose Behandel Combi-

naties (DBC's) in de medisch-specialistische zorg is de wijze van declareren door de zorgaanbieders, maar ook de verantwoording van de lasten door de zorgverzekeraars, ingrijpend gewijzigd. De instellingen die hierop zijn overgegaan declareren hun kosten voor het grootste gedeelte door middel van DBC's. Bij de prijs van een DBC zijn zowel de kosten van het ziekenhuis als de beloning van de medisch specialisten inbegrepen.

In 2003 sprak de Orde van Medisch Specialisten met de minister van VWS af dat voor de DBC's van het B-segment, waarvan de prijs vrij onderhandelbaar is, een uurtarief ging gelden van € 140,- (prijsspeel 2003). Dit was een macro-neutraal uurtarief, wat wil zeggen dat de medisch specialisten gezamenlijk voor hun gewerkte uren hetzelfde bedrag gingen ontvangen als in het voorgaande jaar. Dit uurtarief is inmiddels vervangen door een normatief uurtarief van € 132,50, dat geldt voor zowel het A- als het B-segment. Van dit bedrag is € 0,50 geoormerkt voor kwaliteitsbeleid. Het tarief kan in onderhandeling met het ziekenhuis € 6,- hoger of lager worden vastgesteld. Met ingang van 2008 zijn de lumpsums afgeschaft en wordt de medisch specialist volledig op basis van DBC's bekostigd. Het inkomen van medisch specialisten is vanaf 2008 het product van het aantal geleverde DBC's, de normtijd per DBC en het uurtarief.

De NZa publiceert jaarlijks een Monitor Ziekenhuiszorg. In de Monitor 2007 stelt de NZa dat in het B-segment positieve ontwikkelingen zichtbaar zijn. De prijzen zijn na een daling in 2006 gestabiliseerd in 2007. *“De aanwijzingen worden steeds sterker dat ZBC's zorgen voor lagere prijzen in het B-segment.”* De NZa constateert dat de wachtlijsten in het B-segment over de periode 2005 en 2006 zijn afgenomen. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars onderhandelen professioneler en er bestaat meer aandacht voor kwaliteit tijdens de onderhandelingen. Ook lopen er goede initiatieven om tot transparantie van kwaliteit te komen. Toch komt de marktwerking in het B-segment nog onvoldoende op gang. De NZa stelt dat het voor een goede werking van de markt belangrijk is dat verzekeraars en aanbieders meer vrijheid krijgen om met elkaar te onderhandelen. De huidige omvang van het B-segment is te klein en varieert per ziekenhuis. Het aandeel van het B-segment in de totale omzet was in 2005 gemiddeld 7,3%, in algemene ziekenhuizen 8,6% en in academische ziekenhuizen 2,2%. Per ziekenhuis varieert het percentage van 1% tot 16%. De verwachte introductie van vrije prijsvorming en maatstafconcurrentie, zoals de NZa heeft

geadviseerd in de uitvoeringstoets "Op weg naar vrije prijzen", zorgt voor een aanzienlijke vergroting van de omvang van het segment met vrije prijzen. De NZa verwacht dat hiermee de marktwerking in de ziekenhuiszorg een sterke impuls zal krijgen en dat dit een positief effect heeft op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

In februari 2008 heeft Vektis, het onderzoeksbureau van de zorgverzekeraars, in samenwerking met The Boston Consulting Group (BCG) een rapport gepubliceerd over de kosten van de ziekenhuiszorg in het B-segment. Daaruit blijkt dat de kosten in 2006 heel snel gegroeid zijn. Berekeningen wijzen op een groeipercentage van bijna 12%. Hiervan wordt maar 2% verklaard door hogere prijzen en maar liefst 10% door een sterke verhoging van het volume (het aantal behandelingen).

De NVZ bestrijdt dat er in het B-segment sprake is van forse groei. De belangrijkste conclusies in een rapport van april 2008 over de belangrijkste ontwikkelingen in het B-segment:

- Op staar na is de groei sinds 2001 stabiel;
- Op diabetes na is er een substantiële prijsdaling voor de belangrijkste DBC's in het B-segment;
- Er is geen sprake van 'krenten uit de pap halen';
- Verzekeraars en ziekenhuizen onderhandelen over kwaliteit, kosten en toegankelijkheid;
- De registratie en uitkomsten van kwaliteit verbeteren;
- De kosten van zorgprofielen van de belangrijkste DBC's ontwikkelen zich gunstig;
- Er ontstaat betere marktordering in het B-segment.

## **5. Mogelijke maatregelen om de uitgaven te verminderen**

### **5.1 Bekostiging van ziekenhuiszorg**

Het kabinet wil ziekenhuizen en verzekeraars meer ruimte geven om naar eigen inzicht invulling te geven aan de zorg. Dat staat in de beleidsbrief 'Waardering voor betere zorg' van 13 juni 2007. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is een bredere invoering van het systeem van prestatiebekostiging. Het kabinet vindt het niet verstandig om in één keer op grote schaal tot een vermarkting van de curatieve zorg te komen. Het kabinet stelt een overgangsmoedel voor, waarin de curatie-

ve zorg wordt verdeeld in een viertal segmenten. Deze verschillen zorginhoudelijk, maar ook naar prijsvorming.

**Tabel 5.1 Segmentering van de curatieve ziekenhuiszorg**

Segment A0	Segment A1	Segment B1	Segment B
Geen prestatiebekostiging	Prestatiebekostiging		
	Met maatstafconcurrentie		Zonder maatstaf
	Vaste tarieven binnen maatstaf	Onderhandelbare prijzen binnen maatstaf	Volledig vrije prijsvorming

*In het A0-segment zit zorg waarvoor marktwerking, althans het loslaten van volume- en prijsbeheersing, niet mogelijk lijkt. Het gaat hierbij om de bekostiging van de beschikbaarheidscomponent van de spoedeisende hulp en topreferente zorg.*

*In het A1- en het B1-segment wordt prestatiebekostiging toegepast, maar via maatstaven aan banden gelegd. Het A1-segment kent daarbij het strengste regime. Voor de producten in dit segment wil men niet dat de prijzen tot stand komen op basis van onderhandelingen. De overheid blijft het tarief vaststellen. Het gaat onder andere om zogenaamde WBMV-zorg (Wet bijzondere medische verrichtingen), dure geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen. In het B1-segment zijn de prijzen in beginsel vrij onderhandelbaar, zij het dat de gemiddelde prijs via een maatstaf is genormeerd. Het gaat om alle ziekenhuiszorg waarvoor vrije prijsonderhandelingen op termijn mogelijk lijken. Dat is ongeveer 50% van de omzet van het ziekenhuis.*

In de beleidsbrief van minister Klink wordt een lans gebroken voor maatstafconcurrentie. Maatstafconcurrentie is een systeem waarbij ziekenhuizen de vrijheid hebben om de prijzen per DBC en/of per verzekeraar te differentiëren, zolang het gemiddelde van de declaraties de maatstaf maar niet overschrijdt. De maatstaf is de gemiddelde maximale prijs die een instelling in rekening mag brengen voor haar productie. Indien de gemiddelde in rekening gebrachte dbc-prijs boven het prijsplafond ligt, zal het meerdere worden afgeroomd door de NZa. In grote lijnen is de maatstaf de resultante van twee grootheden. In de eerste plaats de landelijk gemiddelde maatstaf. In de tweede plaats de casemix van het betreffende zie-

kenhuis. De prijzen van de dbc's zullen betrekking hebben op alle kosten die in het ziekenhuis worden gemaakt, inclusief de kapitaalkosten. Ziekenhuizen worden daardoor risicodragend voor hun investeringen.

De NVZ verzet zich tegen maatstafconcurrentie omdat het hen te veel zou beknellen bij hun bedrijfsvoering en veel te ingewikkeld zou zijn. Ook de NZa heeft de minister geadviseerd om af te zien van verdere invoering van maatstafconcurrentie. De minister heeft de maatstafconcurrentie vervolgens uitgesteld tot op zijn vroegst 2010. Als blijkt dat de prijzen in de pas blijven lopen en het aantal behandelingen niet al te fors groeit, kan de maatstafconcurrentie achterwege blijven.

Minister Klink heeft inmiddels besloten het B-segment verder uit te breiden tot maximaal 34 procent van de zorg. Ook een deel van de spoedeisende zorg wordt vrij onderhandelbaar. Het gaat om hart- en herseninfarcten. De Tweede Kamer geeft voor uitbreiding van het B-segment nog geen groen licht, maar de NZa steunt het voornemen van de minister. In de Ziekenhuismonitor 2008 (juli 2008) stelt de NZa dat vergroting van het B-segment kan leiden tot een verdere impuls voor marktwerking in het B-segment en tot positieve effecten voor de kwaliteit, toegankelijkheid en de betaalbaarheid van zorg.

## 5.2 Bekostiging van specialisten

Het uurtarief van de medisch specialist van € 132,50 maakt deel uit van alle DBC's. Dit uurtarief ligt zo'n 10% onder het vorige uurtarief van € 140,-, dat in 2003 door het CTG is vastgesteld. Aangezien dat CTG-tarief macroneutraal werd vastgesteld, de medisch specialisten gingen er niet op voor- of achteruit, kun je stellen dat het nieuwe tarief voor de medisch specialisten gezamenlijk een inkomensachteruitgang van ongeveer 10% betekent. Voor de individuele specialisten ligt dat anders, omdat er onderling – individueel, per specialisme en per instelling - grote inkomensverschillen zijn, die nu rechtgetrokken worden.

Een besparing van 10% op het tarief van de medisch specialisten kan jaarlijks een bedrag in de orde van 200 miljoen euro opleveren. Als de medisch specialisten hun inkomensachteruitgang gaan compenseren door harder te gaan werken - meer DBC's openen en declareren – verdwijnt niet alleen deze besparing, maar komen er extra kosten in het ziekenhuis bij. Het

aandeel van de medisch specialisten in de totale kosten van de intramurale zorg is immers slechts zo'n 16%. Wordt die hogere productie ook betaald? In een budgetsysteem (segment A0) hoeft dat niet per se, maar in de segmenten met prestatiebekostiging ligt dat anders. Dan zal voor een hogere productie moeten worden betaald en, naarmate een groter deel van de kostprijs in de DBC's worden meegenomen, voor een voller pond.

Kunnen medisch specialisten meer uren gaan werken? Ja, daar lijkt het wel op. Het is geen geheim dat de medisch specialisten na 1995, toen de lumpsum financiering werd ingevoerd, minder uren zijn gaan werken omdat dit voor hun inkomen geen verschil meer maakte. Dit leidde tot kostenbesparingen in de ziekenhuizen en daar was het ook om begonnen. De verwachting was dat de medisch specialisten in staat waren om de omvang van hun productie te beïnvloeden en dat bleek ook het geval. Het omgekeerde kan dus ook gebeuren. Hoe? Bijvoorbeeld door patiënten eerder voor poliklinische consulten en adviesconsulten (ter geruststelling) in aanmerking te laten komen. Verder zullen patiënten waarschijnlijk eerder te horen krijgen dat ze na een jaar toch nog een keer terug moeten komen, voor alle zekerheid. Mogelijk zullen er ook vaker zwaardere DBC's worden geopend.

We mogen verwachten dat er een opwaartse druk op het volume gaat ontstaan. Dat kan er toe leiden dat de beoogde bezuiniging op de inkomens van de specialisten lager uitvalt dan verwacht en dat macro gezien ziekenhuiszorg per saldo duurder wordt. Wat kan aan deze opwaartse druk worden gedaan en wie moet dat doen?

### **5.3 Maatregelen**

De medische beslissingen van medisch specialisten bepalen in belangrijke mate de aard en omvang van de productie van het ziekenhuis en daarmee de kosten. Uit het oogpunt van kostenbeheersing is het daarom belangrijk dat de bekostigingssystematiek van de medisch specialisten aansluit bij die van de ziekenhuizen. Dat is nu voor de medisch specialisten met een eigen praktijk niet het geval. Voor hen geldt een prestatiebekostiging met een vast uurtarief, terwijl voor het ziekenhuis – zie de nota Waardering voor betere zorg – verschillende systemen gaan gelden. Alleen in segment A1 is sprake van vaste tarieven, binnen een maatstaf. Aansluiting bij de bekostigings-



systematiek van de ziekenhuizen zou als volgt kunnen worden gerealiseerd.

### **Rijk**

De minister richt, al dan niet op advies en in samenwerking met de NZa, de bekostigingssystematiek van de ziekenhuizen in. Van hem komt het segmenteringsvoorstel. Hij is ook degene die het nieuwe uurtarief met de Orde heeft uitonderhandelt. Wat hij kan doen:

- Segment A0: het uurtarief tot een bepaald maximum laten verdienen (zoals in de oude budgetsysteem)
- Segment A1: vast tarief met vast uurtarief (zoals nu)
- Segment B1: onderhandelbaar binnen maatstaf -> uurtarief varieert mee met resultaat onderhandelingen.
- Segment B: vast uurtarief wordt losgelaten; uurtarief wordt uitonderhandeld tussen ziekenhuis en medische staf of maatschappen of individuele medisch specialisten;

### **Verzekeraar**

De verzekeraar onderhandelt over de volumes van de dbc's van de segmenten A1, B1 en B en over de prijzen van de dbc's in B1 en B. Hier moet de onderhandelingsvrijheid haar werk doen: productieafspraken en tariefsafspraken. Belangrijk is dat specialisten mee de consequenties ervaren van de afspraken en het al dan niet nakomen daarvan.

### **Ziekenhuis**

De onderhandelings situatie tussen ziekenhuizen en zelfstandige specialisten moet veranderen. De sleutel hiertoe is de Model Toelatingsovereenkomst (MTO) in samenhang met het Document Medische Staf (DMS). Deze zijn overeengekomen tussen de Orde en de NVZ. De inhoud van de modelovereenkomst zal (verder) moeten worden aangepast aan de gewijzigde verhoudingen tussen ziekenhuis en zelfstandige medisch specialist. Punt is dat het ziekenhuis en de specialisten een gezamenlijk belang krijgen bij de uitkomsten van de onderhandelingen met de verzekeraars.

### **Patiënt**

De patiënt heeft, omdat zowel de onderhandelingen als het declaratieverkeer via de verzekeraars lopen, geen invloed van betekenis. Dat kan anders worden indien hij zelf een bijdrage moet betalen indien hij bijvoorbeeld gebruik maakt van een niet door de verzekeraar gecontracteerde dienstverlener of van behandelingen of hulpmiddelen die niet standaard zijn. Voor-

waarde is dat er aanvaardbare alternatieven worden geboden  
waarvoor geen bijdrage verschuldigd is.

## Huisartsenzorg

### 1. Vraagstelling

De ruim 8400 praktiserende Nederlandse huisartsen zijn in grote meerderheid vrije ondernemers. Slechts 11% is in dienst van vrij gevestigde artsen of werkzaam als waarnemer. Van de zelfstandig gevestigde huisartsen is 27% werkzaam in een solopraktijk, 31% in een groepspraktijk en 42% in een groepspraktijk met meer dan twee huisartsen.

Vrije ondernemers kunnen in het algemeen hun tarieven marktconform vaststellen. Voor vrije ondernemers in de gezondheidszorg is dat niet het geval, omdat de gezondheidszorg geen gewone markt is. Op hun tarieven is de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing. Het is volgens die wet verboden een tarief in rekening te brengen dat niet aan de bepalingen van de wet voldoet. Er zijn regels waarin de prestaties worden beschreven en de Nederlandse Zorgautoriteit stelt de tarieven of een bepaalde tariefruimte vast.

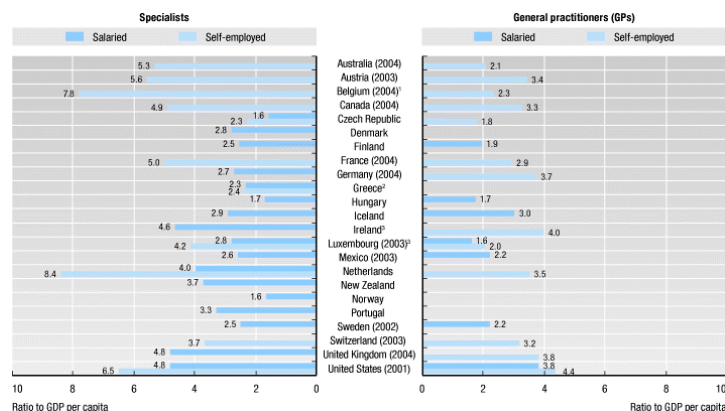
Aan deze regulering ligt een stelsel van overeenkomsten ten grondslag. Daarin maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar afspraken over de honorering en de onkostenvergoeding van de diverse beroepsgroepen. Ook de overheid zelf kan partij bij deze overeenkomsten zijn. Deze overeenkomsten zijn niet beleidsneutraal. Ze beïnvloeden niet alleen de uitgaven voor de gezondheidszorg, maar ook het beroepsmatig handelen en de bedrijfsvoering van de betrokken beroepsgenoten. De partijen beogen hieraan met hun overeenkomst richting te geven, maar er kunnen ook niet beoogde effecten optreden.

De vraag is nu hoe deze overeenkomsten en de tarieven die daarop zijn gebaseerd, kunnen bijdragen aan een duurzaam uitgavenmanagement.

### 2. Honorering van de huisarts

De Nederlandse huisarts wordt, vergeleken met zijn collega's in andere OECD-landen, goed maar niet bovenmatig gehono-

reerd. Duitsland, Oostenrijk en Denemarken zijn landen die naar inkomen en inkomensverschillen met Nederland vergelijkbaar zijn. De honorering van huisartsen ligt in die landen op het zelfde niveau als in Nederland, zoals blijkt uit het volgende overzicht van de OECD (Health at a Glance 2007).



Het inkomen van een zelfstandig gevestigde huisarts is gebaseerd op een praktijkomvang van 2.350 patiënten, de zogeheten normpraktijk. In zo'n normpraktijk wordt de huisarts geacht een normomzet te halen. Deze normomzet bestaat uit een norminkomen (het "brutosalaris" van de huisarts) en de normkosten (de vergoeding voor praktijkkosten). Het norminkomen bedraagt € 96.404 (2008). De normkosten zijn € 99.410 (2008). De normomzet van de huisarts komt daarmee op € 195.814 (2008).

De daadwerkelijke omzet van een zelfstandig gevestigde huisarts hangt sterk af van de specifieke situatie waarin de huisarts zijn praktijk uitoefent. Het CBS heeft hiernaar onderzoek gedaan op basis van gegevens uit 2001. Hieronder volgen de baten en lasten van alle praktijken van huisartsen gezamenlijk. Vervolgens worden deze uitgesplitst naar type praktijk.

**Tabel 2.1 Baten en lasten van huisartsenpraktijken en huisartsendienstenstructuren (SBI 85.121), 2001**

	Praktijken	95%- betrouwbaar- heidsmarge	Huisartsen- dienstenstructu- ren
	mln euro		
Baten	1 535	85	14
Omzet	1 487	81	14
Overige baten <sup>1</sup>	48	16	
Lasten	839	56	14
Inkoopwaarde	186	25	
Arbeidskosten	213	22	5
Afschrijvingen	59	6	
Overige lasten <sup>4</sup>	380	37	9

Bron: CBS, CTG/ZAio.

**Tabel 2.2 Totale baten en lasten van huisartsenpraktijken in de SBI 85.121 naar type praktijk, 2001**

	Baten	95%- betrouw- baar- heidsmar- ge	Lasten	95%- betrouw- baar- heidsmar- ge	Saldo	95%- betrouw- baar- heidsmar- ge
	mln euro					
Totaal	1 535	85	839	57	696	43
Apotheekhoudende solopraktijken	226	23	165	20	61	9
Niet- apothekhoudende solopraktijken	548	27	256	16	292	20
Apotheekhoudende groepspraktijken	157	35	105	23	52	18
Niet- apothekhoudende	603	69	313	45	291	32

groepspraktijken

Bron: NIVEL, CBS

## 2.1 Inkomensbestanddeel

Het inkomensbestanddeel van de normomzet (het norminkomen genoemd) is in het verleden vastgesteld aan de hand van een ambtelijke vergelijkingsfiguur, te weten BBRA-schaal 14 maximum plus 2 periodieken (schalensysteem van de rijksoverheid). Het op basis van deze schaal berekende jaarsalaris is verhoogd met de vakantietoeslag en de zogenaamde 'aankleding'. De 'aankleding' zijn de bijdragen in de kosten voor pensioen-, ziekte- en invaliditeitsvoorzieningen. Deze bijdragen kunnen worden vergeleken met de werkgeversbijdragen die werknemers hiervoor doorgaans van werkgevers ontvangen. De 2 periodieken waren bedoeld als vergoeding voor inconvenienten (bereikbaarheid, aanwezigheid en werk buiten de reguliere arbeidstijd), maar deze zijn in 2002 uit het norminkomen gehaald. Daarvoor in de plaats is een aparte avond-, nacht- en weekendvergoeding (ANW-vergoeding) gekomen.

Vanaf 1995 is het norminkomen 'geglobaliseerd'. Dat wil zeggen dat het onderscheid tussen de genoemde posten zoals pensioenvoorziening en dergelijke eigenlijk is komen te vervallen. Het onderscheid kan in theorie nog wel worden gemaakt, maar voor de berekening van het norminkomen door de NZa is het niet meer relevant. Dit komt omdat het norminkomen jaarlijks in zijn geheel wordt geïndexeerd. Voor de individuele huisarts is het onderscheid natuurlijk wel van belang, omdat hij of zij hierdoor een indicatie krijgt van de bedragen die (op normatief niveau) voor de verschillende posten kunnen worden gehanteerd.

In de onderstaande tabel is de opbouw van het norminkomen weergegeven (exclusief ANW-vergoeding).

**Tabel 2.3 Opbouw norminkomen huisartsen (exclusief ANW)**

	Definitief 2007 en 2008 (€)
a1. Jaarsalaris	69.953
a2. Vakantietoeslag	5.596
Jaarsalaris incl. vakantietoeslag	75.549

a3. Inhoudingen	3.120
Jaarsalaris incl. vakantietoeslag en inhoudingen	72.429
a4. Disutilities	
a5. Eindejaarsuitkering	210
b1. Overhevelingstoeslag	5.077
b2. Interimuitkering ziektekosten	4.874
b3. Invaliditeitsvoorziening	5.071
b4. Pensioensvoorziening	7.233
b5. VUT	1.511
b6. ADV	
b7. Overige aankleding	
Totaal	96.404

### **ANW-vergoeding**

In 2002 heeft een wijziging plaatsgevonden in de wijze waarop de avond-, nacht- en weekenddiensten worden gehonoreerd. Het norminkomen is verlaagd met € 5.597. Daarvoor in de plaats is een aparte ANW-vergoeding gekomen.

Voor huisartsen die deelnemen in een huisartsendienstenstructuur (HDS) geldt een uurtarief. Het uurtarief is in 2006 gebaseerd op een bedrag van € 14.843 voor 300 uur dienst. Voor huisartsen die niet deelnemen in een HDS gelden aparte ANW-tarieven. Voor de berekening hiervan wordt uitgegaan van dezelfde jaarvergoeding als voor de vergoeding in de HDS, namelijk € 14.843.

### **Aanpassing van het norminkomen**

De norminkomens van vrije beroepsbeoefenaren worden jaarlijks geïndexeerd op basis van CBS-indices. Hierdoor gaat het niet alleen om inflatiecorrecties, maar worden zowel incidentele als structurele verbeteringen meegenomen die in de desbetreffende sectoren ('gezondheidszorg en welzijnszorg', 'openbaar bestuur' en 'onderwijs') hebben plaatsgevonden. Aanpassingen vinden in principe plaats met ingang van een nieuw kalenderjaar, maar soms zijn er ook tussentijdse aanpassingen. In de onderstaande tabel is een overzicht gegeven van de ont-

wikkeling van het norminkomen gedurende de afgelopen decennia.

**Tabel 2.4 Norminkomen huisartsen**

1972	107.050	1988	146.209	1997	170.067	2006	96.404
1975	121.874	1989	147.633	1998	174.497	2007	96.404
1980	133.756	1990	151.985	1999	179.767	2008	96.404
1982	147.300	1991	156.830	2000	192.013		
1983	143.600	1992	161.235	2001	198.348 (90.007)		
1984	143.600	1993	164.250	2002	94.021 / 88.424*		
1985	143.400	1994	163.965	2003	92.217		
1986	139.400	1995	164.990	2004	94.144		
1987	143.400	1996	167.353	2005	95.829		

\* Bedragen van voor en na de verlaging van het norminkomen vanwege de aparte ANW-vergoeding (zie hierboven).

## 2.2 Kostendeel

**Tabel 2.5 Opbouw kostendeel huisartsen**

	Definitief 2007 en 2008 (€)
Personeel	31.704
Huisvesting	22.015
Inventaris	3.411
Verbruiksmaterialen	2.611
Overig personeel	626
Overhevelingstoeslag	5.077
Administratiemateriaal	3.600
Algemene kosten	6.432
Overige kosten	5.174
Vervoer	2.653
Automatisering	8.245
Telecom	4.272
Interest	3.660
Waarneming/kortdurende ziekte	2.781



### 2.3 Vogelaarakkoord

Vanwege de invoering van de Zorgverzekeringswet hebben VWS, de zorgverzekeraars (ZN) en de LHV in 2005 de bekostigingssystematiek voor de huisartsenzorg herzien. In het Vogelaarakkoord zijn afspraken gemaakt voor 2006 en 2007. Deze afspraken zijn gekoppeld aan een beleidsagenda die is gericht op:

- het stimuleren van samenwerkingsverbanden van huisartsen onderling en andere eerstelijnszorgaanbieders;
- een programmatische aanpak van chronische aandoeningen
- substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn
- kwaliteitsbevordering van de huisartsenzorg.

De bekostigingssystematiek bestaat uit drie elementen:

1. een regulier consulttarief van € 9.
2. een inschrijftarief per ingeschreven patiënt van € 52, -
3. drie modules met aanvullende vergoedingen:
  - module praktijkondersteuning huisartsen (€ 49 mln)
  - module populatiegebonden vergoedingen (€ 25 mln)
  - module modernisering en innovatie (€ 75 mln)

Verder is er een passantentarieff van € 24,80.

## 3. Ramingen en uitgaven

### 3.1 Ramingen

Het CPB publiceert om de paar jaar een scenario voor de zorguitgaven. In 2001 verscheen een scenario voor de periode 2003-2006 en in 2006 een scenario voor de periode 2008-2011. Het CPB licht zijn ramingen voor de cure-sector, waaronder de huisartsenzorg, als volgt toe.

*De drijvende kracht achter de volumegroei in de cure sectoren is de ontwikkeling van de behoefte. Deze laatste volgt de bevolkingsgroei,*

*vergrijzing en een trend die sociale en culturele veranderingen en de invloed van technologie weerspiegelt.*

*In de zorg zijn vraag en aanbod niet onafhankelijk. De voornaamste reden is dat de patiënt over onvoldoende kennis beschikt om zijn of haar eigen vraag exact te bepalen. De arts stelt dus in feite de vraag vast. Daarbij kan zijn of hij het belang van de patiënt volgen, maar er is ook ruimte om eigen doelstellingen na te streven. De ramingen houden hiermee rekening.*

*Op grond van de analyses die zijn gemaakt over de invloed van technologie en sociaal-culturele trends op de behoefte aan zorg groeit het volume verreweg het snelst bij de genees- en hulpmiddelen, namelijk met 6,3% per jaar. Deze volumegroei is hoger dan alleen op grond van de mutatie in de behoefte te verwachten is. Door de afname van het aantal huisartsen per hoofd van de bevolking neemt de werkdruk toe; de reactie daarop is een toename van het aantal recepten. De totale uitgaven aan geneesmiddelen stijgen met 11% per jaar, die van de hulpmiddelen met 8%.*

*De totale bijdrage van technologische ontwikkelingen en sociaal-culturele trends aan de jaarlijkse groei berekend is als 1,5% punt. Deze bijdrage komt voor een belangrijk deel door een toename in de behoefte in de sector ziekenhuizen en specialisten. De behoefte neemt als gevolg van technologische ontwikkelingen met 2% per jaar toe waardoor de groei in het volume van het gebruik relatief hoog is ten opzichte van de overige sectoren. De post overige factoren is voornamelijk het gevolg van ontwikkelingen in technologie. Dat uiteindelijk het volume met minder dan 2% extra toeneemt, heeft er o.a. mee te maken dat specialisten zich niet alleen laten leiden door ontwikkelingen in de vraag van patiënten maar ook door hun eigen voorkeuren met betrekking tot inkomen en vrije tijd.*

Hieronder volgen de ramingen voor de periode 2003-2006 en 2008-2011.

**Tabel 3.1 Basisraming 2003-2006: gemiddelde jaarlijkse procentuele mutaties in volume en prijzen**

	Volume	Prijs	Waarde
Huisartsen	1,0	3,2	4,2

**Tabel 3.2 Raming 2008-2011: gemiddelde jaarlijkse procentuele mutaties in volume en prijzen**

	Volume	Prijs	Waarde
--	--------	-------	--------

Huisartsen	1,5	2,9	4,4
------------	-----	-----	-----

### 3.2 Uitgaven

#### Periode 2000 – 2006

Tabel 3.2 Uitgaven huisartsenpraktijken (X miljoen euro)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Gemiddelde Jaarlijkse groei
Huisartsenpraktijken								
Uitgaven	1463	1584	1843	2015	1982	1970	2298	
Groei t.o.v. vorige jaar		8,2	16,3	9,3	- 1,6	- 0,6	16,6	9,5

Bron: CBS, 2005.

De uitgaven namen in de periode 2000 – 2006 gemiddeld toe met 9,5%. Dat is ruim het dubbele van de raming. De groei was het sterkst tussen 2001 en 2003. In die periode stegen de uitgaven met 25 procent. Daarna vlakke de stijging af. Tussen 2003 en 2006 lag de groei slechts 0,4% boven de raming.

Aan de publicatie *Gezondheid en zorg in cijfers 2005* van het CBS ontlene we de volgende observaties:

- De uitgavengroei tussen 2001 en 2003 was voor een belangrijk deel het gevolg van prijsveranderingen. Zo steeg het tarief voor een particulier consult in deze periode met 24 procent.
- De volumegroei wordt in de Zorgrekeningen geschat op gemiddeld 1,5 procent per jaar (1998–2003).
- De uitgaven namen in gezondheidscentra veel harder toe dan in ‘gewone’ huisartsenpraktijken.

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) analyseerde in *CVZorgcijfers 2000-2005* de ziekenfondsuitgaven aan huisartsenzorg.

**Tabel 3.3 Ziekenfondsuitgaven huisartsenzorg**

Uitgaven 1 = € 1 mln.							Mutaties in %	
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	'04- '05	'00- '05
Abonnements- honoraria	663,5	729,6	760,6	787,2	787,6	792,9	0,7	3,6
Verloskundige zorg door huisartsen	5,3	5,9	5,1	4,5	4,1	3,4	- 16,9	-8,8
Bijzondere betalingen	49,8	90,0	107,1	114,5	119,4	106,3	- 10,9	16,4
Avond-, nacht- en weekenddien- sten	0,0	0,0	89,1	155,2	150,8	150,9	0,0	
Goodwillfonds huisartsen	52,0	-	-	-	-	-		
Verrekening oude jaren	-2,0	- 10,0	-2,9	-12,9	-18,8	-		
<b>Totaal huis- artsenzorg</b>	<b>768,8</b>	<b>815,4</b>	<b>959,0</b>	<b>1.048,5</b>	<b>1.043,0</b>	<b>1.053,4</b>	<b>1,0</b>	<b>6,5</b>

De ziekenfondsuitgaven aan huisartsenzorg stegen tussen 2000 en 2005 met gemiddeld 6,5% per jaar. Tot en met 2003 was er een trendmatig hoge uitgavenstijging. Vanaf 2004 bleven de uitgaven vrijwel constant. De hoofdonderdelen waren abonnementshonoraria, bijzondere betalingen en avond-, nacht- en weekenddiensten.

#### *Abonnementshonoraria*

De macro-uitgaven voor abonnementshonoraria stegen tussen 2000 en 2005 met gemiddeld 3,6% per jaar. Dat is duidelijk minder snel dan de stijging van de totale uitgaven voor huisartsenzorg. De verklaring: het abonnementstarief steeg jaarlijks gemiddeld met 4,0%; dit ging gepaard met een daling van het aantal ziekenfondsverzekerden met gemiddeld 0,3% per jaar.

### *Bijzondere betalingen*

De uitgaven voor bijzondere vergoedingen stegen tussen 2000 en 2005 scherp, al kwam dat vooral door een forse incidentele sprong in 2001. Tussen 2003 en 2006 bleven de uitgaven voor bijzondere betalingen ongeveer gelijk.

Onder bijzondere uitgaven vielen kosten voor zorg die huisartsen verleenden aan verzekerden die in moeilijk bereikbare gebieden woonden, aan patiënten die leden aan beroepsziekten en aan ziekenfondsverzekerden die niet bij de betreffende huisarts waren ingeschreven. Daarnaast kregen huisartsen vergoedingen voor activiteiten die niet als directe zorg voor de patiënt waren aan te merken (automatisering, nascholing, achterstandswijkproblematiek, praktijkondersteuning en infrastructuur). Daar kwamen de werkelijk gemaakte kosten bij voor verbruiksmaterialen (onder aftrek van bonussen en kortingen) en de uitgaven voor het ECG-tarief. Huisartsen hoefden al deze bijzondere zaken niet uit de abonnementsgelden te bekostigen. Ze kregen er extra geld voor, via aparte tariefmodules. In de jaren voor het Vogelaarakkoord was het beleid erop gericht om de veelheid aan modules af te bouwen. Vanaf 1 januari 2006, met de introductie van het consulttarief, bleven nog slechts drie modules over.

### *Tarieven voor avond-, nacht en weekenddiensten*

De uitgaven voor huisartsenzorg stegen vooral sterk door de aparte tarieven voor avond-, nacht en weekenddiensten (ANW-diensten). In eerdere jaren moesten huisartsen de ANW-zorg bekostigen uit de abonnementshonoraria. In 2002 was met de ANW-diensten al € 89 miljoen gemoeid. In 2003 steeg dit met een flinke sprong tot € 155 miljoen; dat was goed voor bijna 15% van de totale uitgaven voor huisartsenzorg. In 2004 en 2005 daalden de uitgaven echter weer iets.

De ANW-diensten worden voornamelijk verricht via de Huisartsendienstenstructuren (HADS). Huisartsen en ziektekostenverzekeraars kregen onder toezicht van de NZa de ruimte om tarieven vast te stellen die waren toegesneden op de individuele kostensituatie van een huisartsenpost. Dit maakte de weg vrij voor tariefverschillen. Die varieerden in 2004 tussen € 38 en € 138. De kostenstijging én kostenverschillen waren voor de minister van VWS eind 2003 aanleiding voor maatregelen. De HADS-tarieven werden vanaf 2005 genormeerd. Gekozen werd voor een globale budgettering, gebaseerd op een (maximum) bedrag per inwoner, met toeslagen voor plattelandsgebieden en huisartsenposten met een hoge zorgconsumptie. Een klein deel van het normbedrag per inwoner werd gereser-

veerd als vrije onderhandelingsruimte tussen huisartsenpost en zorgverzekeraar. Overschrijdingen van afgesproken productie mochten worden vergoed, overschrijdingen van infrastructuurkosten en honoraria niet.

#### **Periode vanaf 2006**

De uitgaven aan huisartsenpraktijken (basisverzekering) stegen in 2006 met bijna 17 procent. Dit is vooral toe te schrijven aan het nieuwe financieringssysteem (een combinatie van inschrijven en consulttarieven) dat is neergelegd in het Vogelaarakkoord. Per verzekerde bleken meer diensten (zogenaamde consult-eenheden) te zijn gedeclareerd dan vooraf was ingeschat.

Vektis, het informatiecentrum van Zorgverzekeraars Nederland, rapporteert periodiek over de uitvoering van het Vogelaarakkoord. Vektis concludeert dat de kosten voor huisartsenzorg in 2006 niet overeenkomen met de verwachtingen zoals die in 2005 werden vastgelegd. "Uiteindelijk resulteert dit in circa €112 miljoen (of 7,3%) meer kosten dan vooraf verwacht".

Volgens Vektis zijn dit de oorzaken.

1. *Het aantal in het Vogelaarakkoord verwachte **consulteenheden** wordt in 2006 sterk overschreden. In plaats van de verwachte 3,53 consulteenheden per verzekerde zijn er 4,26 consulteenheden per verzekerde gedeclareerd, een toename van 21%. Volgens onderzoek van het Nivel is het aantal zorgcontacten met slechts 1,7% gestegen. De stijging van het aantal consulteenheden lijkt daarom vooral veroorzaakt worden door meer lange consulten, meer lange visites en meer herhalingsrecepten dan waarvan vooraf is uitgegaan.*
2. *De **inschrijftarieven** blijven nog achter bij de verwachtingen, als ervan uitgegaan wordt dat er voor alle 16,0 miljoen verzekerden een inschrijftarief gedeclareerd mag worden. Vooral bij de ex-particuliere risicodragers worden minder inschrijftarieven gedeclareerd. Vanwege het abonnementstarief voor ex-ziekenfondsverzekerden waren laatstgenoemden veelal al bekend bij de huisarts voor de overgang van de nieuwe systematiek.*
3. *De **module M&I** kost in 2006 115 miljoen euro in plaats van de in het Vogelaarakkoord gereserveerde 75 miljoen euro. Deze stijging wordt veroorzaakt door de verrichtingen (code 13xxx), die met 99 miljoen euro ruim boven de 50 miljoen uitkomen. De modules (code 14xxx) blijven met 16 miljoen euro juist achter bij de gereserveerde 25 miljoen euro.*
4. *Ook de **passantentarieven** blijven sterk achter bij de gereserveerde kosten; 7 miljoen euro op een budget van 23,5 miljoen eu-*

*ro. Waarschijnlijk door de verscherpte declaratieregels rondom passantentarieven (huisartsen mogen alleen een passantentarieef declareren wanneer zij een verzekerde helpen die niet bij deze huisarts zelf is ingeschreven én wanneer de huisarts niet uit dezelfde gemeente is als de eigen huisarts), zijn de kosten veel lager dan verwacht uitgevallen.*

5. **De module Praktijkondersteuning Huisartsen ten slotte brengt meer kosten met zich mee dan waarmee vooraf rekening werd gehouden. De moduletarieven bedragen 56 miljoen euro (tegen een budget van 32,7 miljoen euro) en de POH-consulttarieven bedragen 26 miljoen euro (tegen 16,3 miljoen euro). Huisartsen hebben dus massaal van praktijkondersteuners gebruikgemaakt.**

Het NIVEL bevestigt in zijn rapport *Bekostiging van de huisartsenzorg, voor en na de stelselwijziging* de analyse van Vektis. Daarbij tekenen de auteurs aan dat zowel de huisartsen als de zorgverzekeraars grote veranderingen te verwerken hebben gekregen. 'In onze data zagen wij de moeite die sommige praktijken hiermee hadden terug in typische afwijkingen, zoals het consequent declareren met verkeerde codes, of het nalaten inschrijftarieven te declareren. In de loop van 2006 zagen we dat deze kinderziektes langzaam maar zeker oplosten.'

Ook de NZa heeft de gevolgen van het Vogelaarakkoord bestudeerd (*Oriënterende Monitor Huisartsenzorg*). Een paar conclusies hieruit:

- De tarieven zijn bijna altijd gelijk aan het wettelijk geldend maximum.
- De sterke stijging van de consulteenheden lijkt het gevolg van een toename van het aantal herhaalrecepten.
- Huisartsen bedingen te hoge tarieven voor M&I-voorzieningen (modernisering en innovatie). Er is onvoldoende inzicht in de werkelijke kosten.
- Sommige M&I-voorzieningen zijn aan te merken als reguliere huisartsenzorg, waarvoor het gewone consulttarief zou moeten gelden.
- De samenwerking met de eerste lijn is vooral monodisciplinair. De rol van het financieringssysteem hierbij is beperkt.
- Het nieuwe financieringssysteem leidt tot meer substitutie van tweedelijnszorg naar de eerstelijns, echter zonder zichtbare besparingen op de tweedelijnszorg. Oorzaken:
- Zorgverzekeraars worden door verevening en nacalculatie niet geprikkeld tot een scherp inkoopbeleid.

- Zorgverzekeraars hebben onvoldoende belang bij doelmatige inkoop door de beperkte omvang van het huisartsenbudget.
- Zorgverzekeraars hebben (vooraf) geen duidelijk inzicht in de kosten van de DBC's.
- De medisch specialistische zorg wordt via een lumpsum gefinancierd, waarvan de omvang niet direct afhankelijk is van (zorg)volumeontwikkelingen.

## **4. Mogelijke maatregelen om de uitgaven te managen**

### **4.1 Reacties op overschrijding Vogelaarakkoord**

De belangrijkste partijen bij het Vogelaarakkoord – de LHV, ZN en VWS – zijn in 2007 opnieuw met elkaar gaan om de tafel gaan zitten. Daar zijn afspraken gemaakt over de verdere ontwikkeling van de huisartsenzorg en over verbeteringen in de bekostigingsstructuur. Partijen willen, zo blijkt uit de overeenkomst, de bekostigingsstructuur blijven gebruiken om de kwaliteit van de huisartsenzorg te verbeteren en lokale initiatieven van huisartsen en zorgverzekeraars te faciliteren.

Van het dure Vogelaarakkoord zeggen partijen dat de tarieven zijn gebaseerd op aannames die niet juist zijn gebleken. Er zijn in 2006 en waarschijnlijk ook in 2007 meer consulten en verichtingen gedeclareerd dan partijen oorspronkelijk verwachten. Zorgverzekeraars hebben daardoor aanzienlijk meer uitgegeven dan vooraf werd geraamd. Dat wordt niet teruggedraaid. Wel worden de tarieven tot en met 2008 bevroren en zal men realistischer gaan ramen.

Verder wordt de huidige bekostigingsstructuur op een paar punten verbeterd. Een voorbeeld is het declaratieverkeer tussen huisartsen en zorgverzekeraars. De LHV en ZN gaan de declaratiewijzer en het gebruik en de toepassing ervan beoordelen en verbeteren. Een ander voorbeeld is het inschrijfbestand. Met ingang van 1 januari 2008 is een centraal inschrijfbestand beschikbaar. Daarin wordt bijgehouden bij welke huisarts een burger staat ingeschreven. Dit moet het declareren van het inschrijftarief vergemakkelijken.



De NZa krijgt opdracht om de huisartsenzorg te onderzoeken. Dit onderzoek zal bestaan uit een analyse van de kosten van huisartsenzorg en een analyse van de te hanteren bekostigings-systematiek. In de eerder vermelde *Oriënterende Monitor Huisartsenzorg* ligt de NZa al een tipje van de sluier op.

De NZa is van mening dat de onderhandelingspositie van de zorgverzekeraars ten opzichte van die van de huisartsen te zwak is. Dat komt onder andere door het systeem van verevening en nacalculatie, dat zorgverzekeraars niet prikkelt tot een scherp inkoopbeleid. Zorgverzekeraars hebben verder onvoldoende belang bij doelmatige inkoop door de beperkte omvang van het huisartsenbudget. Daar komt bij dat in het Vogelaraakkoord is afgesproken dat de andere zorgverzekeraars de afspraken van de dominante zorgverzekeraar volgen. Dat heeft bij M&I, waar over de prijs kan worden onderhandeld, een kostenopdrijvend effect.

- De NZa vindt dat er meer zicht moet komen op de kosten van verrichtingen. Daardoor kan worden vastgesteld of eventuele maximumtarieven al dan niet te krap bemeten zijn.
- Een kostengeoriënteerd tarief voor M&I prikkelt om een optimale afweging te maken tussen de M&I-verrichting en eerste of tweedelijns alternatieven.
- De nieuwe beleidsregel (jan. 2007) "geïntegreerde eerste-lijnszorg en innovatie" kan een impuls zijn voor samenwerking. Samenwerking moet bijdragen aan een hogere kwaliteit van zorg. De NZa is van oordeel dat meer transparantie over de kwaliteit van huisartsenzorg bijdraagt aan meer kwaliteitsverhogende (mono- en multidisciplinaire) samenwerking.

## 4.2 Voorstellen voor verbetering

De zorgverzekeraars en de huisartsen gebruiken de bekostigingsstructuur om de kwaliteit van de huisartsenzorg te verbeteren en lokale initiatieven van huisartsen en zorgverzekeraars te faciliteren. De bekostigingsstructuur is dus niet in de eerste plaats op beheersing van de kosten gericht, maar op de bevordering van inhoudelijke doelstellingen.

Er zijn goede redenen voor dat kostenbeheersing als doelstelling niet voorop staat. De kosten van de huisartsenzorg zijn

niet hoog en de huisartsenzorg draagt bij aan een doelmatig gebruik van de tweede lijn. De Nederlandse huisarts verdient goed, maar niet buitensporig. De Nederlandse huisartsenzorg verwijst maar een klein percentage van de patiënten door naar de tweede lijn. Slechts 3% van de ziekenhuisopnames is vermijdbaar en dit percentage daalt nog steeds. De huisartsenzorg blijkt dus te functioneren als een effectieve zeef voor de – dure – tweede lijn.

De vraag is dus vooral in hoeverre het bekostigingssysteem bijdraagt aan verbetering van de kwaliteit van de huisartsenzorg tegen redelijke kosten. De inhoudelijke doelstellingen zijn bevordering van multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn, innovatie en minder verwijzingen naar de tweede lijn.

Deze doelstellingen worden echter maar ten dele gehaald.

- Innovatie vindt plaats, maar volgens verzekeraars tegen te hoge kosten.
- Het nieuwe financieringssysteem leidt tot meer substitutie van tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg, maar zonder zichtbare besparingen op de tweedelijnszorg.
- De NZa oordeelt dat de samenwerking met de eerste lijn vooral monodisciplinair is, dus samenwerking met andere huisartsen betreft. De rol van het financieringssysteem hierbij is beperkt. De beleidsregel "geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie" van januari 2007 moet hier verbetering in brengen. Bij geïntegreerde samenwerking gaat het om structurele samenwerking tussen minimaal vier disciplines uit de eerstelijnszorg. Bij innovatie gaat het om vernieuwende, kortdurende initiatieven die zowel binnen de eigen beroepsgroep, als multidisciplinair worden ontwikkeld.

Er is dus reden om naar verbeteringen te zoeken. Er staan verschillende wegen open: doorgaan op de weg van praktijkbekostiging, zoals in het Vogelaarakkoord, of overstappen op een systeem van produktbekostiging.

**Tabel 4.1**

**Praktijkbekostiging (Vogelaar)**      **Produktbekostiging**

Landelijke afspraken	Individuele afspraken
Beleidsgestuurd	Marktgestuurd
Abonnement en vaste prijzen	Variabele prijzen (kosten, kwaliteit)

### 1. **Praktijkbekostiging**

Het ligt voor de hand om in eerste instantie voort te borduren op het Vogelaarakkoord. Niet alleen ligt er een moeizaam bevochten compromis aan ten grondslag, dat weer opengebrouwen zou moeten worden. Maar het heeft ook het voordeel dat de 'gewone' huisartsenpraktijk op een stabiele wijze en tegen lage transactiekosten wordt bekostigd. Mogelijke verbeteringen zijn:

- De NZa stelt een maximum aan de innovatiekosten. Daar zal kostenonderzoek aan vooraf moeten gaan om reële maxima vast te stellen. Het risico is dat innovatie onvoldoende wordt gestimuleerd.
- Besparingen op de tweede lijn gaan pas optreden als verzekeraars er voldoende belang bij hebben om bepaalde verrichtingen niet langer in de tweede lijn te contracteren. De NZa denkt aan een kostengeoriënteerd tarief voor M&I. Dat is binnen de huidige systematiek mogelijk en kan voor de verzekeraar voldoende prikkel opleveren. Het is wel de vraag of er dan een gelijk speelveld voor huisartsenpraktijken en ziekenhuizen aanwezig is.
- De ervaring moet uitwijzen of de nieuwe beleidsregel "geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie" het beoogde effect heeft. Daarbij speelt een rol dat maar een deel van de huisartsenzorg beter in het kader van een geïntegreerde eerstelijnszorg kan worden verleend.

### 2. **Produktbekostiging**

Een bekostigingssysteem waarin producten worden bekostigd, sluit beter aan bij de bekostiging van medisch specialistische zorg (DBC-systematiek) en AWBZ-zorg (zorgzwaartepakketten) en vergemakkelijkt de bekostiging van geïntegreerde eerstelijnszorg. De huisartsenzorg bestaat, zoals ook de ziekenhuiszorg, uit verschillende marktsegmenten, zoals preventie, eenvoudige medische zorg, ketenzorg, langdurige begeleiding van chronisch zieken e.a. Door per marktsegment producten te benoemen en te bekostigen, staat de wijze van productie niet meer voorop. Het gaat dan in de eerste plaats om de prijs/kwaliteitsverhouding. Er ontstaan meer mogelijkheden om de diverse delen van de huisartsenzorg doelmatig te organiseren, al dan niet in combinatie met delen van de eerste- of tweedelijnszorg.

De overstap naar een meer marktgericht bekostigingssysteem zal waarschijnlijk alleen mogelijk zijn als de betrokken partijen er voldoende belang bij hebben. Gegeven het feit dat de zorgverzekeraars nog weinig geneigd zijn tot scherp inkopen van zorg, zal een noodzakelijke tussenstap dus moeten zijn dat verzekeraars meer en in gelijke mate risico gaan lopen op alle uitgaven in de curatieve zorg (verevening en nacalculatie). Volgende stappen zijn dat het inschrijftarief en het passanten-tarief verdwijnen en dat er productbeschrijvingen worden gemaakt van verrichtingen waarbij huisartsen zijn betrokken. Gedacht kan worden aan:

- het gewone huisartsenconsult (kort en lang)
  - grieppreventie e.a. preventieve taken
  - zwangerschapsbegeleiding
  - begeleiding diverse categorieën chronisch zieken
  - eerste hulp
  - kleine chirurgie
- etc.

Zoals dat ook bij DBC's het geval is moet daarbij onderscheid worden gemaakt tussen de tijdsinzet van huisartsen en andere hulpverleners en de benodigde hulpmiddelen en infrastructuur. Door producten inhoudelijk te beschrijven en naar analogie van de DBC's te werken met uurtarieven die gerelateerd zijn aan tijdsinzet en vereiste deskundigheid, zal het aanbod diverser worden. Patiënten en verzekeraars krijgen meer te kiezen en de verhouding tussen prijs en kwaliteit zal daarbij een grotere rol spelen dan nu het geval is.

## Geïntegreerde eerste lijn

### Kernvraag

*Dragen (bestaande) financiering- en bekostigingsmethodieken van geïntegreerde eerstelijnszorg bij aan een doelmatige inzet van middelen en aan kwaliteitsverbetering?*

*Wat zijn de belemmeringen en hoe kunnen die worden opgeheven?*

### Ontwikkelingen in de eerstelijnszorg

De afgelopen 10 jaar zijn er diverse rapporten verschenen over de eerstelijnszorg<sup>1</sup>. Bij elkaar schetsen zij een beeld over het nut en de noodzaak van de eerstelijnszorg. Een sterke eerstelijnszorg is voor onze gezondheidszorg van groot belang. Het levert een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg.

De eerstelijnszorg heeft van oudsher drie functies: de diagnostische functie, de behandelfunctie, en een verwijfsfunctie. De laatste jaren is daar nog een functie bijgekomen, namelijk de coördinatiefunctie om zorg uit de eerste, de tweede lijn en met AWBZ-gerelateerde zorg af te stemmen. Rond de eerste drie functies is veel veranderd, zowel in de zorgverlening als met betrekking tot de behoefte. De coördinatiefunctie is daarom steeds belangrijker geworden. Deze veranderingen zijn:

- Toename van specialisatie en functiedifferentiatie leidt er toe dat diagnostiek en behandeling vaak niet meer bij één behandelaar ligt, maar meerdere disciplines bij een patiënt betrokken zijn.
- Ook de toenemende complexiteit van aandoeningen en de toenemende co-morbiditeit vragen om behandeling vanuit meerdere disciplines.
- De toename van chronisch zieken en ouderen dragen bij aan meer en een complexere vraag naar zorg.

Bovenstaande ontwikkelingen leiden tot frictie tussen vraag en aanbod. Er is behoefte aan meer en een ander aanbod van zorg in de eerste lijn. Een en ander leidt tot een zwaardere belasting van de zorg en daarmee tot toename van de kosten voor de zorg. Om de zorg betaalbaar te houden en te zorgen voor voldoende kwaliteit en toegankelijkheid is het nodig om doelmatiger met de beschikbare zorg in de eerste lijn om te gaan,

<sup>1</sup> Zorgcijfers kwartaalbericht derde kwartaal 2007, College voor zorgverzekeringen

aldus het CVZ<sup>2</sup>. Modernisering van de eerstelijnszorg is onontkoombaar. Samenwerking tussen de verschillende hulpverleners in *de eerste lijn en substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn worden daarbij gezien als adequate middelen om die doelmatigheid te bereiken.*

### **Geïntegreerde eerstelijnszorg: wat wordt er onder verstaan?**

#### *Visie VWS*

In de recente visie van VWS<sup>3</sup> wordt de geïntegreerde eerste lijn beschreven als “een doelmatige schakel in de totale zorgketen die loopt van perinatale zorg en preventie tot en met ouderenzorg en palliatieve zorg”. De zorgdisciplines in de eerste lijnszorg behelst een breed spectrum: huisartsenzorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg, verloskundige zorg, psychologische zorg, mondzorg, verpleging, verzorging, ambulance zorg en andere vormen van acute zorg, preventieve zorg, ouderenzorg, welzijnszorg, thuiszorg en mantelzorgondersteuning. De totale lasten in 2006 waren 8,2 miljard euro. Voor 2007 zijn de geraamde lasten 8.7 miljard euro<sup>4</sup>.

De volgende twee definities<sup>5</sup> worden gehanteerd:

#### *Eerstelijnszorg*

Eerstelijnszorg kenmerkt zich in het bijzonder door een generalistische zorgverlening, laagdrempelige toegang, zorg in de buurt, gericht op de mens in zijn omgeving, het ambulante karakter en gericht op coördinatie en continuïteit. Eerstelijnszorg wordt in de directe omgeving van de consument gegeven.

Als er gesproken wordt *over geïntegreerde eerstelijnszorg* dan wordt bedoeld:

multidisciplinaire eerstelijnszorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende discipline achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de consument te leveren.

Geïntegreerde eerstelijnszorg is afhankelijk van de behoefte van de zorgvrager. Deze kan per zorgvraag verschillen en daarmee is geïntegreerde eerste lijnszorg dynamisch.

<sup>2</sup> Idem noot 1

<sup>3</sup> TK 2007-2008 29247 nr. 56

<sup>4</sup> Zorgcijfers kwartaalbericht derde kwartaal 2007, College voor zorgverzekeringen

<sup>5</sup> Beleidsregel CV-7000-3.0.-1 samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten, NZa 2007.

*Bovenstaande definities in ogenschouw nemende komt VWS hiermee tot een visie die zich richt op een laagdrempelige voorziening waar de hulpverlener inzicht heeft in het gezin en waar de patiënt met al zijn vragen terecht kan. Daarbij levert een team van hulpverleners de zorg voor bijvoorbeeld specifieke doelgroepen (jeugd, gezin, ouderen, zwangeren, werknemers) of meer aandoeningsgericht zoals COPD, diabetes, hartfalen, chronisch zieken.*

#### De brede eerste lijn: aansluiting met lokaal beleid

Naast eerstelijnszorg en geïntegreerde eerstelijnszorg wordt in de visie van VWS gesproken over de brede eerste lijn. Met brede eerste lijn wordt bedoeld dat “diagnostiek, zorg, preventie en doorverwijzing achter een voor patiënten herkenbare voordeur wordt georganiseerd”. Daarbij wordt tevens de samenwerking met gemeenten genoemd in het kader van preventie (GGD'en), WMO en welzijnswerk. VWS staat uiteindelijk deze brede lijn voor. Daarom is het van wezenlijk belang dat financiering- en bekostiging van de geïntegreerde eerstelijnszorg en de financiering- en bekostiging die de gemeenten hanteren geen tegenstrijdige incentives afgeven en eenzelfde grondslag hebben.

Voor deze notitie wordt de brede eerste lijn buiten beschouwing gelaten. Het werkprogramma 2009 van de RVZ benoemt het onderwerp ‘nieuwe ordeningen in de zorg’. Een uiteenzetting over de brede eerste lijn past hierin.

#### Conclusie

De kernthema's waar rekening mee gehouden moet worden bij ontwikkeling van de geïntegreerde eerste lijn zijn:

- *Doelmatigheid*: bereiken waar naar wordt gestreefd, namelijk betaalbaarheid van de zorg. Dat betekent dat met dezelfde financiële middelen in de toekomst meer zorg geleverd moet worden.
- *Regie*: in een complex zorglandschap moet er iemand zijn die het overzicht houdt.
- *Algemene laagdrempelige zorg*: de eerstelijnszorg is voor generalistische aandoeningen dichtbij (de gezinsdokter).
- *Aandoening- of groepsgericht*: naast de gezinsdokter wordt in de geïntegreerde eerste lijn ook aandoenings- of groepsgerichte specialistische zorg geleverd. Bijvoorbeeld via disease management, ketenzorg of casemanagement.

### **Verwachtingen van geïntegreerde eerstelijnszorg**

De verwachting is dat een sterke geïntegreerde eerste lijn bijdraagt aan het streven naar een situatie waarbij betaalbaarheid en een bestendig kwalitatief aanbod verzekerd blijft.

De geïntegreerde eerste lijn kan er voor zorgen dat:

1. eenvoudige en goedkope zorg in een eenvoudige en daarmee veelal goedkopere zorgsetting verleend wordt (substitutie);
2. er meer en betere zorg wordt geleverd door de hoge arbeidsproductiviteit die tot stand komt door taken te differentiëren, functies te herschikken en samen te werken.
3. medicalisering en onnodige kosten kunnen worden voorkomen;

Over de mogelijk toegevoegde waarde van geïntegreerde eerstelijnszorg bijvoorbeeld in minder zorgconsumptie, minder ziekenhuisopnames, sneller herstel of lagere medische kosten is nog niet veel bekend. De (literatuur)studies die er zijn tonen wisselende en summiere bevindingen<sup>6</sup>.

### Substitutie

#### *Verwachting*

Op 12 september 2008 heeft VWS een brief<sup>7</sup> over substitutie aan de Tweede Kamer gestuurd.

Substitutie is van belang omdat de zorg daar moet worden geleverd waar dat kwalitatief goed en doelmatig kan en waar deze het meest toegankelijk is voor de patiënt. Substitutie kan daar een bijdrage aanleveren. Of substitutie macrobudgettair op korte termijn besparingen oplevert is daarbij nog de vraag.

#### *Beperkingen die verwachtingen kunnen belemmeren*

Belemmeringen die substitutie in de weg staan doen zich voor op het terrein van de bekostiging en de financiering van zorgaanbieders en de wijze waarop de verzekeraars hun publieke middelen ontvangen, namelijk via de risicoverevening.

4. Bekostiging en financiering zorgaanbieders

<sup>6</sup> Bekostiging van de huisartsenzorg: monitor 2006 en eerste half jaar van 2007, Nivel, auteur C.E. van Dijk e.a.; Geïntegreerde eerstelijnszorg expliciteert en contracteert prestaties, prof. Dr. R. Huijsman en M. Hage-naars; Uitgavenmanagement in de zorg, Literatuurstudie naar het effect van disease management en preventie op zorgkosten, RIVM rapportage 2008, auteur Jose Boom e.a.

<sup>7</sup> Substitutie van zorg CZ/FBI 2861735, Ministerie van VWS



De eerste en tweede lijnszorg worden momenteel verschillend gefinancierd en bekostigd. In de tweedelijns somatische zorg vindt financiering in het B-segment plaats op basis van DBC's, in de eerstelijnszorg op basis van tarieven per verrichting (met uitzondering van het inschrijftarief in de huisartsenzorg). Daarbij kunnen huisartsen geen DBC's openen en kunnen ziekenhuizen geen huisartsenconsult declareren. Ook het feit dat sommige tarieven in de ene sector vrij zijn en de andere sector gebonden is aan maximum tarieven belemmert substitutie.

Tot slot krijgt een ziekenhuis een vergoeding voor de totale DBC. Het is daarom niet interessant voor een ziekenhuis om een klein deel van de DBC uit te besteden aan een eerstelijnszorgaanbieder. Ook voor de verzekeraar zit er geen kostenvoordeel in het stimuleren van substitutie omdat het niet leidt tot een verlaging van het DBC tarief en ook niet tot aanpassing van het ziekenhuisbudget. Daarbij moet worden opgemerkt dat in theorie het ziekenhuisbudget wel kan worden aangepast, maar dat dit in de praktijk niet gebeurt.

De conclusie die hieruit getrokken kan worden is dat bekostiging en financiering van zorg in de tweedelijnszorg prestatiegericht wordt gefinancierd, terwijl in de eerstelijnszorg deze volledig is gekoppeld aan de behandelaar, veelal de huisarts. Voor een optimale werking van substitutie staat zij onvoldoende los van de aanbieder die de zorg levert.

##### 5. Risicoverevening

Er is een belangrijk verschil in de mate waarin zorgverzekeraars risico lopen over hun kosten voor de tweedelijnszorg en voor de eerstelijnszorg. De kosten van de eerstelijnszorg vallen onder de zogenoemde variabele prestaties en daarop loopt een verzekeraar volledig risico. Ter stimulering van substitutie is de module Modernisering en Innovatie Huisartsenpraktijk (M en I) in het leven geroepen: een module op het huisartsentarief om verrichtingen uit te voeren die oorspronkelijk tot het domein van de tweede lijn behoren. Een huisarts kan daarmee bij de verzekeraar een tarief declareren voor het uitvoeren van een prestatie uit de tweede lijn.

De variabele kosten van de specialistische zorg worden daarentegen voor een deel verevend: zorgverzekeraars worden hiermee gecompenseerd voor de hogere kosten van bijvoorbeeld chronisch zieken. Zorgverzekeraars lopen dus veel minder risico op de tweedelijns specialistische zorg. Nu verzekeraars

voor de eerste lijn risicodragend zijn en voor de tweede lijn in veel mindere mate, is er voor verzekeraars geen prikkel om goedkopere zorg via de eerste lijn in te kopen omdat zij hiermee de compensatie mislopen. Zij zullen dus de huisartsen niet stimuleren tweedelijns verrichtingen uit te voeren.

Er zijn de laatste jaren stappen gezet om het verschil in risicodragendheid tussen overige prestaties en de variabele ziekenhuiskosten te verkleinen. Er blijft echter nog steeds een behoorlijk verschil.

#### 6. Spanning tussen geregleerde marktwerking en doelmatige inzet van middelen

Een gevolg van de bestaande financiering en bekostigingsstructuur is dat er een ontwikkeling in gang is gezet van zorginstellingen die eerstelijnszorg dicht bij de burger gaan leveren in buitenpoliklinieken. Zij leveren daar poliklinische zorg waaronder ook de eenvoudige zorg die ook door een huisarts geleverd kan worden. Deze ontwikkeling kan gezien worden als een uitvloeisel van de geregleerde marktwerking en is service- en vraaggericht. Twee argumenten om deze ontwikkeling te laten gaan. Een nadeel is dat hiermee geen stimulans ontstaat om de goedkope zorg over te dragen naar de (veel goedkopere) eerste lijn. Een produktgerelateerde financierings-systematiek kan dit probleem opheffen omdat dan niet meer relevant is wie de zorg levert.

##### *Opheffen beperkingen*

Om de bestaande beperkingen op te heffen moet de bekostiging en financiering los komen te staan van de aanbieder die de zorg levert.

De bekostiging en financiering van de eerste lijn moet aansluiten op de systematiek uit de tweede lijn. Tarieven die vrij zijn in het B-segment moeten ook in de eerste lijn vrij zijn. Ook deel DBC's moeten voor vergoeding in aanmerking komen.

Het volledig opheffen van de risicoverevening in de tweede lijn leidt tot substitutie naar de eerste lijn. De verzekeraar krijgt hiermee een prikkel het zorgprodukt zo doelmatig mogelijk in te kopen. Vele kleine verrichtingen kunnen door hulpverleners uit de eerste lijn gedaan worden in plaats van de veel duurdere tweede lijn.

Een produktgerelateerde financieringsystematiek levert een bijdrage aan een sterke geïntegreerde eerstelijnszorg. Er wordt al geëxperimenteerd met diabetes DBC's. Probleem is momen-

teel dat er nog geen produktomschrijving is en verzekeraars dus zeer verschillende diabetesprodukten financieren. Er zijn daardoor grote inhoudelijke verschillen tussen diabetes DBC's. Nu worden nog prijsafspraken voor volledige zorgprogramma's gemaakt. Ook deze behandelprogramma's dienen uiteindelijk op basis van DBC's gefinancierd te worden. Op deze manier wordt de samenwerking in de eerste lijn en de concurrentie op basis van prestaties bevorderd.

### Kwaliteitsverbetering

#### *Verwachtingen*

Uit de visie van Klink op de geïntegreerde eerste lijn blijkt dat als over geïntegreerde eerste lijn wordt gesproken er niet alleen bedoeld wordt op curatieve somatische zorg, maar ook op samenhang en samenwerking met de wijkverpleging, de eerste lijns geestelijke gezondheidszorg en de farmaceutische zorg. Tevens wordt er gesproken over de noodzaak van meer afstemming met aanpalende sectoren zoals maatschappelijke ondersteuning wonen en welzijn<sup>8</sup>.

In de eerste lijn wordt de huisarts gezien als de regievoerder of als centrale behandelaar. Ook voor de geïntegreerde eerste lijn wordt de huisarts als centrale handelaar gezien. Argument daarvoor is dat de huisarts het dichtst bij de patiënt staat. Er wordt van de huisarts verwacht dat hij een stimulerende kracht is bij het vormgeven van de samenwerking in de eerste lijn. Dit is ook de reden om vooralsnog de bekostiging van de geïntegreerde eerste lijn te koppelen aan de huisartsbekostiging.

#### *Beperkingen*

Er zijn twee kanttekeningen te maken bij het idee dat de huisarts de regievoerder dient te zijn in de geïntegreerde eerste lijn.

Allereerst is de financiering van de geïntegreerde eerste lijn gekoppeld aan de praktijkfinanciering van de huisarts omdat deze regievoerder is. Uit onderzoek naar de M en I middelen blijkt dat deze middelen vooral worden ingezet op samenwerking tussen huisartsen onderling en niet tussen meerdere disciplines<sup>9</sup>. De huidige financieringsstructuur levert daarmee geen bijdrage aan multidisciplinaire samenwerking die de kwaliteit van de zorg doet verhogen. De beoogde prikkel die de module M en I voorstaat, draagt dus maar ten dele bij aan de doelstel-

<sup>8</sup> TK 2003-2004 29247 nr. 19 pag. 2

<sup>9</sup> Oriënterende Monitor Huisartsenzorg, NZA juli 2007, pag. 39.

ling van de geïntegreerde eerste lijn. Voor de regeling Samenwerking ten behoeve van eerstelijnszorgprodukten is dit probleem deels ondervangen: om hiervoor in aanmerking te komen moet samenwerking tot stand komen tussen huisarts en een andere eerstelijnsdiscipline en kan slechts het samenwerkingsverband als hoofdcontractant en hoofddeclarant de module in rekening brengen. Echter ook hier geldt nog dat de module is gekoppeld aan het inschrijftarief van de huisartsen.

Conclusie is dat koppeling van financiering van de geïntegreerde eerstelijnszorg aan de huisartsenfinanciering verlamd werkt op samenwerking en integratie. De huisarts blijft een leidende en initiërende rol spelen in de totstandkoming van samenwerking met anderen eerstelijnszorgprofessionals. Als de huisartsen in een bepaald gebied niet willen, komt samenwerking dus niet van de grond. Ook ondersteunt de huidige financieringsstructuur niet de dynamiek die typerend is voor de geïntegreerde eerstelijnszorg. De beoogde dynamiek in de eerste lijn kan pas echt tot stand komen als de financieringsstructuur deze dynamiek kan volgen.

De tweede kanttekening betreft de gevolgen van taak- en functie-differentiatie. De huisarts als centrale regievoerder is hiermee niet meer vanzelfsprekend. Nieuwe professionals gaan een rol spelen binnen de eerste lijn. De vraag is of een huisarts de coördinerende rol die nodig is voor optimale multidisciplinaire samenwerking moet willen vervullen. Huisartsen zijn in ieder geval nu nog niet opgeleid en geëquipeerd voor het vervullen van zovergaande coördinatie- en regietaken. Medische expertise is zijn core business. Als de gedachte van de huisarts als coördinator of regievoerder wordt losgelaten, is het ook niet meer vanzelfsprekend dat de financiering van de geïntegreerde eerste lijn gekoppeld is aan de huisartsen.

Een tweede beperking op de ontwikkeling van multidisciplinaire samenwerking is het feit dat de Zorgverzekeringswet (Zvw) geen functionele beschrijving geeft van de eerstelijnszorg. Artikel 10 van de Zvw somt op welke risico's de zorgverzekering dekt. Hieronder valt de behoefte aan geneeskundige zorg waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden (artikel 10 Zvw). Onder plegen te geschieden wordt verstaan: dat de interventie deel uitmaakt van beroepspraktijk van een zorgaanbieder. In het Bzv wordt de inhoud en de omvang van de te verzekeren prestaties verder uitgewerkt maar ook hierin wordt weer verwezen naar beroepsbeoefenaren (artikel 2.4 Bzv).

Zorgaanbieders zoals nurse practitioners of sociaal psychisch verpleegkundigen binnen een huisartsenpraktijk worden verondersteld een deel van de huisartsenzorg te leveren. Het contract en de bekostiging voor hun zorgaanbod loopt nu ook via de huisarts. Naar mate het aanbod binnen de eerste lijn gedifferentieerder en complexer wordt, is deze constructie niet meer houdbaar.

#### *Opheffen van beperkingen*

Om substitutie naar de eerste lijnszorg goed te laten landen is een sterke en goed georganiseerde eerste lijn nodig. Dat betekent de juiste inzet van kennis en kunde op het juiste moment en op de juiste plaats. Vervolgens is samenhang en samenwerking tussen de hulpverleners in de eerste lijn nodig. Wie de coördinatie het beste op zich kan nemen moet opnieuw worden bezien en worden vastgesteld.

Zowel uit oogpunt van flexibiliteit in de contractering, als uit oogpunt van duidelijkheid over de aard, inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties kunnen functies in de eerste lijn helderheid bieden. Een functionele beschrijving van de zorg en een daar aangekoppelde bekostigingssystematiek versterkt de samenhang en de doelmatigheid in de geïntegreerde eerste lijn.

#### **Advies**

- De risicoverevening in de tweede lijn moet worden opgeheven zodat substitutie naar de eerste lijn een reële mogelijkheid is.
- Bekostiging en financiering moeten los staan van de aanbieder die de zorg levert  
Om de doelstellingen te halen die de Minister heeft, moet geleidelijk en op termijn afstand worden genomen van het Vogelaarakkoord. De huidige financiering en bekostiging van de huisartsenzorg werkt onvoldoende een geïntegreerde eerstelijnszorg in de hand. De beoogde dynamiek in de eerste lijn kan pas echt tot stand komen als de financieringsstructuur deze dynamiek kan volgen. Daarvoor moet in ieder geval de bekostiging en financiering los komen te staan van de aanbieder die de zorg levert. Er moet naar een functiegerichte bekostiging worden toegewerkt. Daarvoor is het nodig dat de zorgvraag wordt vertaald naar functies in termen van deskundigheid en middelen.

Het loslaten van de aanbiedersgerichte financiering en bekostiging betekent dat er uitspraken gedaan moeten worden over de coördinatie en regiefunctie in de geïntegreerde eerste lijn. Hoe breder en meer geïntegreerd de eerstelijnszorg wordt, des te meer behoefte er is aan deze coördinatie taak en het beheer van medische dossiers. Specialisatie en functiedifferentiatie maken dat er opnieuw gekeken moet worden naar de functieopvatting van de huisarts en andere hulpverleners in de eerste lijn.

- Meer prestatiegerichte bekostiging a la DBC structuur ziekenhuizen.

De financiering en bekostiging van zorg op basis van prestaties stimuleert substitutie en daarmee een doelmatige inzet van middelen. De nieuwe bekostiging zal, via een systeem van vraagsturing en onderhandeling door verzekeraars en aanbieders, geïntegreerde samenwerkingsverbanden moeten kunnen faciliteren bij het leveren van toegankelijke, doelmatige en kwalitatief goede zorg.

Produktgerelateerde financiering kan gestimuleerd worden door bij de ontwikkeling van prestatie indicatoren de prioriteit te verschuiven van de ontwikkeling van indicatoren per beroepsgroep naar indicatoren voor geïntegreerde zorgproducten.

Zorgverzekeraars bevorderen al dat individuele zorgverleners zorg op programmatische basis gaan leveren in plaats van via afzonderlijke verrichtingen. Hulpverleners moeten behandelprogramma's opstellen voor specifieke aandoeningen zoals voor COPD en diabetes. Het gaat daarbij om ca. 20% van de patiënten in de eerste lijn, die 80% van alle zorg die in de eerste lijn wordt geleverd nodig hebben.

- Zoals gezegd is er nog weinig bekend over de meerwaarde van de geïntegreerde eerste lijn. Er is behoefte aan onderzoek naar de meerwaarde van de geïntegreerde eerste lijn met betrekking tot de ontwikkeling en de kwalitatieve en financiële gevolgen van substitutie en samenwerking. De uitkomsten van onderzoek kunnen benut worden bij het vaststellen van de grenzen aan de geïntegreerde eerstelijnszorg.

## Farmaceutische industrie

### 1.1 Inleiding

In dit vignet wordt nader ingegaan op de farmaceutische zorg in Nederland vanuit het perspectief van het uitgavenmanagement. De uitgaven aan geneesmiddelen vertonen al vele jaren een stijgende lijn. In paragraaf 1.2 worden deze de uitgaven in kaart gebracht. Tevens wordt een raming voor de kosten bij ongewijzigd beleid de komende jaren gegeven.

De stijgende kosten zijn al vele jaren onderwerp van beleid. In paragraaf 1.3. worden kort de beleidsmaatregelen die in het verleden zijn genomen beschreven en in paragraaf 1.4 de voorgenomen beleidsmaatregelen voor de middellange termijn.

Vervolgens wordt in paragraaf 1.5 nagegaan of de voorgenomen beleidsmaatregelen voldoende effect zullen sorteren en welke aanvullende en/of alternatieve beleidsmaatregelen mogelijk en nodig zijn. In paragraaf 1.6 volgt de conclusie.

### 1.2 Uitgavenontwikkeling farmaceutische zorg

Bij de uitgaven voor farmaceutische zorg moet een onderscheid gemaakt worden tussen geneesmiddelen die extramuraal, via de openbare apotheek worden geleverd en middelen die intramuraal, in instellingen zoals ziekenhuizen, worden verstrekt.

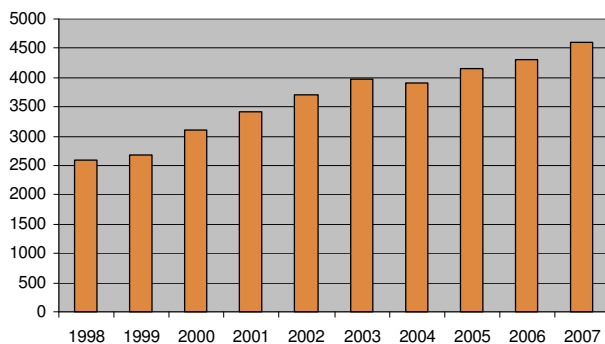
#### Extramurale geneesmiddelen

De uitgaven voor extramurale geneesmiddelen via de openbare apotheken (dit is exclusief de uitgaven via de apotheken van apotheekhoudende huisartsen, die bijna 9% van de totale uitgaven vormen) bedroegen in 1998 bijna 2,6 miljard euro. In 2006 was dit bedrag gestegen tot 4,3 miljard. In 2007 was het 4,7 miljard, een stijging van 8,1% ten opzichte van het jaar daarvoor.<sup>10</sup> In grafiek 1 is het verloop van de uitgaven aangegeven. De uitgaven vertonen een stijgende lijn, met uitzondering van 2004. Dit laatste is voor een deel te danken aan de destijds afgesloten geneesmiddelenconvenanten, waardoor de prijzen van de zogenoemde generieke middelen daalden. Hier-

<sup>10</sup> Data en feiten 2007, Stichting farmaceutische Kengetallen, 2007

over later meer. De gemiddelde stijging ligt voor de afgelopen jaren gemiddeld op ca. 6% per jaar.

**Grafiek 1.1** Totale uitgaven geneesmiddelen via de openbare apotheken in de periode 1998 – 2007 in mln. € (2007: prognose)



Bron: SKF

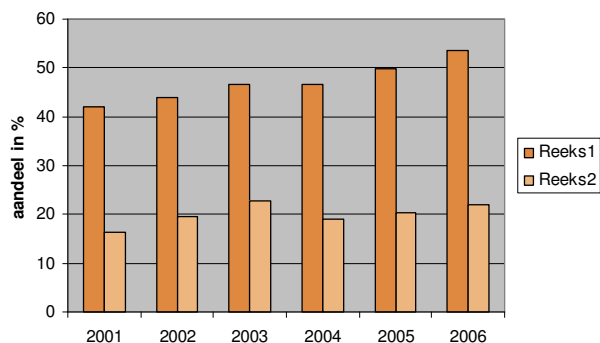
Daarnaast verliepen in die jaren de octrooien van een aantal zogenaamde blockbusters. Dit zijn zeer succesvolle spécialités – merkgeneesmiddelen waar octrooi op rust - die op grote schaal worden voorgeschreven. Voorbeelden waren de maagzuurremmer Losec –stofnaam omeprazol- en de cholesterolverlagers Zocor – stofnaam simvastatine – en Selektine – stofnaam pravastatine -waarvan de octrooien in maart 2002 resp. april 2003 en augustus 2004 verliepen.

Als het octrooi verlopen is, mogen concurrenten de betreffende stof namaken en op de markt brengen. Dit zijn de zogenaamde generieke middelen. Door de concurrentie daalt de prijs vaak sterk, hoewel deze prijsdalingen veelal niet (geheel) door de apotheker worden doorgegeven aan de uiteindelijke consument c.q. verzekerde. Deze problematiek van de ‘bonus- en kortingen’ worden in paragraaf 1.3 nader besproken.

Het marktaandeel van generieke receptgeneesmiddelen is de afgelopen jaren gestaag toegenomen. In grafiek 2 is dit voor de periode 2001-2006 weergegeven.

**Grafiek 1.2** Aandeel van generiek geneesmiddelen naar afleveringen (reeks 1) en uitgaven (reeks 2)





Bron: SFK

In tabel 1.1 is de top 10 van meest voorgeschreven geneesmiddelen in 2007 weergegeven. De lijst wordt aangevoerd door de bloeddrukverlager metoprolol (generiek geneesmiddel), waarvan de uitgaven stegen van 60 miljoen euro in 2006 naar 65 miljoen in 2007. De stijging van het gebruik van deze bloeddrukverlager wordt toegeschreven aan het advies van het Nederlands Huisartsengenootschap om bij indicaties voor een selectieve bètablokker geen atenolol maar metoprolol voor te schrijven<sup>11</sup>. Dit heeft overigens weinig consequenties voor de uitgaven, aangezien beide middelen elkaar qua prijs niet veel ontlopen. De gemiddelde kosten per maand bedragen voor atenolol € 3,26 en voor metoprolol € 3,44 (bron Farmacotherapeutisch Kompas).

**Tabel 1.1 De 10 meest voorgeschreven geneesmiddelen in 2006**

Stofnaam	Toepassing	Aantal voorschriften
Metoprolol	Verhoogde bloeddruk	3.357.000
Oxazepam	Kalmeringsmiddel	2.919.000
Acetylsalicylzuur	Antistolling	2.567.000
Omeprazol	Maagzuurremming	2.533.000
Temazepam	Slaapmiddel	2.530.000
Diclofenac	Pijnstiller	2.383.000

<sup>11</sup> Pharmaceutisch Weekblad, 21 januari 2008, Jaargang 143 Nr. 8

Simvastatine	Cholestrolverlager	2.290.000
Metformine	Antidiabeticum	1.950.000
Carbasalaatcalcium	Antistolling	1.928.000
Atorvastatine	Cholesterolverlager	1.744.000

Bron: SFK

Indien gekeken wordt naar de top 10 van geneesmiddelen qua kosten, dan ziet de lijst er geheel anders uit dan tabel 1.1 (zie tabel 1.2).

**Tabel 1.2 De 10 geneesmiddelen met hoogste uitgaven (2006)**

Stofnaam	Toepassing	Uitgaven in mln. €
Atorvastatine	Cholesterolverlager	162
Salmeterol met fluticason	Bij luchtwegaandoening	111
Pantoprazol	Maagzuurremmer	97
Omeprazol	Maagzuurremmer	94
Simvastatine	Cholesterolverlager	68
Etanercept	Antireumaticum	66
Adalimumab	Antireumaticum	62
Metoprolol	Bloeddrukverlager	60
Esomeprazol	Maagzuurremmer	55
Tiotropium	Luchtwegaandoening	53

Bron: SKF

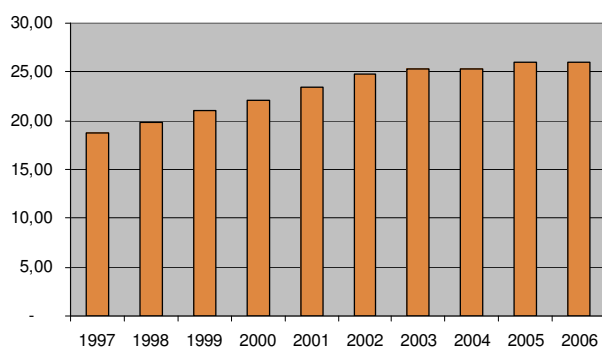
De lijst wordt aangevoerd door de cholesterolverlager Lipitor – stofnaam atorvastatine. Dit is opmerkelijk aangezien zoals hiervoor vermeld er generieke cholesterolverlagers zoals simvastatine en pravastatine beschikbaar zijn, veel goedkoper zijn (Een behandeling met Lipitor kost per maand gemiddeld € 20,70, met simvastatine € 4,28. Bron Farmacotherapeutisch Kompas). Het gebruik van nieuwe, geïmporteerde en veelal duurdere middelen doet de uitgaven stijgen.

De stichting Farmaceutische Kengetallen identificeert een zestal structurele factoren voor de stijging van de uitgaven<sup>12</sup>:

1. toelating van nieuwe geneesmiddelen tot het verzekeringspakket.
2. verschuiving in het gebruik naar nieuwe, veelal duurere geneesmiddelen
3. groei van de Nederlandse bevolking
4. vergrijzing
5. toename van het chronisch gebruik van geneesmiddelen
6. verschuiving van intramurale zorg naar de thuis situatie

De met elkaar samenhangende factoren 1 en 2 hebben een prijsverhogend effect. De overige factoren hebben een toename van het volume tot gevolg.

**Grafiek 1.3** Geneesmiddelenkosten per WTG-voorschrift bij openbare apotheken voor de periode 1997-2006 in euro's



Bron: SFK

In grafiek 3 zijn de geneesmiddelenkosten per recept (per WTG-voorschrift voor de periode 1997-2006) weergegeven. Deze nemen de laatste vier jaren veel minder sterk toe (ca. 0,2% per jaar) dan de periode daarvoor, toen de stijging gemiddeld 4,5% was.

<sup>12</sup> Data en Feiten 2007, Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2008, pagina 16

### **Uitgaven dure geneesmiddelen extramuraal**

Opvallend is dat in tabel 1.2 op de 6<sup>de</sup> en 7<sup>de</sup> plaats een tweetal dure geneesmiddelen – dit zijn middelen die € 500 of meer per recept kosten, staan, namelijk Enbrel – stofnaam etanercept - en Humira –stofnaam adalimumab. De middelen worden gebruikt voor onder andere de behandeling van reuma en zijn beide zogenoemde biofarmaca, eiwitten die met behulp van recombinant-DNA-technieken zijn gemaakt. Deze fabricage is kostbaar, wat (deels) de hoge prijs verklaart.

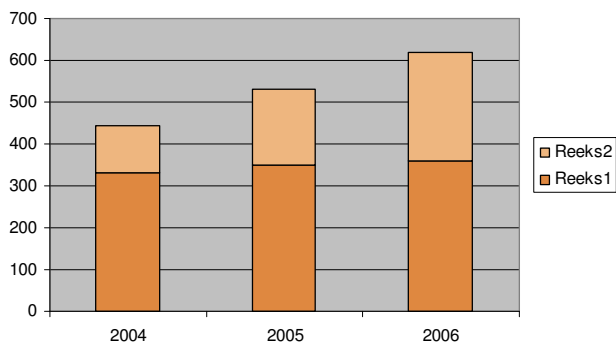
Aanvankelijk werden dure geneesmiddelen uitsluitend intramuraal gebruikt, maar ze worden ook meer en meer in de eerste lijn gebruikt. Een voorbeeld hiervan is Glivec, stofnaam imatinib. Dit middel is in 2001 op de markt gebracht als zogenoemde weesgeneesmiddel, dat wil zeggen een geneesmiddel voor een zeldzame aandoening, in dit geval voor de behandeling van chronische myeloïde leukemie. Later is de registratie uitgebreid met andere vormen van leukemie en de behandeling van sommige vormen van maag- en darm- en huidkanker. In 2001 werden door het College voor Zorgverzekeringen, CVZ, de jaarlijkse kosten van het middel geraamd op 2,7 miljoen euro per jaar. Al in 2002 waren de uitgaven via de openbare apotheek 6,2 miljoen en voor 2007 bedragen de uitgaven 31,8 miljoen (voorlopig cijfer SFK).

In 2002 waren de totale kosten van dure extramuraal geneesmiddelen ca. 256 miljoen euro. In 2006 was dit bedrag meer dan verdubbeld tot 573 miljoen. De kostenstijging ten opzichte van 2005 van de uitgaven aan geneesmiddelen wordt voor 51% veroorzaakt door de dure geneesmiddelen. (bron SKF). Het aantal patiënten is in de periode 2001 -2006 bijna verdubbeld, van 70.000 naar 120.000 (bron Vektis).

### **Intramurale geneesmiddelen**

De totale kosten van geneesmiddelen die in Nederland in het ziekenhuis - alle algemene en academische ziekenhuizen - worden verstrekt, bedroegen in 2006 ruim 600 miljoen euro, bijna 100 miljoen meer dan in 2005, een kostenstijging van ruim 18%. De kostenstijging in het jaar daarvoor bedroeg bijna 16%. De grote stijging kwam voor het grootste deel op rekening van de zogenoemde dure- en weesgeneesmiddelen. Dit zijn middelen waarvoor de ziekenhuizen grotendeels compensatie krijgen in tegenstelling tot de 'gewone' middelen, die uit het ziekenhuisbudget betaald moeten worden. In grafiek 4 is dit aangegeven.

**Grafiek 1.4** Uitgaven aan dure (reeks 2) en overige geneesmiddelen in algemene en academische ziekenhuizen (in mln. €)

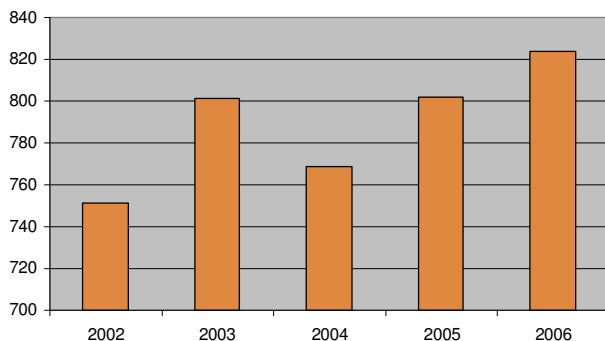


Bron: SKF

**Kosten van de geneesmiddelenverstrekking.**

Onderdeel van de kosten voor extramurale farmaceutische zorg vormt de vergoeding die de apotheek ontvangt voor de dienstverlening. Aangezien de apotheek een vergoeding per voorschrift (per recept) ontvangt zijn deze kosten vooral gerelateerd aan het aantal voorschriften. In grafiek 5 is de vergoeding voor alle openbare apotheken voor de periode 2002 – 2006 weergegeven. Met 823 miljoen euro in 2006 (gemiddeld €456.000,- per apotheek) bedraagt de apotheekvergoeding bijna 19% van de totale kosten.

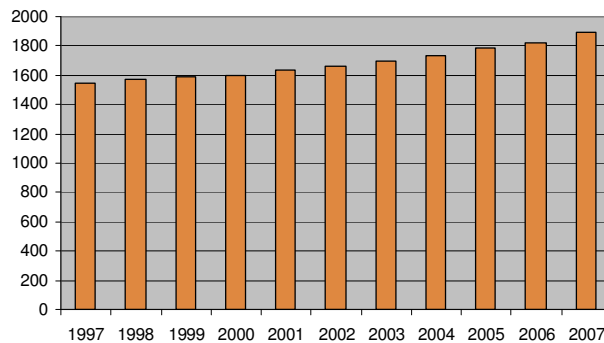
**Grafiek 1.5** Apotheekvergoeding in mln. €



Bron: SKF

De apothekenbranche is klaarblijkelijk winstgevend, aangezien het aantal apotheken gestaag toeneemt. In grafiek 6 is het aantal apotheken in de periode 1997-2007 weergegeven. Het aantal apotheken in Nederland op 1 januari 2008 bedroeg 1893.

**Grafiek 1.6** Aantal apotheken in Nederland



Bron: SKF

### **Conclusie**

De uitgaven voor geneesmiddelen zijn het afgelopen decennium met gemiddeld 6% per jaar gestegen. Deze stijging heeft een volume en een prijscomponent. Het volume neemt toe door een toename van de bevolking, de vergrijzing en (deels) daarmee samenhangend een toenemend chronisch gebruik van geneesmiddelen. Bij de prijscomponent zijn er twee tegenwerkende effecten. Enerzijds een prijsverlagend effect door het toenemend voorschrijven van goedkopere generieke middelen, anderzijds is er een sterke stijging te zien van uitgaven voor nieuwe dure geneesmiddelen.

Voor de toekomst mag er bij ongewijzigd beleid van uitgegaan worden dat de uitgaven voor geneesmiddelen, thans in totaal ruim 5 miljard euro per jaar, jaarlijks met minimaal 6% blijven stijgen.

### 1.3 Overheidsbeleid ten aanzien van farmaceutische zorg

De stijging van de kosten van geneesmiddelen is al tientallen jaren een bron van zorg voor de overheid en in het verleden zijn er verschillende maatregelen geweest om het volume en de prijzen van geneesmiddelen te matigen. Hierbij worden verschillende 'aangrijpingspunten' gehanteerd, zoals de vergoedingen in de vorm van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en de prijsvorming via de Wet geneesmiddelenprijzen. Daarnaast zijn er in het verleden een aantal acties ondernomen die geen lange tijd beschoren waren, zoals de medicijnknaak, die in 1983 werd ingevoerd, waarbij per recept een rijksdaalder door de patiënt betaald moest worden tot een maximum van 125 gulden per jaar. De maatregel leidde echter niet tot de beoogde bezuinigingen, maar wel tot allerlei ongewenste bijwerkingen zoals administratieve rompslomp en 'hamsteren' van geneesmiddelen. De maatregel werd dan ook weer snel afgeschaft.

#### **Het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)**

Ook het geneesmiddelenvergoedingssysteem is niet zonder bijwerkingen gebleken. Het GVS is in 1991 ingevoerd met als doel de kosten van geneesmiddelen terug te dringen. Het omvat een lijst (eigenlijk meerdere lijsten) van geneesmiddelen die aangaf waar de (toenmalig ziekenfonds) verzekerde aanspraak op kon maken. Het GVS vormt onderdeel van de huidige basisverzekering. Daarmee vormt de aanspraak op geneesmiddelen een uitzondering op de overige aanspraken in die zin dat voor geneesmiddelen precies is aangegeven waar men recht op heeft, een zogenoemde gesloten systeem met een positieve lijst, terwijl voor de overige verzekerde prestaties, zoals huisartsenhulp, een open systeem geldt: alles is verzekerd tenzij het uitdrukkelijk uitgesloten is.

Binnen het GVS worden clusters onderscheiden. In een bepaald cluster worden geneesmiddelen ondergebracht die onderling vervangbaar zijn. Voor elk cluster is een vergoedingslimiet vastgesteld door het ministerie van VWS. Als de prijs van een geneesmiddel hoger is dan de clusterprijs, moet de patiënt het verschil bijbetalen. In de praktijk blijkt de vergoedingslimiet zo hoog te liggen dat bijbetalingen weinig voorkomen, ca. 0,5% van de totale kosten van geneesmiddelen. Fabrikanten van generieke middelen stellen hun prijs veelal op of tegen de vergoedingslimiet. Door middel van bonussen en kortingen aan de apotheker proberen zij marktaandeel te ver-

werven, maar deze worden slechts gedeeltelijk aan de verzekerde doorgegeven in de vorm van lagere prijzen. Het GVS legt dus wel een plafond voor de prijs van clusterbare middelen, maar ontbeert een prikkel voor prijsconcurrentie.

Daarnaast is er een probleem binnen de gehanteerde systematiek met zogenoemde me-too geneesmiddelen. Me-too's zijn middelen die naar het voorbeeld van een al bestaand geneesmiddel (het 'eerste middel'), zijn ontwikkeld. De me-too vertoont grote overeenkomsten in werkzaamheid, maar de chemische structuur is net even anders, zodat het geoctrooieerd kan worden. De me-too's zijn vaak duurder dan het eerste middel vanuit het argument van meerwaarde ten opzichte van het eerste middel, en het octrooi verloopt later. Ze krijgen op het moment van toelating tot het GVS een vergoedingslimiet. Er ontstaan grote verschillen in prijzen tussen het eerste middel en de me-too's als het octrooi van de eerste afloopt. Onnodig gebruik van me-too's kost de samenleving dan veel geld. Een goed voorbeeld is de groep van de statines. Zocor – stofnaam simvastatine – was het eerste middel uit deze groep dat op de markt kwam. Daarna volgden Selektine - stofnaam pravastatine, Crestor – stofnaam rosuvastatine en Lipitor –stofnaam atorvastatine. Zoals hiervoor al genoemd zijn Zocor en Selektine al uit octrooi, terwijl het nog geoctrooieerde Lipitor op nummer 1 staat van de top 10 geneesmiddelen qua kosten (zie tabel 1.2). Een behandeling met Lipitor kost gemiddeld € 21,50 per maand – dit is binnen de vergoedingslimiet -, behandeling met generiek simvastatine kost gemiddeld € 0,61 per maand (bron Farmacotherapeutisch kompas).

Genoemde problemen leiden al jaren tot een discussie over de noodzaak van een herziening van het GVS, waarbij onder andere het clusteringscriterium 'onderlinge vervangbaarheid' vervangen zou moeten worden door 'therapeutische gelijkwaardigheid'. De criteria voor onderlinge vervangbaarheid zijn wettelijk voorgeschreven, zoals dat er geen klinisch relevante verschillen mogen zijn, dat het middel bestemd moet zijn voor dezelfde aandoening, voor dezelfde leeftijdsgroep en een vergelijkbare toedieningsvorm heeft. Bij therapeutische gelijkwaardigheid zou het belangrijkste criterium het werkingsmechanisme van het middel zijn. In paragraaf 1.4 worden de beleidsvoornemens op de langere termijn voor het GVS nader besproken.



### **Prijs- en inkoopvergoedingregulerende maatregelen**

Naast het GVS, dat via de vergoedingslimieten voor patiënten de prijsstelling van met name generieke leveranciers beïnvloed, zijn er een tweetal specifieke wetten die de prijs resp. de inkoopvergoeding voor de apotheker van geneesmiddelen regelen, namelijk de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) en de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG). Daarnaast kan ook nog het zogenoemde preferentiebeleid van verzekeraars genoemd worden. Hoewel het niet direct een prijsregulerende maatregel is, kan in dit kader ook beleidsregel dure geneesmiddelen van de NZa genoemd worden.

#### *Wet geneesmiddelenprijzen*

De WGP maximeert kort gezegd de prijs van een geneesmiddel op het gemiddelde van de prijzen in een viertal referentielanden, te weten Duitsland, België, Frankrijk en Engeland. In het (verre) verleden kwam het nogal eens voor dat geneesmiddelen in het buitenland (veel) goedkoper waren dan in Nederland, wat parallelimport met zich meebracht. De prijsverschillen tussen de Europese landen is inmiddels kleiner geworden en sommige fabrikanten van vooral geïmporteerde geneesmiddelen gaan binnen de Europese markt uit van één prijs. Op de hoogte van de prijs van deze middelen die door multinationals mondiaal worden afgezet, kan Nederland nagenoeg geen invloed uitoefenen, aangezien de Nederlandse markt slechts ca. 1% van de wereldmarkt uitmaakt.

#### *Wet marktordening gezondheidszorg*

De WMG heeft betrekking op apothekers en apotheekhoudende huisartsen. De WMG heeft betrekking op geneesmiddelen die uitsluitend op recept verkrijgbaar zijn en dus alleen door apothekers of apotheekhoudende huisartsen afgeleverd mogen worden. Als maximum inkoopvergoeding geldt de door de leverancier vastgestelde bruto inkoopsprijs zoals die vermeldt staat in een apotheek inkooplijst, de zogenoemde Taxe van Z-Index B.V., met aftrek van een zgn. clawback van 6,82% met een maximum van 6,80 euro. Deze lijst moet voldoen aan de regels die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn gesteld. Daarnaast geldt de regel dat de apotheker geen hogere prijs in rekening mag brengen dan de laagste prijs van hetzelfde generieke middel van andere leveranciers die de gehele markt kunnen voorzien.

De WMG blijkt in de praktijk echter niet c.q. averechts te werken, omdat alle leveranciers een zo hoog mogelijke bruto inkoopsprijs vaststellen – dicht bij de clusterprijs binnen het

GVS - om door middel van hoge kortingen en bonussen de apothekers te verleiden hun product af te leveren.

#### **Inkoopvoordelen: bonussen en kortingen**

De mogelijkheid voor apothekers om inkoopvoordelen, bonussen en kortingen van leveranciers, te ontvangen is ontstaan na de invoering van het GVS in 1991. Toen verlaagde de toenmalige staatssecretaris Simons namelijk de zogenoemde receptregelvergoeding – de vergoeding die de apotheker ontvangt voor zijn inspanningen - met als doel om op de kosten te bezuinigen. Als compensatie voor de verlaging van de receptregelvergoeding mochten de apothekers in het vervolg bij de fabrikant bedongen kortingen en bonussen op de door de leverancier vastgestelde bruto inkoopprijs behouden. De apotheker krijgt de Taxeprijs minus de eerder genoemde clawback, vergoed, ongeacht de werkelijke inkoopprijs en het verschil – de bonussen en kortingen - mag hij of zij behouden.

Zoals hiervoor al genoemd, stellen alle leveranciers een zo hoog mogelijke bruto inkoopprijs vast – dicht bij de clusterprijs binnen het GVS. Deze clusterprijzen zijn door het ministerie van VWS voor het laatst bijgesteld in februari 1999 op basis van de toen geldende prijzen. Inmiddels zijn een aantal middelen uit octrooi gelopen, wat apothekers de ruimte biedt om grote inkoopvoordelen te bedingen.

Deze inkoopvoordelen vormen al jaren een bron van discussie. PricewaterhouseCoopers becijferde de inkoopvoordelen voor 1997 op ca. 120 miljoen euro. Conquaestor berekende in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit de inkoopvoordelen voor 2004 op 617 miljoen euro.<sup>13</sup> Vektis heeft deze cijfers geëxtrapoleerd en schat de inkoopvoordelen voor 2008 op bijna 1 miljard euro, ca. 20% van de totale uitgaven aan extramurale geneesmiddelen. Uitgaande van het eerder genoemde aantal van 1893 apotheken, betekent dit ruim 5 ton per apotheek.

Om een deel van de inkoopvoordelen terug te laten vloeien naar de verzekeren werd in 1998 de zogenoemde claw back geïntroduceerd, waarbij apothekers verplicht werden een deel van de inkoopvoordelen terug te geven aan de patiënt c.q. verzekeraar. Dit is de eerder genoemde clawback van 6,82%

<sup>13</sup> Huizenveld, H.H., Inkoopvoordelen van apotheekhoudenden. Resultaten van een onderzoek naar de omvang van inkoopvoordelen in 2004. Conquaestor B.V., Utrecht, 16 maart 2007

met een maximum van € 6,80. Dit is gelet op de grootte van de bonussen en kortingen een zeer bescheiden gedeelte.

Sinds 2004 tracht de overheid door middel van convenanten met de koepels van belanghebbenden, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), de Bond van de generieke geneesmiddelenindustrie in Nederland (Bogin), de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen Nederland (Nefarma) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de kortingen en bonussen terug te dringen. Het huidige convenant, het Transitieakkoord farmaceutische zorg genoemd, zou tot en met 2009 lopen, maar heeft inmiddels averij opgelopen doordat de Bogin, de Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie Nederland het akkoord heeft opgezegd. Zoals de naam al aangeeft, moet het de overbrugging vormen naar een nieuwe structuur. Deze wordt in paragraaf 1.4 besproken.

Uit het voorgaande blijkt dat apothekers zich meer en meer als handelaar zijn gaan gedragen. Het ondernemersrisico was tot voor kort echter niet erg groot. Allereerst heeft de apotheker (en apotheekhoudende huisarts) het monopolie op het afleveren van geneesmiddelen aan de patiënt. Daarnaast is er een vaste, gegarandeerde receptregelvergoeding. Deze vergoeding is weliswaar niet helemaal kostendekkend, maar gelet op de grootte van de kortingen en bonussen gemakkelijk te compenseren. Met het hierna te bespreken preferentiebeleid van verzekeraars, waardoor de bonussen en kortingen sterk onder druk komen te staan komt hier wellicht verandering in.

#### *Preferentiebeleid op geneesmiddelen*

Op 1 juli 2005 voerden een vijftal zorgverzekeraars, te weten Agis, CZ, Menzis, Univé en VGZ, het preferentiebeleid op (generieke) geneesmiddelen in en op 1 januari 2006 sloten DeltaLloyd/OHRA en De Friesland zich hierbij aan.

Het preferentiebeleid houdt in dat de zorgverzekeraars alleen de goedkoopste variant van een middel vergoeden aan de apotheker. Artikel 2.8 van het Besluit Zorgverzekering biedt zorgverzekeraars deze mogelijkheid. In deze situatie kiest dus niet de apotheker de leverancier, maar de verzekeraar. De rechtmatigheid van het preferentiebeleid is door leveranciers van geneesmiddelen aangevochten maar het gerechtshof in Den Bosch heeft recentelijk de verzekeraars in het gelijk gesteld. Na deze uitspraak hervatten de zorgverzekeraars UVIT en Menzis hun preferentiebeleid. Er zijn ook andere manieren waarom verzekeraars de kosten trachten te beperken. Zo voert zorgverzekeraar Achmea geen preferentiebeleid, maar vergoed

alleen de prijs van het goedkoopste middel ongeacht welk middel wordt geleverd. Is een middel duurder, dan moet de patiënt bijbetalen. Bij naturapolissen betekent dit dat er een restitutiecomponent aan toegevoegd wordt.

De prijsverlagingen die de 'actieve' verzekeraars afdwingen hebben als consequentie dat de taxeprijzen naar onder worden vastgesteld. Verzekeraars die geen initiatieven ontplooiën hebben indirect voordeel. Een ander punt van 'mee profiteren' vloeit voort uit het vereveningssysteem, waarbij verzekeraars worden gecompenseerd voor slechte risico's, waaronder ouderen en chronisch zieken, die doorgaans bovengemiddelde (geneesmiddel)kosten maken. Gevolg is dat een deel van de winst die een verzekeraar behaalt met een scherpe geneesmiddelenkoop ook wordt verevend en bij concurrenten terecht komt. Als echter de actieve verzekeraars hun investeringen niet in voldoende mate kunnen terugverdienen of anderen er per saldo wellicht juist meer van profiteren, zullen deze initiatieven snel uitdoven.

Een punt van politieke discussie op dit moment is of het preferentiebeleid zich moet beperken tot preferentie op basis van de werkzame stof of dat ook therapeutische substitutie toegestaan is, wat vooral voor belang is bij de me-too middelen.

#### *Beleidsregel dure geneesmiddelen*

De beleidsregel dure geneesmiddelen van de NZa is een financieringsinstrument voor ziekenhuizen. Zoals hiervoor vermeld zitten de kosten voor intramurale geneesmiddelen in het ziekenhuisbudget, dat de NZa jaarlijks vaststelt. Voor dure geneesmiddelen kunnen ziekenhuizen sinds 2002 extra geld krijgen. De beleidsregel is op 1 januari 2008 geld aangepast met de zogenoemde substitutie bepaling. Ziekenhuizen krijgen momenteel voor de onder de beleidsregel vallende geneesmiddelen 80% budgetcompensatie van de netto inkoopkosten van de goedkoopste behandelmethodes die naar het oordeel van het CVZ bij eenzelfde indicatie op populatieniveau tenminste een gelijke therapeutische waarde heeft (referentiemethode).

## **1.4 Voorgenomen beleidsmaatregelen**

Uit het voorgaande moge blijken dat het huidige systeem, vooral het GVS en de WMG, een aantal tekortkomingen heeft. Dit is ook de minister van VWS niet ontgaan en op 15

januari 2008 heeft hij zijn langetermijnvisie voor de farmaceutische zorg aan de Tweede Kamer gezonden.

De visie bestrijkt een viertal terreinen: het voorschrijven van geneesmiddelen, de aanspraak en vergoeding in het kader van de zorgverzekering, de prijs(vorming) van het geneesmiddel en de bekostiging van de apotheekhoudenden (apothekers en apotheekhoudende huisartsen). De beleidsvoornemens op de verschillende terreinen worden kort aangegeven.

### **Voorschrijven van geneesmiddelen**

Het proces dat uiteindelijk tot uitgaven voor een geneesmiddel leidt begint met het voorschrijven van een middel door de arts. In de visie van de minister moet de arts voorschrijven conform door de beroepsgroep opgestelde behandelingsrichtlijnen die voldoen aan vastgestelde kwaliteits- en doelmatigheidscriteria. Hierbij zou een onafhankelijk kwaliteitsinstituut belast kunnen worden met de inbedding van de kwaliteits- en doelmatigheidscriteria en bevorderen van de totstandkoming van richtlijnen die daaraan beantwoorden.

### **Aanspraak en geneesmiddelenvergoedingssysteem**

Zoals in paragraaf 1.3 is aangegeven geldt voor de aanspraken vanuit de zorgverzekering op geneesmiddelen een gesloten systeem met een positieve lijst – de verzekerde heeft alleen aanspraak op dat wat op de lijst staat, terwijl voor de overige aanspraken een open systeem geldt met een negatieve lijst – de verzekerde heeft in beginsel overal aanspraak op, tenzij expliciet is aangegeven van niet.

De minister wil uiteindelijk ook voor geneesmiddelen een open systeem, waarbij de hiervoor genoemde richtlijnen het uitgangspunt op basis waarvan wordt bepaald wat de verzekerde aanspraak is. Door middel van een negatieve lijst behoudt de minister echter de mogelijkheid de aanspraken te beperken. De rol van de overheid beperkt zich volgens de minister tot het faciliteren van richtlijnontwikkeling door beroepsgroepen en het opstellen van randvoorwaarden. Zorgverzekeraars moeten de naleving van richtlijnen stimuleren en toetsen, waarbij wordt opgemerkt dat er altijd ruimte voor de zorgaanbieder moet zijn om verantwoord af te wijken van de richtlijn.

Als ‘stok achter de deur’, dus als de richtlijnontwikkeling en naleving niet goed tot stand komt, houdt de minister de mogelijkheid om verzekeraars de ruimte te geven om in de verzekeringspolis doelmatigheidskeuzes te maken tussen vergelijkbare middelen, breder dan het huidige preferentiebeleid.

Het GVS betreft wil de minister beperken tot die groepen geneesmiddelen die geen relatief grote marktomvang en divers aanbod aan werkzame stoffen en generieke producten hebben. De systematiek van clustering van middelen zou wel in stand gehouden moeten worden ten behoeve van partijen in het veld bij het invullen van hun rol.

### **Prijs(vorming) van geneesmiddelen en bekostiging van apotheekhoudenden**

De minister wil de WGP handhaven, zodat de geneesmiddelenprijzen in Nederland gemiddeld niet hoger kunnen worden dan in de ons omringende landen.

De vergoeding van de inkoopkosten van de geneesmiddelen alsmede voor de kosten voor de diensverlening van de apothekers en apotheekhoudende huisartsen wordt als het aan de minister ligt op de langere termijn vrijgelaten aan het spel van de markt. De eerder genoemde vergoedingslijst – Taxe – speelt dan geen rol meer

Dit betekent dat apotheekhoudenden en zorgverzekeraars hierover moeten onderhandelen. Momenteel is er een politieke discussie gaande over het al dan niet verbieden van de bonus- en kortingen van apothekers. In de optiek van de minister verdwijnen deze vanzelf binnen de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars. In plaats daarvan kunnen apotheekhoudenden door verzekeraars beloond worden voor scherp inkopen.

Als eerste stap naar meer marktwerking is per 1 juli de tariefstructuur van apothekers gewijzigd. Voorheen was er één vast tarief voor alle apotheekdiensten. Dit is nu vervangen door een flexibel, modulair systeem met een component met vrije prijzen. Naast een vast tarief voor basisprestaties, ontvangen zij voor aanvullende taken een per prestatie verschillende vergoeding. Daarnaast is het verschil in tarifiering dat bestond tussen apothekers en apotheekhoudende huisartsen, opgeheven.

## **1.5 Nadere analyse van het voorgenomen beleid**

Het is duidelijk zijn dat het in paragraaf 1.3 beschreven huidige beleidsinstrumentarium met betrekking tot de farmaceutische zorg, vooral het GVS en de WMG een aantal tekortkomingen vertoont. Gegeven de in paragraaf 1.2 te verwachten ontwikkeling in de uitgaven aan farmaceutische zorg de komende jaren,

is aanpassing wenselijk zo niet noodzakelijk om de zorg toegankelijk te houden.

Een belangrijke vraag is, in hoeverre het in paragraaf 1.4 voorgestelde beleid daadwerkelijk voldoende effect zal sorteren en zo niet welke aanvullende en/of alternatieve beleidsmaatregelen mogelijk zijn. In het navolgende wordt getracht hier een antwoord op te geven voor de vier in de vorige paragraaf aangegeven terreinen.

### **Voorschrijven van geneesmiddelen**

Het voornemen is om het voorschrijven van een geneesmiddel door de arts conform door de beroepsgroep opgestelde behandelingsrichtlijnen die voldoen aan vastgestelde kwaliteits- en doelmatigheidscriteria te doen laten geschieden.

Ten aanzien van de kwaliteit en doelmatigheid of kosteneffectiviteit van medische behandelingen heeft de Raad in het advies Zinnige en duurzame zorg criteria aangegeven op basis waarvan bepaald kan worden welke zorg wel en welke niet uit collectieve middelen betaald moet worden: de ernst van de aandoening en de kosteneffectiviteit van het behandeltraject. Naarmate een aandoening ernstiger is, mogen de kosten van een behandeltraject hoger zijn. Zowel de ernst van een aandoening als de kosteneffectiviteit kunnen in maat en getal worden uitgedrukt. Zo wordt de ernst van een aandoening uitgedrukt in de ziektelast. De ziektelast wordt in een dimensionloos getal uitgedrukt en ligt tussen 0 en 1. Bij een ziektelast van 0 is er geen sprake van een aandoening en is men gezond. De meest ernstige aandoening heeft een ziektelast 1. Enkele voorbeelden: een weinig ernstige aandoening zoals een kalknagel heeft een ziektelast van 0,1, een zeer ernstige aandoening als longkanker heeft een ziektelast van 0.94.

De kosteneffectiviteit van een behandeltraject wordt uitgedrukt in kosten (in euro's) per QALY. Een QALY – quality adjusted life year – is een voor de kwaliteit van leven gecorrigeerd levensjaar. Zo levert een jaar in volle gezondheid geleefd 1 QALY. Een behandeling die bijvoorbeeld het leven met tien jaar verlengt, waarbij de kwaliteit van leven van 0,5 bedraagt, levert 5 QALY op.

In het door de Raad gehanteerde beslissingsmodel hangen de maximum aanvaardbare kosten van een behandeltraject af van de ziektelast. Als indicatie heeft de Raad een maximum van 80.000 euro per QALY bij ziektelast 1.

In het advies *Rechtvaardige en duurzame zorg* geeft de RVZ aan dat idealiter de door wetenschappelijke of beroepsverenigingen geformuleerde richtlijnen de basis vormen voor de besluitvorming: “Voor de pakketbeheerder, in casu het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) zullen up-to-date evidence based richtlijnen waarin kosteneffectiviteitsoverwegingen adequaat verdisconteerd zijn, in hoge mate leidend zijn.”<sup>14</sup>

Gesteld kan worden dat het voornemen van de minister aansluit bij de adviezen van de RVZ.

Een groot voordeel van het voorschrijven van geneesmiddelen te koppelen aan behandelrichtlijnen is dat ze daarmee in een breder kader geplaatst worden als onderdeel van een behandeling. In paragraaf 1.2 is de ontwikkeling van de uitgaven van geneesmiddelen aangegeven. De vraag is echter hoe de gemiddelde stijging van 6% te beoordelen. Dit kan eigenlijk alleen maar in relatie tot de gehele zorgvraag en alle behandelopties. Een bekend voorbeeld is de maagzweer waarvan de behandeling in vroeger tijden veelal bestond uit ingrijpend en kostbaar chirurgisch ingrijpen, terwijl tegenwoordig een relatief eenvoudige behandeling met geneesmiddelen volstaat. De extra kosten van het geneesmiddel vallen in het niet bij de gezondheidswinst en kosten van de chirurgische behandeling. Omgekeerd kunnen niet-medicamenteuze preventieve maatregelen, bijvoorbeeld stimuleren van bewegen tegen overgewicht en diabetes type II, het gebruik van geneesmiddelen verminderen. Door behandelrichtlijnen als basis te nemen kan een integrale afweging gemaakt worden en kan ook gedifferentieerd worden, bijvoorbeeld in welke situaties een medicamenteuze behandeling en met welk middel het meest aangewezen is en in welke situaties bijvoorbeeld een chirurgische ingreep.

Een punt van aandacht bij de ontwikkeling van richtlijnen is niet alleen welke behandeling in welke situatie het meest aangewezen is, maar ook hoe lang er behandeld moet worden. Op dit moment zijn van de 100 voorgeschreven recepten 75 herhalingsrecepten. Deze worden veelal routinematig uitgeschreven zonder goed na te gaan of voortzetting van de behandeling noodzakelijk en/of wenselijk is. Een bekend voorbeeld is slaapmiddelen.

<sup>14</sup> Advies *Rechtvaardige en duurzame zorg*, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2007 pagina 29



Een stap verder kan zijn om de behandelrichtlijn tevens de basis te laten vormen voor de vergoeding, vooral intramuraal, waarbij er een nauwe koppeling zou moeten zijn met DBC's. In paragraaf 1.2 is aangegeven dat de dure geneesmiddelen een steeds groter probleem gaan vormen. Op dit moment is er aparte regelgeving voor de vergoeding van deze middelen, maar dit belemmert de hiervoor besproken integrale afweging. Door DBC's te baseren op (diagnostische en) behandelprotocollen is dit wel mogelijk. Tegelijkertijd wordt de DBC-registratie eenvoudiger, immers de protocollen vormen de basis en er hoeven dan geen aparte DBC-lijsten meer gehanteerd te worden.

Dure maar kosteneffectieve middelen vormen onderdeel van deze protocollen en zijn dan automatisch in de DBC-prijs opgenomen. Voor een dure hartoperatie of een dure medicamenteuze behandeling voor kanker geldt dan dezelfde systematiek. Ook 'U-bocht constructies' waarbij middelen extramuraal worden voorgeschreven om het ziekenhuisbudget te ontlasten worden overbodig. Immers als het middel nodig is volgens de richtlijn, dan zit het in de DBC.

Een dergelijk systeem vergt uiteraard tijd om te ontwikkelen. Gerekend moet worden op een periode van ca. 5 jaar.

#### **Aanspraak en geneesmiddelenvergoedingssysteem**

Het ligt in lijn met het voorgaande de aanspraken op zorg vanuit de zorgverzekering te baseren op behandelrichtlijnen, waarmee het systeem van een positieve lijst van te vergoeden geneesmiddelen overbodig wordt. Uiteraard is het dan wel verstandig om een negatieve lijst te hebben om ongewenste zaken uit te kunnen sluiten.

Verzekeraars hebben er belang bij de uitgaven te beperken en zullen er op toezien dat er aan patiënten niet meer zorg wordt geleverd dan waar zij volgens de (diagnostische- en) behandelprotocollen recht op hebben. Zij kunnen bijvoorbeeld, al dan niet via de apotheker, bewaken dat er niet te gemakkelijk herhalingsrecepten worden uitgeschreven. Zorgverleners willen goede kwaliteit zorg leveren en samen met patiënten zullen zij ervoor zorg dragen dat de patiënt niet te weinig zorg ontvangt. Wat dat betreft is er een goed systeem van 'checks and balances'.

Dit alles valt of staat uiteraard met het beschikbaar zijn c.q. komen van goede behandelrichtlijnen waarin kwaliteit en

doelmatigheid adequaat in zijn verdisconteerd. Deze richtlijnontwikkeling moet door het veld gebeuren. De minister geeft in zijn langetermijnvisie aan dat als de richtlijnontwikkeling niet goed tot stand komt hij als ‘stok achter de deur’ de mogelijkheid wil hebben om verzekeraars de ruimte te geven om in hun verzekeringspolis doelmatigheidskeuzes te maken.

Het is zeer de vraag of dit wenselijk is. De oorspronkelijke opzet van het systeem van marktwerking in de zorg is onder andere die van concurrerende verzekeraars, waarbij verzekerden c.q. patiënten ‘kunnen stemmen met de voeten’. Gelet op de markconcentratie van verzekeraars is dit zeer de vraag. Het mag niet zo zijn dat de patiënt uiteindelijk de dupe wordt van het feit dat bijvoorbeeld een bepaalde beroepsgroep zijn taak verzaakt om goede richtlijnen op te stellen. Thans bepaalt uiteindelijk de minister op advies van de pakketbeheerder, het CVZ, de aanspraken. Vanuit het maatschappelijk belang mag dit recht niet naar de verzekeraar gaan. Zoals hiervoor vermeld is het wel wenselijk dat verzekeraars de naleving van richtlijnen stimuleren en toetsen, maar bij geschillen moet de onafhankelijke rechter het laatste woord houden.

Dit betekent niet dat verzekeraars geen ruimte mogen hebben ten aanzien van doelmatigheidskeuzes. Integendeel, indien de werking van verschillende geneesmiddelen elkaar niet of nauwelijks ontlopen, zal dit in een richtlijn aangegeven moeten worden. In een dergelijke situatie kan de verzekeraar het doelmatigste middel kiezen voor volledige vergoeding. Hiervoor kan de systematiek van clustering van middelen een goed hulpmiddel zijn. Deze systematiek moet, zoals de minister stelt dan ook zeker in stand gehouden worden ten behoeve van partijen voor het invullen van hun rol.

Belangrijk is dat er voor verzekeraars voldoende prikkels zijn om te investeren in doelmatigheidskeuzes. De individuele verzekeraars moeten voldoende beloond worden. Er moet voor gewaakt worden dat regelgeving, bijvoorbeeld de in paragraaf 1.3 bij het preferentiebeleid besproken verevening, dit niet frustreert.

Een ander belangrijk punt is dat de patiënt te allen tijde de vrijheid moet houden om het geneesmiddel van zijn keuze te ontvangen ook als dit niet geheel spoort met de richtlijn. Ingeval dit middel duurder is moet de patiënt het verschil bijbetalen. Thans is dat binnen het GVS geregeld in de vorm van vergoedingslimieten. Is het middel duurder dan moet de pati-

ent bijbetalen. Voor het toekomstige model betekent dit, dat als een verzekeraar een bepaald geneesmiddel binnen een bepaalde richtlijn aanwijst, de prijs van dit middel als vergoedingslimiet zou moeten gelden. Dus als volgens de richtlijn en de keuze van de verzekeraar een patiënt recht heeft op de cholesterolverlager simvastatine van een bepaalde fabrikant, maar de patiënt het product van een andere fabrikant wenst of zelfs een andere cholesterolverlager, bijvoorbeeld atorvastatine, hier recht op heeft, maar slechts de prijs van het door de verzekeraar gekozen middel vergoed krijgt. Als uiteindelijk veel patiënten een ander middel wensen, dan kan dit het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar doorkruisen. De vrijheid van de patiënt/verzekerde vormt een countervailing power, want het dwingt de verzekeraar de middelen niet alleen op prijs te selecteren maar ook op kwaliteit: het 'standaardmiddel' moet voor de meerderheid van de patiënt/verzekerde aanvaardbaar zijn.

### **Prijsvorming van geneesmiddelen**

In paragraaf 1. Is aangegeven dat gelet op de mondiaal gezien kleine markt die Nederland voor geneesmiddelen vormt, de onderhandelingsmacht ten opzichte van de grote farmaceutische bedrijven klein is. Het is dan ook wenselijk de WGP te handhaven, zodat de prijs van geneesmiddelen in Nederland in elk geval niet veel hoger kan worden dan in de ons omringende landen.

Het spreekt ook vanzelf dat in het nieuwe systeem, waarbij verzekeraars afspraken maken over de prijzen van geneesmiddelen, de vergoedingslijst in de vorm van de Taxe, geen rol meer speelt.

### **Bekostiging van apothekhoudenden**

De farmaceutische zorg opereert op het grensgebied van de vrije, veelal mondiale, markt waarop fabrikanten geneesmiddelen ontwikkelen en produceren en de geregleerde en complexe markt van de zorgverlening. De apotheker zit op het scharnierpunt. Enerzijds is hij of zij ondernemer die handelt in geneesmiddelen en anderzijds zorgverlener, die patiënten adviseert en begeleidt in het gebruik van geneesmiddelen.

In 1998 heeft de RVZ zich al over deze problematiek gebogen in het advies Farmaceutische zorg door arts en apotheker. De Raad kwam toen tot de conclusie dat de apotheker primair zorgverlener moet zijn en dat de inkoopvoordelen, die destijds ook al een punt van discussie waren ten goede moesten komen

van de zorg. De apothekers zagen dit ook als hun rol en inmiddels is dit ook wettelijk geëffectueerd door opname van de titel apotheker in de Wet BIG. Het is merkwaardig dat tegelijkertijd in de nieuwe geneesmiddelenwet die op 1 juli 2007 in werking is getreden gunstbetoon aan apotheekhoudenden expliciet is toegestaan (artikel 94 lid d). Zoals hiervoor al is gemeld blijven de bonussen en kortingen de politiek bezighouden.

Binnen het kader van de marktwerking past hier echter beter een systeem van vrije tarieven voor de doorberekening van de inkoopkosten van geneesmiddelen evenals de kosten voor de dienstverlening van apotheekhoudenden goed. Het is aan verzekeraars om zorg te dragen voor een doelmatige inkoop en vergoeding van geneesmiddelen. Zoals de minister stelt: "Apothekers zullen dan nu het geval is op grond van hun zorginhoudelijke farmaceutische kennis en de daarmee gemoeide farmaceutische meerwaarde in het zorgaanbod acteren en op basis daarvan gecontracteerd en beloond worden." Verzekeraars kunnen zelf geneesmiddelen scherp inkopen of dit overlaten aan apothekers en hen belonen voor het scherp inkopen.

Het systeem bevat in beginsel voldoende prikkels voor een doelmatige geneesmiddelenvoorziening, maar ook hier kan bestaande regelgeving, vooral het monopolie van apothekers op de geneesmiddelenverstrekking op basis van de geneesmiddelenwet, belemmerend werken. In de Geneesmiddelenwet is bepaald dat in beginsel alleen apothekers en apotheekhoudende huisartsen receptgeneesmiddelen aan de patiënt 'ter hand mogen stellen'. Daarnaast moet er per apotheek een apotheker zijn (artikel 61 Geneesmiddelenwet). Dit roept het beeld op van de apotheker die persoonlijk de medicatiebewaking doet, de patiënt een geneesmiddel overhandigt en hem of haar voorlicht over het gebruik etc. Een beeld dat past bij dat van een zorgverlener: directe zorgverlening aan de patiënt.

De praktijk is echter geheel anders: het overgrote deel van de geneesmiddelen worden door apothekersassistenten ter hand gesteld en de medicatiebewaking vindt primair door de computer plaats. Het Besluit Geneesmiddelenwet staat dit ook min of meer toe (artikel 10) De apotheker blijft wel eindverantwoordelijk is. Vanuit doelmatigheidsoverwegingen is dit een goede oplossing, maar het is de vraag of de apotheker dan wel echt zorgverlener is in de zin van de wet BIG. Daarnaast ontnemt het de grond aan de eis van één apotheker per apotheek.

## 1.6 Conclusie

Gelet op de te verwachten ontwikkeling van de uitgaven aan farmaceutische zorg en de tekortkomingen van het huidige systeem zijn veranderingen wenselijk.

Geconcludeerd mag worden dat de langetermijnvisie geneesmiddelenvoorziening die de minister onlangs heeft gepresenteerd goed past binnen de visie van de RVZ, waarbij behandelrichtlijnen centraal staan, tarieven vrij zijn en prijsvorming door onderhandeling van partijen tot stand komt. Hierbij kan een aantal kanttekeningen gemaakt worden.

De overheid draagt verantwoordelijkheid voor ‘de spelregels’ en de randvoorwaarden vanuit zijn algemene verantwoordelijkheid voor een kwalitatief hoogwaardige, doelmatige en toegankelijke gezondheidszorg. Uit dien hoofde moet ook in de toekomst de minister eindverantwoordelijkheid houden voor het verzekerde pakket en op advies van de pakketbeheerder, het CVZ, de aanspraken vaststellen.

Er dient voor gewaakt te worden dat andere regelgeving niet belemmerend werkt. Hierbij kan de vereveningssystematiek genoemd worden evenals het wettelijk monopolie van de apotheker op de verstrekking van receptgeneesmiddelen. Vooral de eis van per apotheek een apotheker past niet binnen een systeem van een doelmatige en flexibele geneesmiddelenvoorziening.

De patiënt moet de keuzevrijheid behouden om, met bijbetaling van het verschil, het geneesmiddel van zijn keuze te ontvangen, uiteraard met instemming van de voorschrijver en binnen het kader van de behandelingsrichtlijn.

### **Als het niet lukt**

Opgemerkt moet worden dat het systeem valt of staat met het goed invullen van hun rol door de verschillende actoren, Waarbij vooral de verzekeraars een cruciale rol spelen.

In het geval de beoogde marktwerking niet goed op gang komt zal de overheid verbeteringen in het huidige systeem moeten aanbrengen. De huidige convenanten zijn te vrijblijvend en niet structureel. De door het CVZ gedane voorstellen tot mo-

dernisering van het GVS<sup>15</sup> vormen een goede ingang, vooral het anders clusteren van middelen en het jaarlijks herzien van de vergoedingslimieten. Het is binnen dit systeem niet verstandig de bonussen en kortingen (geheel) te verbieden, omdat dit de prikkel tot scherp inkopen wegneemt, doch deze mogen niet enkel ten voordele van de apotheker komen. Door hem of haar slechts recht te geven op een beperkt percentage van de inkoopvoordelen die hij of zij weet te bedingen, blijft de prikkel om scherp in te kopen bestaan, terwijl een groot deel van de inkoopvoordelen terugvloeit naar de patiënt ingeval deze moet bijbetalen voor een bepaald middel, of naar de verzeke-  
raar.

<sup>15</sup> Voorstel modernisering GVS, College voor Zorgverzekeringen, publicatienummer 247, 2 februari 2007

## Geestelijke gezondheidszorg

### 1. Vraagstelling

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) behandelt, begeleidt en zorgt voor mensen met psychische problemen en stoornissen. Psychische stoornissen zijn onder andere dementie, schizofrenie, psychotische stoornissen, depressie, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en verslaving aan alcohol en drugs. De geestelijke gezondheidszorg is georganiseerd in zorgcircuits. We kennen de eerstelijns GGZ, GGZ preventie, GGZ voor kinderen en jongeren, GGZ voor volwassenen, GGZ voor ouderen, forensische psychiatrie, verslavingszorg en openbare GGZ.

In 2005 werd 4,0 miljard euro uitgegeven aan geestelijke gezondheidszorg. Dit is 5,9% van de totale kosten in de Nederlandse gezondheidszorg. Psychische stoornissen nemen met 3,7 miljard euro (92,1%) het grootste deel van de kosten binnen deze sector voor hun rekening. Tot 2008 werd bijna de hele geestelijke gezondheidszorg bekostigd uit de AWBZ. Op 1 januari 2008 is de geneeskundige GGZ na een voorbereidingsperiode van ruim twee jaar overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (ZVW). Onder de geneeskundige GGZ valt de extramurale GGZ en de intramurale op genezing gerichte zorg tot 365 dagen. Het gaat om een bedrag van ruim 3 miljard euro (2008).

GGZ Nederland publiceerde in 2006 een sectorrapport met gegevens over het budget van de GGZ. Daaruit blijkt dat het budget van de GGZ tussen 2003 en 2005 veel sneller groeide dan dat van de AWBZ: 12% in plaats van 5%.

*Tabel.1 Budget (in miljarden euro)*

	2003	2004	2005	2005 tov 2003
AWBZ zorg	18,5	19,4	20,3	5%
waarvan voor GGZ	3,2	3,4	3,6	12%

Veruit het grootste deel van het budget ging naar de volwassenen en ouderenzorg.

Tabel 2 Verdeling van het GGZ-budget in 2005

	<b>miljoen euro</b>	<b>(%)</b>
jeugd	283	8
volwassenen en ouderen	2.457	67
verslavingszorg	190	5
forensisch	118	3
dienstverlening en preventie	116	3
Onverdeeld	480	13
Totaal	3.644	100

De patiënt- en bewonersgebonden kosten stegen tussen 2003 en 2005 het meest. Personeelskosten vormen veruit het belangrijkste deel van de bestedingen.

Tabel 3 Kosten in de GGZ (in miljoenen euro)

<b>budget</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>(%) 2005</b>	<b>2005 Tov 2003</b>
personeelskosten en sociale kosten	2.506	2.628	2.729	73	9
Hotelmatige kosten en voeding	171	171	178	5	4
algemene kosten	595	583	594	16	0
patiënt- /bewonergebonden kosten	83	85	97	3	16
terrein- en gebouwgebonden kosten	110	118	124	3	12
totaal kosten	3.464	3.585	3.722	100	7

De vraag is waaraan de kostenstijging in de GGZ is toe te schrijven en met name wat de invloed van de bekostigingssystematiek daarop is. Vervolgens is het de vraag hoe het bekostigingssysteem van de GGZ meer aan de beheersing van de kosten kan bijdragen.

## 2. Bekostiging van de GGZ

De bekostigingssystematiek van de GGZ is geregeld in de Wet marktordening gezondheidszorg en haar uitvoeringsvoorschriften. Het is volgens die wet verboden een tarief in reke-



ning te brengen dat niet aan de bepalingen van de wet voldoet. De Nederlandse Zorgautoriteit stelt de tarieven of een bepaalde tariefruimte vast.

### **AWBZ**

De GGZ-instellingen kenden tot en met 2002 een budgetmaximum. Dat is met ingang van 2003 afgeschaft. Instellingen kregen daarna de daadwerkelijk geleverde productie betaald. In 2004 is daar opnieuw verandering in gekomen. Er kwamen regionale budgetplafonds. De zorgkantoren mogen in hun regio's niet meer contracteren dan de door VWS vastgestelde contracteerruimte. Groei van de ene instelling moet worden gecompenseerd met een daling van een andere. De productie binnen de contracteerruimte wordt volledig vergoed.

#### *Intramuraal*

De berekening van het budget van een GGZ-instelling is gebaseerd op de beleidsregels van de NZa. Deze beleidsregels geven onder meer de maximum of vaste prijs van de productie-eenheden zoals verpleegdagen en face-to-face contacten aan. Met het Zorgkantoor wordt jaarlijks afgesproken hoeveel er komend jaar geproduceerd gaat worden. Het budget is vervolgens de overeengekomen productie maal de NZa beleidsregelbedragen. Deze afspraak kan enkele keren per jaar worden bijgesteld in de zogenoemde herschikingsrondes.

#### *Extramuraal*

Voor de gehele extramurale zorg van de AWBZ geldt één financieringskader. De GGZ-instellingen vallen met ingang van 2003 onder de werkingssfeer van de beleidsregel extramurale producten van de NZa. Deze geldt AWBZ-breed, dus ook voor instellingen in de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Er wordt nog wel onderscheid gemaakt naar de aard van de zorgverlening. Dagbesteding voor GGZ-cliënten is immers iets anders dan dagopvang voor ouderen.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt de maximumtarieven voor extramurale zorg vast. In deze tarieven zijn naast de kosten voor zorg ook de huisvestingskosten opgenomen, de kapitaallasten. Voorheen kregen zorginstellingen apart een vergoeding voor huisvestingskosten. Vanaf 1 januari 2007 zijn de beleidsregels van de NZa voor de overgangsregeling kapitaallasten extramurale zorgverlening en kapitaallasten RIAGG's vervallen. Alle instellingen worden dus bij extramurale zorg gefinancierd op basis van integrale tarieven.

Vanaf 2007 werken de zorgkantoren met aanbestedingsprocedures. Om de continuïteit van de zorgverlening te garanderen geeft het zorgkantoor budgetgaranties af. De feitelijke productie van het voorgaande jaar is daarvoor het uitgangspunt. De instelling moet van haar kant garanderen dat de cliënten die het voorgaand jaar in zorg waren, ook het volgend jaar op zorg kunnen rekenen. Een deel van het regiobudget wordt aan diverse zorgaanbieders gegund op basis van een rangorde naar economisch voordeel. De rangorde wordt vastgesteld op basis van de geoffreerde prijs en de geoffreerde doelmatigheid. De te offeren prijs is maximaal de door het NZa vastgestelde prijs. De gunning bestaat dus uit twee delen: het garantiebudgetdeel en het budgetdeel gegund op basis van rangorde. Beide bij elkaar opgeteld is de productieafpraak voor het nieuwe jaar. Indien er na de eerste inkoopronde nog financiële middelen resterend, volgen een of meer aanvullende inkooprondes, waarin aanvullende productieafspraken worden gemaakt.

#### *PGB*

Vanaf 2003 is er één PGB-regeling voor alle zorgvragers in de AWBZ, gehandicapten, ouderen en mensen met GGZ-problematiek. Zij is gebaseerd op de functionele omschrijving van de aanspraken in de AWBZ. Nadat de zorgvrager een indicatiebesluit heeft ontvangen, heeft hij de keuze tussen zorg in natura en een PGB. Het PGB is mogelijk voor de AWBZ-functies persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en tijdelijk verblijf (maximaal 2 etmalen per week). Voor de functies behandeling en langdurig verblijf in een intramurale instelling is geen PGB mogelijk.

Het is aan de cliënt zelf om te bepalen bij wie hij zijn zorg inkoop; dit kunnen ook niet toegelaten aanbieders zijn. Ook heeft de cliënt in eigen hand welke functies hij inkoop, dat hoeven niet de geïndiceerde functies te zijn, maar het moet wel om AWBZ-verzekerde zorg gaan. Het PGB blijkt in een behoefte te voorzien, 17% van alle extramurale zorgvragers in de AWBZ, maakt er gebruik van.

#### **Zorgverzekering**

Anders dan in de AWBZ wordt in de zorgverzekering geen contracteeruimte gehanteerd. Voor de op genezing gerichte GGZ is aansluiting gezocht bij de DBC-systematiek, die in eerste instantie voor de ziekenhuizen ontwikkeld is. Vanaf 2003 is de introductie van DBC's in de GGZ voorbereid. Sinds 2006 zijn GGZ zorgaanbieders verplicht om hun regi-

stratie ook in DBC's te voeren. Tegelijk met de overheveling van de op genezing gerichte GGZ naar de zorgverzekering per 1 januari 2008 is ook de digitale declaratie in GGZ-DBC's ingevoerd.

Voor zorgaanbieders die voorheen gebudgetteerd waren is een vangnet ingesteld. Daarmee verschilt de bekostiging van hen die niet gebudgetteerd waren.

Vanaf 2008 maken gebudgetteerde zorgaanbieders voor de geneeskundige GGZ afspraken met zorgverzekeraars op basis van de (oude AWBZ) GGZ beleidsregels. Hiermee wordt het totale ZVW-budget bepaald dat in 2008, verhoogd of verlaagd met eventuele tussentijdse productie aanpassingen, voor de zorgaanbieder geldt. Daarnaast maken gebudgetteerde zorgaanbieders een opgave in DBC's. De inning van het ZVW-budget vindt plaats door middel van de declaratie van DBC's en eventuele overige inkomsten die dienen ter dekking van het budget.

Het ZVW-budget wordt definitief bepaald op basis van de Beleidsregel aanvaardbare kosten GGZ ZVW. Als er een verschil is tussen het ZVW-budget en de opbrengst van de DBC's, wordt de opbrengst van de DBC's verhoogd of verlaagd met een verrekenpercentage. Een eventueel verschil tussen het definitieve ZVW-budget en de opbrengst van DBC's, het onderhanden werk aan DBC's en de relevante opbrengst van de overige tarieven wordt verrekend in de DBC-declaraties van 2009. De bekostiging van gebudgetteerde zorgaanbieders vindt in 2008 dus plaats op basis van het ZVW-budget.

Niet gebudgetteerde zorgaanbieders maken al dan niet afspraken met zorgverzekeraars en declareren DBC's op basis van de productstructuur DBC's GGZ. De gedeclareerde DBC's vormen tevens de bekostiging van de niet gebudgetteerde zorgaanbieders. Niet gebudgetteerde aanbieders kunnen nieuwe toetreders of vrijgevestigde zorgaanbieders zijn.

Het is de bedoeling dat met ingang van 2010 de tot en met 2009 toegepaste bekostiging van gebudgetteerde zorgaanbieders wordt beëindigen en gefaseerd wordt vervangen door bekostiging op basis van DBC's.

### 3. Ramingen en uitgaven

#### 3.1 Ramingen

Het CPB publiceert om de paar jaar een scenario voor de zorguitgaven. In 2001 verscheen een scenario voor de periode 2003-2006 en in 2006 een scenario voor de periode 2008-2011. Hier volgen de ramingen voor de uitgaven aan geestelijke gezondheidszorg.

*Tabel 4: Basisraming 2003-2006: gemiddelde jaarlijkse procentuele mutaties in volume en prijzen*

	Volume	Prijs	Waarde
GGZ en maatschappelijke zorg (incl. thuiszorg)	1,8	3,1	5,0

*Tabel 5: Raming 2008-2011: gemiddelde jaarlijkse procentuele mutaties in volume en prijzen*

	Volume	Prijs	Waarde
GGZ	2,3	2,9	5,2

Het CPB licht zijn ramingen als volgt toe.

#### **Volume**

Het volume van de GGZ vertoont sinds 1990 een gestage groei van gemiddeld 2,6% per jaar. De demografische component hierin is slechts 0,9% per jaar. De overige 1,7% per jaar wordt mede veroorzaakt door een algemene achteruitgang van de geestelijke gezondheid. Tussen 1987 en 2001 is het percentage Nederlanders dat geestelijk ongezond is (GHQ-score >2) gestegen van 16,6% tot 22,6% (Lindert et al. 2004). Dit heeft geleid tot een toename in de zorgbehoefte, zowel in het aantal personen dat een beroep doet op de GGZ als in de toename van de zorgwaarde per persoon (Schutte et al. 2004). Aan de aanbodkant bestaat een tendens naar extramuralisering en vermaatschappelijking. Daardoor is met name de ambulante zorg sterk toegenomen. Tussen 1996 en 2003 is het aantal contacten met het RLAGG met 10% per jaar toegenomen, terwijl het aantal verpleegdagen in psychiatrische ziekenhuizen met 1% per jaar gedaald is. Deze verplaatsing heeft in alle instellingen geleid tot een verzwarende van de gemiddelde zorg per cliënt (CVZ, 2004). De psychiatrische ziekenhuizen behielden de cliënten met de zwaarste zorg, terwijl de extramurale instellingen cliënten kregen die voorheen in de

*psychiatrische ziekenhuizen verpleegd werden. De hoge groeicijfers na 2000 zijn mede het gevolg van het gevolgde wachtlijstbeleid.*

*Voor de periode 2008-2011 wordt de volume ontwikkeling geraamd op 2,3% per jaar. Hierin is het demografisch effect 0,8% per jaar, terwijl de intensiteit toeneemt met 1,5% per jaar. Dat komt ongeveer overeen met de ontwikkeling tussen 1990 en 2003. De volumegroei is aanzienlijk lager dan in de periode 2000-2003 omdat in die periode extra geld is vrijgemaakt om de wachtlijsten terug te dringen. Verder is verondersteld dat de extramuralisering en de vermaatschappelijking van de GGZ zorg zich voortzet. Er is wel rekening meegehouden dat de toenemende zorgwaarde ook weer grenzen stelt aan de mate waarin patiënten extramuraal behandeld kunnen worden.*

### **Prijzen**

*We onderscheiden bij de berekening van de prijzen in de zorg een viertal componenten. Ten eerste zijn er de lonen in de zorgsector. De zorg is arbeidsintensief en vergeleken met andere bedrijfstakken is er relatief veel arbeid per eenheid product nodig. De loonkosten bepalen daardoor een belangrijke deel van de prijs. Ten tweede speelt het Baumol effect. De derde component is de raming van de inflatie van de materiële kosten. Hierbij moet men denken aan het aanschaffen van nieuwe materialen door zorgaanbieders, zoals verbandmiddelen, bedden, maaltijden etc. Daarnaast valt hier de prijsinflatie van de genees- en hulpmiddelen onder. De vierde component is de groei van de kapitaallasten. De prijs om te investeren in nieuwe gebouwen, apparatuur, medische technologie etc. neemt immers toe.*

*In tabel 6 worden de vier effecten weergegeven. De groei van de arbeidsproductiviteit in de zorg veronderstellen we 0,3% in 2008-2011, en is daarmee gelijk aan de arbeidsproductiviteitsgroei in de zorg over de historische periode 1970-2003. De arbeidsproductiviteitsgroei is daarmee 1,2%-punt lager dan de arbeidsproductiviteitsgroei in de totale economie. Daarnaast veronderstellen we dat de lonen in de zorg in de MLT-periode gelijke tred houden met de lonen in de marktsector, hetgeen overeenkomt met het recente verleden. De lonen in de marktsector groeien met 3,3%. Uit de tabel valt af te lezen dat de prijzen in de zorg gedurende 2008-2011 met 1,2% harder groeien dan de BBP-prijs. Dit effect komt voor het grootste gedeelte door het Baumol effect dat 0,8% per jaar bedraagt, daarnaast groeit de geneesmiddelenprijs sneller dan de BBP-prijs. De hogere prijzen bij geneesmiddelen worden vooral veroorzaakt door nieuwe middelen die op de markt komen en een verschuiving in het gebruik naar deze nieuwe, veelal duurere middelen. In tabel 7 worden de prijsontwikkelingen per sector vermeld, daarbij wordt gebruik gemaakt van de arbeidsintensiteit van een bepaald sector. Vooral de GZZ, de vrije beroepsbeoefenaren en verpleging en verzorging zijn arbeidsintensieve sectoren.*

Tabel 6 Prijsontwikkeling in de zorg 2008-2011

	Gewicht	Raming exo- genen	Effect op prijs
Looneffect	0,66	3,3% - 1,5%	1,2%
Baumol-effect	0,66	1,5% - 0,3%	0,8%
Prijs materieel	0,26	2,2%	0,6%
Kapitaalprijsa	0,08	1,8%	0,1%
Totaal groei prijs zorg			2,7%

a De prijsontwikkeling die hier gebruikt wordt is van investeringen in woningen.

Tabel 7 Prijsontwikkelingen in de zorg per sector 2008-2011

	Gewichten per sector			Sectorale prijsont- wikkeling 2008-2011
	Lonen	Consumentenprijzen	Prijs kapitaal	
Ziekenhuizen en specialisten	0,65	0,26	0,09	gemiddelde mutaties per jaar in % 2,5%
Huisartsen, tand- artsen en parame- dici	0,88	0,12	0,00	2,9%
Genees- en hulp- middelen	0,11	0,89a	0,00	3,0%
GGZ	0,90	0,01	0,09	2,9%
Verpleging en verzorging	0,79	0,12	0,09	2,7%
Gehandicaptenzorg	0,70	0,13	0,15	2,6%
Totaal	0,66	0,26	0,08	2,7%

a Bij de berekening van de prijs voor genees- en hulpmiddelenprijs wordt niet de consumentenprijs (Pc) gebruikt maar de (gewogen) prijs voor genees- en hulpmiddelen gebruikt.

### 3.2 Uitgaven

Het RIVM geeft in de publicatie *Kosten van Ziekten in Nederland 2005* een overzicht van de kostenontwikkeling per sector. In

de ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg is de gemiddelde jaarlijkse groei over 2003-2005 met 7,0% relatief hoog. Andere sectoren met hoge kosten die een meer dan gemiddelde groei lieten zien over 2003-2005 waren de gehandicaptenzorg (8,1%) en de geestelijke gezondheidszorg (6,9%). In deze twee sectoren wordt de groei voor het grootste deel verklaard door overige volumegroei.

Tabel 8: Gemiddelde jaarlijkse groei van de kosten (percentage) van de gezondheidszorg naar sector en groeicomponent over de periode 2003-2005 (Bron: CBS Zorgrekeningen, maatwerktabel ten behoeve van RIVM).

Sector	Kosten (miljoen euro)		Gemiddelde jaarlijkse groei (%)			
	2003	2005	totaal	prijs	demografie	Overig volume
Ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg	15.459	17.686	7,0	1,5	0,9	4,7
Gehandicaptenzorg	4.789	5.598	8,1	2,1	0,3	5,8
Geestelijke gezondheidszorg	3.540	4.048	6,9	0,3	0,2	6,5

De volumegroei is veel groter dan het CPB veronderstelde. De prijsontwikkeling ligt een stuk lager. Het RIVM vindt het opvallend dat voor de geestelijke gezondheidszorg vrijwel geen prijsstijging wordt gevonden. Het CBS doet hierover nog nader onderzoek.

## 4. Achtergrond van de uitgaven

### 4.1 Zorg in natura

#### SCP-rapport

Het SCP heeft op verzoek van de staatssecretaris van VWS een analyse gemaakt van de ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven (*De ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven, 2008*) Hieraan ontleenen we het volgende.

*De reële kosten van de geselecteerde ambz-voorzieningen (thuiszorg, verzorgingshuizen, verpleeghuizen, verstandelijk gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg) zijn in de periode 1985- 2005 met gemiddeld 3,3% per jaar gestegen. Ter vergelijking: in dezelfde periode is de welvaart gegroeid met 2,7% per jaar. Het gemiddelde verschil (0,6% per*

jaar) wordt geheel veroorzaakt door de ontwikkelingen in de periode 2000-2003).

In de eerste helft van de beschouwde periode (1985-1995) kwam de gemiddelde jaarlijkse groei aanzienlijk lager uit (2,5%) dan in de tweede helft (4,2%). Opmerkelijk is de sterke kostenstijging in de periode 2000-2003, die onder meer te maken heeft met het loslaten van de budgettering vanwege wachtlijstproblemen en een andere invulling van het recht op zorg, die mede werd ingegeven door gerechtelijke uitspraken. In 2004 vlakkt de groei weer af tot een meer gebruikelijk niveau.

De kostengroei loopt voor de thuiszorg, verpleeghuizen, verstandelijk gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg nagenoeg gelijk op: een gemiddelde reële kostengroei van ruwweg 4% per jaar.

De totale kosten vormen per definitie het product van de geleverde productie (volume) en de kosten per product (kostprijs). Bij de meeste ambzvoorzieningen weegt de prijscomponent zwaarder in de groei van de reële kosten dan de volumecomponent. Van de jaarlijkse reële kostengroei van 3,3% per jaar houdt 2,0% verband met kostprijsstijgingen en 1,3% met volumestijgingen.

Zowel in de eerste als in de tweede helft van de beschouwde periode treffen we deze verhoudingen in kostencomponenten aan. Van de jaarlijkse kostengroei in de eerste helft (2,5%) kan 1,4% op conto van de kostprijscomponent en 1,0% op conto van de volumecomponent worden geschreven. Van de kostengroei in de tweede helft van de beschouwde periode (4,2%) is 2,5% aan de kostprijsontwikkeling en 1,6% aan de volumeontwikkeling toe te schrijven.

De volumeontwikkeling kan worden ontleed in:

- een demografische component (vergrijzing van de bevolking), en
- een autonome component (deelname per leeftijdsgroep).

Beide componenten blijken een belangrijke maar sterk wisselende rol te spelen bij de ontwikkeling van het zorgvolume. Per saldo leidt de vergrijzing tot een jaarlijkse volumedruk van 1,3% per jaar, terwijl de invloed van de deelname per leeftijdsgroei op de volumegroei nagenoeg nihil is.

De groei van de reële kostprijs van het totaal van betrokken voorzieningen vertoont aanvankelijk een vrij regelmatig patroon, maar dit patroon wordt in de loop der tijd grilliger. Gezien over de gehele periode is de reële kostprijs met 2,0% per jaar gestegen, maar in de eerste helft was deze jaarlijkse stijging duidelijk lager (1,4%) dan in de tweede periode (2,5%). Dit is een algemene trend.



### **GGZ-Nederland**

GGZ Nederland gaat in zijn Sectorrapport GGZ 2003-2005 uitvoerig in op de achtergrond van de gestegen uitgaven voor de geestelijke gezondheidszorg.

#### **Meer cliënten**

GGZ Nederland wijst in de eerste plaats op het toenemend aantal cliënten. Tussen 2001 en 2005 steeg het van 535 duizend tot 757 duizend, een toename van 41%. Dit is geen indicatie van een slechter wordende psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking, zoals het CPB in zijn raming veronderstelt (zie paragraaf 3.1). Het aantal psychische stoornissen is namelijk relatief stabiel: zij doen zich voor bij een kwart van de bevolking. Dit is vergelijkbaar met de ons omringende landen. Er zijn andere mechanismen aan het werk.

Tien jaar geleden zochten twee van de drie mensen met psychische problemen géén hulp. Van degenen die wel hulp zochten, kwam maar de helft terecht bij de tweedelijns GGZ. Ruim 80% van de mensen met een psychische stoornis vond dus *niet* de weg naar de tweedelijns GGZ. Nu wordt een steeds groter deel van de latente zorgvraag manifest. De acceptatie van psychische problemen neemt toe, de voorzieningen zijn beter bereikbaar en er zijn betere behandelmogelijkheden.

De stijging van de hulpvraag is voor een deel ook het gevolg van een andere behandeling van langdurig zorgafhankelijke cliënten. Langdurige opnames maakten plaats voor meerdere transmurale behandelingen. Daarmee nam de gemiddelde opnameduur af, maar werden patiënten vaker opgenomen en ontvingen ook elders zorg. De aanhoudend sterke groei van het aantal cliënten in de periode 2003-2005 blijkt echter niet het gevolg te zijn van dergelijke veranderingen in behandelregiems: het gemiddelde aantal behandelingen per persoon die zorg ontvangt, is stabiel.

#### **Meer productie**

De zorgproductie in de GGZ is de afgelopen jaren fors uitgebreid. Ten opzichte van 2003 is de productiewaarde in 2004 met 10% gestegen. In dat jaar werd weer een grens gesteld aan de hoeveelheid zorg die de zorgaanbieders mogen verrichten (budgetplafond). De groei in 2005 beperkte zich daardoor tot 4%. De stijging is gerealiseerd door uitbreiding van de ambulante zorg. Deze nam in 2004 toe met 19%, in de periode 2003-2005 met 29%. Het gemiddelde aantal ambulante verrichtingen per behandeling nam eveneens toe, met 12%. De pro-

ductiewaarde van deze ambulante verrichtingen stijgt echter minder (5%). Er worden dus weliswaar méér ambulante contacten verstrekt, maar goedkopere. Een voorbeeld hiervan is telefonische consultatie.

Het aantal cliënten steeg in de periode 2003-2005 harder (19%) dan de productiewaarde (14%). De geleverde zorg per cliënt is dus afgenomen. Voor een belangrijk deel wordt dit verklaard doordat de stijging van de klinische productie achterbleef en de ambulante productie fors toenam; verpleegdagen zijn aanmerkelijk duurder dan ambulante contacten.

### **Meer efficiency**

Zorgaanbieders zijn aantoonbaar efficiënter gaan werken. Schaalvergroting, een groter aandeel van behandelend personeel en terugdringing van ziekteverzuim hebben hieraan bijgedragen.

In 1998 kende de sector nog circa 160 zelfstandige instellingen, in 2005 is dit afgenomen tot 103 instellingen. Zo is het aantal algemene psychiatrische ziekenhuizen ruimschoots gehalveerd en zijn van de 58 riagg's in 1998 er in 2005 nog slechts 9 zelfstandig.

De uitbreiding van personeel blijft achter bij de stijging van de productiewaarde. In 2004 nam het totaal aantal arbeidsplaatsen toe met slechts 3%, terwijl de productiewaarde in dat jaar steeg met 10%. Het behandelend en begeleidend personeel nam toe met 9%. De uitbreiding van dit personeel loopt daarmee vrijwel in pas met de toegenomen productiewaarde. De inzetbaarheid van personeel nam eveneens toe als gevolg van een fors dalend ziekteverzuim: van 5,9% in 2002 tot 5,1% in 2004.

GGZ Nederland werpt de vraag op of de GGZ in staat is de groeiende vraag bij te benen. De ontwikkeling van de wachtlijsten is hiervoor een belangrijke indicator. Volgens GGZ Nederland is de toename van het aantal wachtenden niet opmerkelijk. Wel nemen kinderen en jeugdigen een onevenredig groot deel van het aantal wachtenden voor hun rekening. In 2004 steeg het aantal wachtenden bij de kinderen en jeugdigen fors en hun aantal is in 2005 nog verder toegenomen. De jeugdigen vormen 13% van het aantal cliënten in behandeling, terwijl 26% van het aantal wachtenden in deze leeftijdsgroep te vinden is. Zij worden geconfronteerd met lange wachttijden: bijna de helft van hen wacht langer dan de Treeknorm toestaat. De wachttijd in de beoordelingsfase verslechterde in 2005 van 7 naar 8 weken. De uitbreiding in productie bij kinderen en jeugdigen bleek onvoldoende om de toenemende

vraag naar zorg te pareren en tegelijkertijd de wachttijden te reduceren tot aanvaardbare proporties.

## 4.2 Uitgaven PGB

De staatssecretaris van VWS heeft in een brief aan de Tweede Kamer d.d. 9 november 2007 een analyse gegeven van de snel toenemende uitgaven voor de PGB-regeling nieuwe stijl. In de achtergrondstudie over de gehandicaptenzorg is deze verkort weergegeven. Hieruit komt naar voren dat het aantal PGB-houders snel toeneemt. Vooral het aandeel van de jeugd groeit, namelijk van 16% in 2003 tot 27% in 2006. Daarbinnen zijn het vooral de (ouders van) jongeren met een psychiatrische aandoening die zich meer en meer tot het PGB wenden. Het aandeel jeugd met een psychiatrische grondslag stijgt van 7% in 2003 tot 23% in 2006. Deze budgethouders zijn vooral voor ondersteunende en activerende begeleiding geïndiceerd.

Er is geen toename van stoornissen bij jeugdigen. Er is wél sprake van een meer systematische en eerdere signalering van stoornissen in het autismespectrum. Ook is er sprake van een toename van kennis hierover en van een grotere alertheid op afwijkend gedrag bij zowel ouders als professionals. Ook leidt het steeds bekender worden van regelingen tot een toename van de vraag. Dat geldt zeker voor het PGB. Zo waren er in 2003 nog slechts 3.000 mensen met een PGB voor GGZ-zorg. Vier jaar later, zijn dat er circa 29.000. Door de functiegerichte omschrijving van de aanspraken en het afschaffen van de doelgroep-gerichtheid in 2003, is er ook ruimte ontstaan voor deze groep om een beroep te doen op de AWBZ en het PGB daarbinnen. Van die ruimte wordt gebruik gemaakt.

Uit de cijfers van het zorgkantoor VGZ is bekend dat zo'n 27% van de instroom in de PGB-regeling momenteel binnenkomt via de Bureaus Jeugdzorg. Dat betekent dat er dus bijna 600 jongeren elke maand via deze bureaus instromen en een PGB aanvragen. Deze bureaus hebben vanaf de inwerkingtreding van de Wet op de Jeugdzorg in 2005 de bevoegdheid te indiceren voor AWBZ-zorg voor jeugdigen met psychiatrische problematiek. Het aantal jongeren dat via de bureaus jeugdzorg een PGB aanvraagt, wordt in de standaard beleidsinformatie over deze Wet niet bijgehouden. Er is dan ook weinig bekend over het type stoornissen, hun problemen en over waarom ze kiezen voor een PGB.

Dat het aandeel jeugd met een PGB toeneemt, en dat daarin het aandeel jeugd met een psychiatrische aandoening zich speciaal onderscheidt, is niet de enige verklarende factor van de groei van het PGB. Die groei doet zich namelijk over de hele linie voor, bij alle grondslagen en functies. Er is bijvoorbeeld sprake van een toename van de functies ondersteunende- en activerende begeleiding in het PGB. Voor deze functies wordt steeds vaker een PGB aangevraagd. Een andere opmerkelijke ontwikkeling is dat de indicatie voor activerende begeleiding onder instromers sterk stijgt. Kwam dit in 2003 bij 12% van de gevallen voor, in 2006 heeft 25% van de budgethouders een indicatie voor activerende begeleiding.

In een door VWS en het CVZ afgenomen bliksem enquête onder PGB-medewerkers van zorgkantoren worden drie verklaringen voor de groei van het aantal budgethouders in 2007 genoemd:

- het aantal AWBZ cliënten in het algemeen stijgt
- de bureaus jeugdzorg indiceren meer
- de functies ondersteunende- en activerende begeleiding groeien.

Er worden ook nog andere verklaringen genoemd, naast het steeds bekender worden van de PGB-regeling en het feit dat er vernieuwing mee mogelijk wordt:

- dat mensen vaker voor een PGB kiezen omdat ze dan mantelzorgers kunnen inhuren als hulpverleners;
- dat door de beperkte contracteerruimte en/of doordat het aanbod niet past op de vraag naturazorg-aanbieders hun cliënten in toenemende mate aansporen gebruik te gaan maken van een PGB;
- dat sociale diensten mensen die hun partner verzorgen niet langer vrijstellen van de plicht om te solliciteren en ze naar het PGB verwijzen;
- dat bemiddelingsbureaus zich steeds actiever opstellen om mensen op de mogelijkheden van het PGB te wijzen;
- dat de maatregel om geen verantwoording meer te vragen over de eerste € 2.500,- het PGB aantrekkelijker heeft gemaakt voor mensen die er anders wellicht geen beroep op hadden gedaan.

## **5. Mogelijke maatregelen om de uitgaven te verminderen**

### **5.1 Uitgavenmanagement AWBZ**

Het uitgavenmanagement dat VWS voor de AWBZ voor ogen staat, berust op drie peilers:

1. Een maximum contracteerruimte voor zorgkantoren;
2. Invoering van een systeem van zorgzwaartebekostiging;
3. Beperking van de aanspraken;

#### **Contracteerruimte**

De invoering van een maximum contracteerruimte voor de AWBZ en de afzonderlijke sectoren in 2005 heeft aantoonbaar een rem gezet op de volumegroei, zonder dat de wachtlijsten veel langer zijn geworden. Er is ook een PGB-plafond vastgesteld, dat echter voortdurend onder druk blijft staan, zoals nog eens blijkt uit een brief van de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 11 maart 2008. Dit komt doordat aanspraken op zorg in natura of een PGB in principe moeten worden gehonoreerd als zij geïndiceerd zijn.

#### **Zorgzwaartebekostiging**

VWS werkt aan de invoering per 1 januari 2009 van een zorgzwaartebekostiging voor de intramurale AWBZ-sector. Voor de GGZ gaat het om de bekostiging van intramurale zorg aan cliënten die langer dan 1 jaar zijn opgenomen. Deze bekostiging geldt ook voor cliënten vanaf de 1e dag indien geen sprake is van geneeskundige zorg.

De systematiek gaat uit van een beperkt aantal (per sector opgesteld) zorgzwaartepakketten. Deze pakketten worden door het CIZ geïndiceerd en door NZa van een maximumprijs voorzien. Voor de GGZ zijn 13 pakketten gedefinieerd. Er zijn zeven pakketten voor cliënten die gebruik maken van voortgezet verblijf (B-categorie) en zes ZZP's voor cliënten die verblijven met ondersteuning (C-categorie).

De belangrijkste verandering van dit bekostigingssysteem is dat het risico van de instellingen drastisch gaat toenemen. Zij krijgen nu nog geld voor de zorgcapaciteit waarover ze beschikken, straks wordt alleen nog het gebruik betaald, dat ervan wordt gemaakt. Door de invoering van de zorgzwaartebekostiging krijgen ze geld voor de zorg voor een cliënt. De hoogte van het bedrag is afhankelijk van de kenmerken van de

cliënt en de soort en de hoeveelheid zorg die een cliënt nodig heeft.

Zorgaanbieders ondervinden vanaf 2009 de mogelijke financiële gevolgen van de zorgzwaartepakketten. Dat gaat geleidelijk. Het verschil tussen het oude budget en het nieuwe ZZP-budget wordt in 2008 vastgesteld. Vanaf 2009 wordt dat verschil in één of meerdere jaren op- of afgebouwd.

### **Aanspraken**

Vanaf 1 april 2003 zijn de aanspraken geformuleerd in zeven AWBZ-brede functies in plaats van in de traditionele aanbodtermen. Dit is vastgelegd in het Besluit zorgaanspraken AWBZ. De zeven functies zijn: behandeling, activerende begeleiding, ondersteunende begeleiding, verpleging, persoonlijke verzorging, huishoudelijke verzorging en verblijf. De aanspraken zijn gekoppeld aan grondslagen. Deze zijn, afhankelijk van de functie: een somatische, psycho-geriatrische, of psychiatrische aandoening, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, gedrags- of psychische problematiek of een psychosociaal probleem.

Iedereen die een beroep wil doen op AWBZ-zorg heeft een indicatie nodig. Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) is de organisatie die deze indicaties vanaf 1 januari 2005 uitvoert. Het CIZ werkt op basis van het Zorgindicatiebesluit, waarin de regels staan waaraan het indicatieorgaan zich moet houden. Bij elke geïndiceerde functie wordt ook een klasse aangegeven. Een klasse staat voor een bepaalde hoeveelheid zorg (met een minimum en een maximum aantal uren).

## **5.2 Uitgavenmanagement Zorgverzekeringswet**

De op genezing gerichte GGZ is met ingang van 2008 overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Het instrumentarium voor het uitgavenmanagement verschilt van dat van de AWBZ.

### **Risicodragende verzekeraars**

De Zorgverzekering kent geen maximum contracteerruimte. In plaats daarvan dragen de zorgverzekeraars een zeker risico op hun zorginkoop. Dit risico is nog beperkt en zal geleidelijk worden uitgebreid.

### **DBC-systematiek**

Zoals in hoofdstuk 2 uiteengezet geldt voor de op genezing gerichte GGZ een DBC-bekostiging. Evenals in de zorgzwaar-  
tebekostiging worden hier producten bekostigd en geen instel-  
lingen. De DBC-systematiek is echter fijnmaziger. Ook is er  
meer relatie met de gestelde diagnose.

### **Aanspraken**

De aanspraken in het kader van de zorgverzekering liggen vast  
in de verzekeringspolis. Deze polis moet ten minste het basis-  
pakket omvatten dat de Zorgverzekeringswet in omschreven.  
Dit pakket is evenals dat van de AWBZ in functionele termen  
omschreven, maar gedetailleerder.

In de zorgverzekering is de indicatiestelling overgelaten aan de  
zorgaanbieders. Dat is dus heel anders dan in de AWBZ. De  
zorgverzekeraar kan zelfstandig toetsen of de geïndiceerde  
zorg voldoet aan de polisvoorwaarden. Met andere woorden of  
de zorgverzekeraar moet betalen.

## **5.3 Voorgenomen maatregelen**

De uitgavengroei in de GGZ komt nagenoeg geheel voor re-  
kening van de post 'overig volume'. Daarmee wordt de groei  
van het volume bedoeld dat niet is toe te schrijven aan de  
factor demografie. In de post overig volume zit een toename  
van de manifeste vraag naar GGZ en een toename van ambu-  
lante zorg doordat langdurige opnames plaats maken voor  
meerdere transmurale behandelingen.

De invoering van een maximum contracteerruimte voor de  
AWBZ en de afzonderlijke sectoren heeft aantoonbaar een  
rem gezet op de volumegroei, zonder dat de wachtlijsten veel  
langer zijn geworden. Dat is uitgezonderd de wachtlijsten voor  
kinderen en jeugdigen, die wel zorgelijk zijn. Om deze wacht-  
lijsten weg te werken heeft VWS extra geld beschikbaar ge-  
steld.

Zoals in de achtergrondstudie over de gehandicaptenzorg is  
vermeld, schrijft de staatssecretaris de oorzaak van de overige  
volumegroei in deze sector vooral toe aan de formulering van  
de bestaande AWBZ-aanspraken. Deze aanspraken zijn vol-  
gens haar zo ruim geformuleerd dat hierdoor ook onbedoelde  
en daarmee ongewenste instroom plaatsvindt. Zij neemt zich  
voor die aanspraken te herformuleren.

Verder laat zij onderzoek doen naar de oorzaak van de instroom van jongeren met psychiatrische beperkingen via de bureaus jeugdzorg. Afhankelijk van de uitkomst van dit onderzoek treft zij maatregelen, die naar verwachting in de sfeer van de indicatiestelling zullen liggen. Verder overweegt zij de aparte (subsidie)status van het PGB op te heffen, zodat er één financiële ruimte binnen de AWBZ wordt gecreëerd. De PGB-tarieven en de eigen bijdragen worden tegen het licht gehouden.

Wat de zorgverzekeringswet betreft wil de minister geen grote stappen zetten. Hij gaat in eerste instantie de invoeringsproblemen oplossen die in de loop van 2008 naar voren zijn gekomen. De bekostigingsystematiek van de eerstelijns psychologische zorg (EPZ) en de praktijk ondersteuning huisartsen GGZ (POH-GGZ) blijft in 2009 ongewijzigd.

Het eindmodel voor de tweede lijn is gericht op een volledige bekostiging op basis van stabiele DBC's en waar mogelijk vrije prijsvorming. Voor zorg die niet individueel is toe te rekenen wordt dan een aparte bekostiging geïntroduceerd. Hoewel de DBC's GGZ inhoudelijk afwijken van de somatische DBC's wordt in de benadering zoveel mogelijk aansluiting gezocht. Naar analogie met de somatiek kent het eindmodel uiteindelijk drie segmenten:

- A0-segment: In dit segment zit de niet individueel toe te rekenen zorg. De NZa is gevraagd uitspraken te doen over wat in het AO segment ondergebracht kan worden. In het A0 segment gelden geen DBC's. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan een vergoeding voor de beschikbaarheid bij crisisopvang.
- A- en B-segment: De wel individueel toe te rekenen zorg valt uiteen in twee segmenten. Voor beide geldt dat zoveel mogelijk bekostigd wordt op basis van DBC's. Het verschil tussen A en B is of er al dan niet vrije prijzen gelden. Het A-segment heeft betrekking op de geneeskundige GGZ zorg waar vanuit het oogpunt van kwaliteit, toegankelijkheid en/of betaalbaarheid het niet verantwoord is om vrije prijsvorming in te voeren. Hiervoor worden vanuit overheidswege (bv. vast, maximum of bandbreedte) tarieven vastgesteld. In het B-segment gelden vrije prijzen.

De stappen naar het eindmodel zijn nadrukkelijk aan voorwaarden verbonden.



Een eerste voorwaarde is dat voor vrije prijsvorming en volledige bekostiging in DBC's de NZa een toets moet uitvoeren om te bepalen wat de mogelijke stappen zijn die gezet kunnen worden. In de toetsing, beoordeelt de NZa de verdere realisatie van het eindmodel op de volgende criteria:

1. draagvlak voor vrije prijzen;
2. technische uitvoerbaarheid;
3. potentie van een markt.

Een tweede voorwaarde is dat de DBC's stabiel zijn. Ten aanzien van de stabiliteit van de DBC's geldt ondermeer het advies van DBC Onderhoud. In haar beoordeling en advisering is DBC Onderhoud afhankelijk van een voldoende aanlevering van kwalitatief goede DBC's aan het DBC informatie systeem (DIS).

#### **5.4 Voorstellen voor verbetering**

Wij verwijzen voor de AWBZ naar de achtergrondstudie over de gehandicaptenzorg. Daar hebben we gesteld dat het weinig zin heeft om direct na invoering van een nieuw instrumentarium voor uitgavenmanagement alweer over een koerswijziging na te denken. Eerst moet met de nieuwe instrumenten ervaring worden opgedaan. Voor de zorgverzekering geldt dit tot op zekere hoogte ook (invoering DBC-systeem), ook al zijn de ideeën daar minder uitgekristalliseerd.

Het kostenprobleem waarmee de sector wordt geconfronteerd, komt voort uit de aanwezigheid van een grote latente vraag, die makkelijker manifest wordt dan vroeger. Dat komt onder andere door de ruime omschrijving van de aanspraken sinds 2003, maar ook door het proces van extramuralisering van het aanbod. Voor een deel is het een ontwikkeling die de uitkomst is van bewust beleid en dus aanvaardbaar is. Voor een deel is het een niet beoogd bijeffect, dat het best via de weg van vraagbeheersing (aanspraken en indicatiestelling) kan worden aangepakt.

In de AWBZ is dat makkelijker dan in de zorgverzekering. In de zorgverzekering is bijvoorbeeld de indicatiestelling moeilijker bij te sturen dan in de AWBZ. In de zorgverzekering zal een krachtig pakketbeheer tegendruk moeten geven tegen een uitdijende vraag. Verder is het belangrijk dat er duidelijke richtlijnen komen over het indicatiegebied voor behandelingen en diensten. Verzekeraars en zorgaanbieders zullen er belang

bij moeten krijgen om deze richtlijnen na te leven. Afschaffing van de ex-post verevening voor zorgverzekeraars zal hieraan kunnen bijdragen.

Niet de prijzen, maar de omvang van de productie vormen in deze sector het probleem. Daarom is het te overwegen om in de zorgverzekering te zoeken naar een equivalent voor het contracteerplafond van de AWBZ. Bijvoorbeeld door een koppeling te leggen tussen de vergoeding uit de centrale kas aan verzekeraars en een bepaalde productieomvang.

## Gehandicaptenzorg

### 1. Vraagstelling

#### De gehandicaptenzorg

De gehandicaptenzorg omvat de verzorging, begeleiding en verpleging van mensen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. De dienstverlening is onderverdeeld in ambulante dienstverlening en ondersteuning van de woonfunctie en dagbesteding.

Het Sociaal en Cultureel Planbureau raamt het aantal mensen met verstandelijke beperkingen op ongeveer 103.000 en schat dat er ongeveer een half miljoen mensen zijn met ernstige lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen (De Klerk, 2002). Van deze laatste groep heeft een groot deel beperkingen ten gevolge van het ouder worden.

**Tabel 1.1**      **Geschat aantal mensen met beperkingen naar type beperking**

Aard beperking	Aantal personen
Licht verstandelijk (2002)	49.700
Ernstig verstandelijk (2002)	53.600
Ernstig lichamenlijk (2002)	512.000
Visueel (2000)	158.000
Auditief (2000)	29.000
Spraak (2000)	71.000

Bron: De Klerk, 2000; De Klerk, 2002

Van de lichamenlijk en de zintuiglijk gehandicapten maakt slechts een klein deel gebruik van de gehandicaptenzorg, zoals blijkt uit een inventarisatie in het kader van het project Vraaggestuurde Bekostiging in 2002. Dat is anders met de verstandelijk gehandicapten. In 2001 ontving ongeveer tweederde van de verstandelijk gehandicapten (IQ lager dan 80) AWBZ-zorg. Van de mensen met matige tot (zeer) ernstige verstandelijke beperkingen (ongeveer de helft van de populatie) ontving naar

schatting 90% zorg (vooral een vorm van verzorgd wonen).  
 Van de andere helft van de populatie, de mensen met een  
 lichte verstandelijke handicap, ontving eenderde zorg, vooral  
 ambulante zorg en kort verblijf.

**Tabel 1.2      Geschat aantal cliënten gehandicaptenzorg (2002)**

<b>Verstandelijk Gehandicapten-sector</b>	Aantal cliënten
Verblijf intramuraal	30.111
Verblijf semi-muraal	16.504
Verblijf intra- en semi-muraal	3.738
Tijdelijk verblijf	9.242
Woonproduct zonder verblijf	2.294
Enkel dagbesteding	16.635
Geen woon- of dagbestedingsproduct	6.467
<b>Lichamelijk Gehandicapten-sector</b>	
Grote woonvorm	783
Kleine woonvorm	1.607
Kinder-gvt's	834
Activiteitencentrum	3.767
Onbekend	721
<b>Zintuiglijk Gehandicapten-sector (wonen)</b>	
Auditief en communicatief	581
Visueel	1.336
<b>Zintuiglijk Gehandicapten -sector (dagbesteding)</b>	
Auditief en communicatief	1.388
Visueel	1.183
Bron: VGN/Ministerie van VWS, 2002)	

### Vraagstelling

In 2005 werd 8,2% van de totale kosten in de Nederlandse gezondheidszorg besteed aan de zorg voor gehandicapten. Dat komt neer op 5,6 miljard euro. Verreweg de meeste kosten werden gemaakt voor verstandelijke gehandicapten: 5,3 miljard euro of 94,4% van de totale kosten binnen deze sector.

De uitgaven aan gehandicaptenzorg zijn tussen 2000 en 2004 gestegen met ruim 10% per jaar.

**Tabel 1.3**      **Overzicht van de ontwikkeling in de uitgaven aan gehandicaptenzorg (x miljoen euro)**

	2000	2001	2002	2003	2004	Gemiddelde Jaarlijkse groei (in %)
<b>Uitgaven</b>						
Gehandicaptenzorg	3.090,3	3.452,7	3.919,0	4.243,7	4.542,1	10,1
Overige subsidies art. 39 <a href="#">WfV</a> ge- handicapten	63,6	71,7	74,5	86,6	81,6	6,4
MEE (voorheen sociaal pedagogi- sche diensten (SPD))	82,1	99,4	127,1	147,5	156,6	17,5
<b>Totaal uitgaven</b>	<b>3.236,0</b>	<b>3.623,8</b>	<b>4.120,6</b>	<b>4.477,8</b>	<b>4.780,3</b>	<b>10,2</b>

Bron: [VWS, 2005a](#)

Deze groei heeft zich ook in andere AWBZ-sectoren voorgedaan en is onder andere veroorzaakt door het loslaten van de budgettering vanwege wachtlijstproblemen. Ook al is deze sterke groei inmiddels weer afgevlakt, blijft het feit dat de uitgavenontwikkeling voortdurend aandacht vraagt. Uitgavenmanagement is en blijft nodig. De vraag is hoe hieraan het beste vorm kan worden gegeven.

## 2. Bekostiging van de gehandicaptenzorg

De gehandicaptenzorg wordt geheel of nagenoeg geheel uit de AWBZ betaald. De zorg aan mensen met een handicap kan op drie manieren worden bekostigd; in natura via de beleidsregel 'Extramurale zorg', in natura via de intramurale bekostiging of via een persoonsgebonden budget (PGB).

Zorg in natura, extra- en intramuraal, wordt ingekocht door de zorgkantoren. Zorgkantoren hebben een zorgplicht en dienen voldoende zorg in te kopen om te kunnen voldoen aan de vraag. Zij zijn verplicht om met intramurale zorgaanbieders een contract te sluiten, maar een dergelijke verplichting geldt niet (meer) met extramurale zorgaanbieders. De tarieven van de NZa beleidsregels zijn maximumtarieven. Zorgkantoren mogen dus met zorgaanbieders lagere prijzen afspreken. Zij zijn hierbij gebonden aan door de NZa vastgestelde regionale contracteerruimtes.

De introductie van een contracteerruimte is een van de maatregelen die het ministerie van VWS in 2005 heeft genomen om de kostenontwikkeling in de AWBZ te beheersen. De NZa is belast met de uitvoering van deze maatregel. De zorgkantoren mogen in hun regio's niet meer contracteren dan de door VWS vastgestelde contracteerruimte. Groei van de ene instelling moet worden gecompenseerd met een daling van een andere. De productie binnen de contracteerruimte wordt volledig vergoed. Als blijkt dat de geïndiceerde zorg niet kan worden geleverd is het mogelijk dat de contracteerruimte wordt verhoogd. Hiervoor is bij de NZa een knelpuntenprocedure in het leven geroepen. Zorgkantoren kunnen hier onderbouwd een beroep op doen.

Met het zorgkantoor wordt jaarlijks afgesproken hoeveel er komend jaar geproduceerd gaat worden. Het budget is vervolgens de overeengekomen productie maal de NZa beleidsregelbedragen. Deze afspraak kan enkele keren per jaar worden bijgesteld in de zogenoemde herschikkingsrondes.

Clënten kunnen met een PGB zelf zorg inkopen. Hierbij is de cliënt niet gebonden aan de zorgaanbieders die zijn toegelaten of zijn gecontracteerd door het zorgkantoor.

### **Extramurale zorg**

Voor de extramurale zorg van de AWBZ geldt één financieringskader. De instellingen voor gehandicaptenzorg vallen met ingang van 2003 onder de werkingssfeer van de beleidsregel extramurale producten van de NZa. Deze geldt AWBZ breed, dus ook voor instellingen in de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Er wordt nog wel onderscheid gemaakt naar de aard van de zorgverlening. Dagbesteding voor verstandelijk gehandicapte kinderen is immers iets anders dan dagopvang voor ouderen.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt de maximumtarieven voor extramurale zorg vast. In deze tarieven zijn naast de kosten voor zorg ook de huisvestingskosten opgenomen, de kapitaallasten. Voorheen kregen zorginstellingen apart een vergoeding voor huisvestingskosten. Vanaf 1 januari 2007 zijn de beleidsregels van de NZa voor de overgangsregeling kapitaallasten extramurale zorgverlening en kapitaallasten RIAGG's vervallen. Alle instellingen worden dus bij extramurale zorg gefinancierd op basis van integrale tarieven.

Vanaf 2007 werken de zorgkantoren met aanbestedingsprocedures. Om de continuïteit van de zorgverlening te garanderen geeft het zorgkantoor budgetgaranties af. De feitelijke productie van het voorgaande jaar is daarvoor het uitgangspunt. De instelling moet van haar kant garanderen dat de cliënten die het voorgaand jaar in zorg waren, ook het volgend jaar op zorg kunnen rekenen. Een deel van het regiobudget wordt aan diverse zorgaanbieders gegund op basis van een ranking. Deze ranking gaat uit van het economisch meest voordelige aanbod en wordt bepaald door de geoffreerde prijs en de geoffreerde doelmatigheid. De te offeren prijs is maximaal de door het NZa vastgestelde prijs. De gunning bestaat dus uit twee delen: het garantiebudgetdeel en het budgetdeel gegund op basis van de ranking. Beide bij elkaar opgeteld is de productieafspraken voor het nieuwe jaar. Indien er na de eerste inkoopronde nog financiële middelen resterend, volgen een of meer aanvullende inkooprondes, waarin aanvullende productieafspraken worden gemaakt.

### **Intramurale zorg**

De intramurale zorg wordt niet aanbesteed, omdat er sprake is van een contracteerplicht.

De berekening van het budget van een instelling voor gehandicaptenzorg is gebaseerd op de beleidsregels van de NZa. Deze

beleidsregels geven onder meer de (maximum)prijs van de productie-eenheden zoals verpleegdagen en face-to-face contacten aan. Met het Zorgkantoor wordt jaarlijks afgesproken hoeveel er komend jaar geproduceerd gaat worden. Het budget is vervolgens de overeengekomen productie maal de NZa beleidsregelbedragen. Deze afspraak kan enkele keren per jaar worden bijgesteld in de zogenoemde herschikkingsrondes.

Het is de bedoeling dat de bekostiging van de zorgaanbieders en de declaratie van de productie met ingang van 2009 op basis van Zorgzwaartepakketten (ZZP's) plaatsvindt. Zorgaanbieders en zorgkantoren moeten al in 2008 afspraken maken over ZZP's. Dit om de invoering van ZZP's goed voor te bereiden. De NZa heeft een aparte beleidsregel vastgesteld om het verschil tussen het budget op basis van de huidige prestaties en het fictieve budget op basis van de ZZP's te kunnen berekenen.

### **PGB**

Het persoonsgebonden budget (PGB) bestaat ruim 10 jaar, in 1995 en 1996 zijn de eerste regelingen van start gegaan na een lange tijd van experimenteren. De verschillende regelingen per doelgroep zijn in 2003 vervangen door het zogenaamde PGB-nieuwe-stijl: één regeling voor alle zorgvragers in de AWBZ, gehandicapten, ouderen en mensen met ggz-problematiek, gebaseerd op de gemoderniseerde formulering van de aanspraken in de AWBZ in termen van functies. Nadat de zorgvrager een indicatiebesluit heeft ontvangen, heeft hij de keuze tussen zorg in natura en een PGB. Het PGB is mogelijk voor de AWBZ-functies persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en tijdelijk verblijf (maximaal 2 etmalen per week). Voor de functies behandeling en langdurig verblijf in een intramurale instelling is geen PGB mogelijk.

Het is aan de cliënt zelf om te bepalen bij wie hij zijn zorg inkoop; dit kunnen ook niet toegelaten aanbieders zijn. Ook heeft de cliënt in eigen hand welke functies hij inkoop, dat hoeven niet de geïndiceerde functies te zijn, maar het moet wel om AWBZ-verzekerde zorg gaan. Het PGB blijkt in een behoefte te voorzien, ruim 10% van alle zorgvragers in de AWBZ, maakt er gebruik van.



### 3. Ramingen en uitgaven

#### 3.1 Ramingen

Het CPB publiceert om de paar jaar een scenario voor de zorguitgaven. In 2001 verscheen een scenario voor de periode 2003-2006 en in 2006 een scenario voor de periode 2008-2011. Hier volgen de ramingen voor de uitgaven aan gehandicaptenzorg.

**Tabel 3.1 Basisraming 2003-2006: gemiddelde jaarlijkse procentuele mutaties in volume en prijzen**

	Volume	Prijs	Waarde
Gehandicapten en overige extramurale voorzieningen	1,5	3,5	5,1

**Tabel 3.2 Raming 2008-2011: gemiddelde jaarlijkse procentuele mutaties in volume en prijzen**

	Volume	Prijs	Waarde
Gehandicaptenzorg	2,5	2,6	5,1

Het CPB licht zijn raming voor 2008 – 2011 als volgt toe.

#### **Volume**

De raming voor de totale gehandicaptenzorg is gebaseerd op een raming van de verstandelijk gehandicapten. Deze groep neemt ongeveer 95% van de totale uitgaven aan gehandicaptenzorg voor zijn rekening. De raming bestaat uit twee stappen. In de eerste stap wordt op basis van het SCP-model een raming van het aantal cliënten per branche gemaakt. In de tweede stap wordt de groei van de intensiteit berekend uit de historische trend van het volume van de zorg per gebruiker van het CBS. Deze opsplitsing is weergegeven in tabel 6.

**Tabel 3.3 Volume ontwikkeling gehandicaptenzorg**

	Totaal	W.v. aantal cliënten a	W.v. intensiteit
<b>Periode</b>	<b>gemiddelde mutaties per jaar in %</b>		

1990-1998	1,1	1,7	0,6
1998-2003	6,1	0,9	5,2
1990-2003	3,0	1,4	1,6
2008-2011	2,5	0,9	1,6

a op basis van SCP-definitie.

De groei van het jaarlijkse aantal cliënten fluctueert. Vooral in de periode 1998-2003, waar aanbodsturing werd vervangen door een meer vraaggestuurde zorg zien we een toename van het aantal zwakbegaafden in de verstandelijke gehandicaptenzorg. Deze instroom van verstandelijk gehandicapten is niet voorzien in de SCP-raming van 2004 en is dus onder de component intensiteit meegenomen. In dezelfde periode was er ook een sterke aanzuigende werking uit andere sectoren van de zorg (GGZ en jeugdzorg) door de inzet van extra wachtlijstgelden en toenemende diversiteit in de zorgproducten die werden aangeboden.

De groei van de intensiteit fluctueert echter nog sterker. In de periode 1990-1998 was de groei zelfs tijdelijk negatief. De overgang naar een meer vraaggestuurde zorg genereerde hoge groeicijfers van de intensiteit van meer dan 5% per jaar gedurende 1998-2003. De groei in de intensiteit is ook hier breed gedefinieerd en omvat niet voorziene instroom, toegenomen zorgzwaarte, meer uren zorg per persoon, meer zorgproducten per persoon en ook nog andere factoren die er voor gezorgd hebben dat het volume sterker stijgt dan het aantal personen dat zorg ontvangt.

De sterke fluctuaties in vooral de groei van de intensiteit geven ook aan dat de onzekerheden groot zijn en het voorspellen lastig is. De veronderstelling achter de raming is dat een deel van de factoren die voor de groei in 1998-2003 gezorgd hebben structureel zijn. Structureel van aard is bijvoorbeeld de verandering en bejegening van de verstandelijk gehandicapten. Maar de instroom van groepen cliënten uit de GGZ en andere zorg veronderstelt het CPB tijdelijk te zijn geweest.

### **Prijzen**

Het CPB onderscheidt bij de berekening van de prijzen in de zorg een viertal componenten. Ten eerste zijn er de lonen in de zorgsector. De zorg is arbeidsintensief en vergeleken met

andere bedrijfstakken is er relatief veel arbeid per eenheid product nodig. De loonkosten bepalen daardoor een belangrijke deel van de prijs. Ten tweede speelt het Baumol effect. De derde component is de raming van de inflatie van de materiële kosten. Hierbij moet men denken aan het aanschaffen van nieuwe materialen door zorgaanbieders, zoals verbandmiddelen, bedden, maaltijden etc. Daarnaast valt hier de prijsinflatie van de genees- en hulpmiddelen onder. De vierde component is de groei van de kapitaallasten. De prijs om te investeren in nieuwe gebouwen, apparatuur, medische technologie etc. neemt immers toe.

**Tabel 3.4 Prijsontwikkeling in de zorg 2008-2011**

	Gewicht	Raming exogenen	Effect op prijs
Looneffect	0,66	3,3% – 1,5%	1,2%
Baumol-effect	0,66	1,5% – 0,3%	0,8%
Prijs materieel	0,26	2,2%	0,6%
Kapitaalprijsa	0,08	1,8%	0,1%
Totaal groei prijs zorg			2,7%

In tabel 7 worden de vier effecten weergegeven. De groei van de arbeidsproductiviteit in de zorg veronderstelt het CPB 0,3% in 2008-2011, en is daarmee gelijk aan de arbeidsproductiviteitsgroei in de zorg over de historische periode 1970-2003. De arbeidsproductiviteitsgroei is daarmee 1,2%-punt lager dan de arbeidsproductiviteitsgroei in de totale economie. Daarnaast veronderstelt het CPB dat de lonen in de zorg in de MLT-periode gelijke tred houden met de lonen in de marktsector, hetgeen overeenkomt met het recente verleden. De lonen in de marktsector groeien met 3,3%.

De prijzen in de zorg groeien gedurende 2008-2011 1,2% harder dan de BBP-prijs. Dit effect komt voor het grootste gedeelte door het Baumol effect dat 0,8% per jaar bedraagt, daarnaast groeit de geneesmiddelenprijs sneller dan de BBP-prijs. De hogere prijzen bij geneesmiddelen worden vooral veroorzaakt door nieuwe middelen die op de markt komen en een verschuiving in het gebruik naar deze nieuwe, veelal duurere middelen. In tabel 8 worden de prijsontwikkelingen per sector vermeld, daarbij wordt gebruik gemaakt van de arbeidsintensiteit van een bepaald sector. Vooral de GZZ, de vrije beroepsbeoefenaren en verpleging en verzorging zijn arbeidsintensieve sectoren.

**Tabel 3.5 Prijsontwikkelingen in de zorg per sector 2008-2011**

	Gewichten per sector			Sectorale prijsont- wikkeling 2008-2011
	Lo- nen	Consumen- tenprijzen	Prijs kapi- taal	
				gemiddelde mutaties per jaar in %
Ziekenhuizen en specialisten	0,65	0,26	0,09	2,5%
Huisartsen, tand- artsen en para- medici	0,88	0,12	0,00	2,9%
Genees- en hulp- middelen	0,11	0,89	0,00	3,0%
GGZ	0,90	0,01	0,09	2,9%
Verpleging en verzorging	0,79	0,12	0,09	2,7%
Gehandicapten- zorg	0,70	0,13	0,15	2,6%
<b>Totaal</b>	<b>0,66</b>	<b>0,26</b>	<b>0,08</b>	<b>2,7%</b>

### 3.2 Uitgaven

Het RIVM geeft in de publicatie *Kosten van Ziekten in Nederland 2005* een overzicht van de kostenontwikkeling per sector. Een van de sectoren met een meer dan gemiddelde groei over 2003-2005 is de gehandicaptenzorg (8,1%). De groei wordt voor het grootste deel verklaard door overige volumegroei.

**Tabel 3.6 Gemiddelde jaarlijkse groei van de kosten (percentage) van de gezondheidszorg naar sector en groeicomponent over de periode 2003-2005 (Bron: CBS Zorgrekeningen, maatwerktabel ten behoeve van RIVM).**

Sector	Kosten (mil- joen euro)		Gemiddelde jaarlijkse groei (%)			
	2003	2005	totaal	prijs	demografie	Overig volume

Ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg	15.459	17.686	7,0	1,5	0,9	4,7
Gehandicaptenzorg	4.789	5.598	<b>8,1</b>	<b>2,1</b>	<b>0,3</b>	<b>5,8</b>
Geestelijke gezondheidszorg	3.540	4.048	6,9	0,3	0,2	6,5

## 4. Achtergrond van de uitgaven

### 4.1 Uitgaven verstandelijk gehandicaptenzorg

Het SCP heeft op verzoek van de staatssecretaris van VWS een analyse gemaakt van de ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven (*De ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven, 2008*) Hieraan ontleenen we het volgende.

De reële kosten van de geselecteerde awbz-voorzieningen (thuiszorg, verzorgingshuizen, verpleeghuizen, verstandelijk gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg) zijn in de periode 1985- 2005 met gemiddeld 3,3% per jaar gestegen. Ter vergelijking; in dezelfde periode is de welvaart gegroeid met 2,7% per jaar. Het gemiddelde verschil (0,6% per jaar) wordt geheel veroorzaakt door de ontwikkelingen in de periode 2000-2003).

In de eerste helft van de beschouwde periode (1985-1995) kwam de gemiddelde jaarlijkse groei aanzienlijk lager uit (2,5%) dan in de tweede helft (4,2%). Opmerkelijk is de sterke kostenstijging in de periode 2000-2003, die onder meer te maken heeft met het loslaten van de budgettering vanwege wachtlijstproblemen en een andere invulling van het recht op zorg, die mede werd ingegeven door gerechtelijke uitspraken. In 2004 vlagt de groei weer af tot een meer gebruikelijk niveau.

De kostengroei loopt voor vier van de vijf voorzieningen, waaronder de zorg voor verstandelijk gehandicaptten, nagenoeg gelijk op: een gemiddelde reële kostengroei van ruwweg 4% per jaar.

De totale kosten vormen per definitie het product van de geleverde productie (volume) en de kosten per product (kostprijs). Bij de meeste awbz-voorzieningen weegt de prijscomponent zwaarder in de groei van de reële kosten dan de volumecomponent. Van de jaarlijkse reële kosten-

groei van 3,3% per jaar houdt 2,0% verband met kostprijsstijgingen en 1,3% met volumestijgingen.

Zowel in de eerste als in de tweede helft van de beschouwde periode treft het SCP deze verhoudingen in kostencomponenten aan. Van de jaarlijkse kostengroei in de eerste helft (2,5%) kan 1,4% op conto van de kostprijscomponent en 1,0% op conto van de volumecomponent worden geschreven. Van de kostengroei in de tweede helft van de beschouwde periode (4,2%) is 2,5% aan de kostprijsontwikkeling en 1,6% aan de volumeontwikkeling toe te schrijven.

De groei van de productie verschilt aanzienlijk per voorziening. Opmerkelijk is de groei van de zorg voor verstandelijk gehandicapten, die te maken heeft met een toenemend gebruik door verstandelijk gehandicapten en een verruiming van de groep die als gehandicapt wordt aangemerkt. Het betreft met name de toelating van zwakbegaafden en licht verstandelijk gehandicapte jongeren. Het SCP (zie *Zorg voor verstandelijk gehandicapten*,; *Ontwikkelingen in de vraag*, SCP 2005) wijst er verder op dat door de inzet van extra wachtlijstgelden en een grotere diversiteit in de aangeboden zorgproducten een aanzuigende werking is geweest uit andere sectoren zoals de jeugdzorg en de GGZ. De zorgzwaarte is bij de verstandelijk gehandicaptenzorg nauwelijks toegenomen (zie: *Kosten in kaart: Een macrokostendecompositie toegepast op instellingen voor verstandelijk gehandicapten*, SCP 2007).

De groei van de reële kostprijs van het totaal van betrokken voorzieningen vertoont aanvankelijk een vrij regelmatig patroon, maar dit patroon wordt in de loop der tijd grilliger. Gezien over de gehele periode is de reële kostprijs met 2,0% per jaar gestegen, maar in de eerste helft was deze jaarlijkse stijging duidelijk lager (1,4%) dan in de tweede periode (2,5%). Dit is een algemene trend, die zich ook bij de verstandelijk gehandicaptenzorg voordoet.

## 4.2 Uitgaven PGB

De staatssecretaris van VWS heeft in een brief aan de Tweede Kamer d.d. 9 november 2007 een analyse gegeven van de snel toenemende uitgaven voor de PGB-regeling nieuwe stijl. Hieraan ontleen we de volgende gegevens.

Van de AWBZ-gebruikers (circa 750.000) heeft inmiddels ruim 10% (80.000) een persoonsgebonden budget. Circa 255.000 mensen verblijven in een AWBZ-instelling, de overige 495.000 mensen ontvangen hun zorg thuis in natura of met een PGB. Het marktaandeel van het PGB op de relevante markt van de extramurale zorg is dus bijna zeventien procent.

Bij de start van de PGB-regeling nieuwe stijl in april 2003 waren de 51.000 budgethouders als volgt verdeeld over de verschillende regelingen: 36.500 verpleging & verzorging, 11.500 verstandelijke handicap en 3.000 geestelijke gezondheidszorg. Begin 2006 was iedereen ingestroomd in de PGB-regeling nieuwe stijl en waren er in totaal 80.000 budgethouders. Eind 2006 waren dat er 95.000. Met de invoering van de Wmo in 2007 gaan de budgethouders met een PGB voor alleen huishoudelijke verzorging over naar de gemeenten. Het gaat ongeveer om 30.000 budgethouders. De aanvankelijke veronderstelling dat hierdoor een verminderde groei van het PGB in de AWBZ zou optreden, bleek niet te kloppen. Integendeel, juist in 2007 zien we het aantal nieuwe PGB-ers sterker toenemen dan ooit tevoren. Uitgaande van de beschikbare cijfers tot nu toe (ultimo augustus) is er een gemiddelde stijging per maand met 2.200 nieuwe budgethouders, een stijging die alle voorgaande jaren ruim overtreft.

**Tabel 4.1 Groei van het aantal budgethouders en het bestede/beschikbare budget**

Jaar	2003	2004	2005	2006	2007
Aantal budgethouders	62.500	69.500	80.500	95.000	80.885 t/m augustus <sup>2</sup>
Procentuele stijging	25%	11,2%	15,8%	18,1%	pm
Gem. stijging per maand	1.042	583	917	1.208	2.200 t/m augustus
Uitgaven in miljoenen	635	764	922	1.136	1.455 (raming)

Bron: CVZ

<sup>2</sup> Zonder de WMO zouden er circa 30.000 budgethouders meer zijn.

Ook in de zorg in natura is sprake van groei. Hieronder zijn de bestedingen van de extramurale zorg in natura weergegeven in

de jaren 2004 tot en met 2006; het aantal cliënten is niet bekend en ook zijn er nog geen cijfers over 2007 beschikbaar.

**Tabel 4.2      Uitgaven extramurale zorg in natura en in PGB in miljoenen**

	2004	2005	2006	<b>Groei 2004 – 2006</b>
Uitgaven Extramuraal V&V	3.353	3.577	3.880	<b>15,7%</b>
Uitgaven Extramuraal GHZ	9.55	1.052	1.105	<b>15,7%</b>
waarvan gerelateerd aan jeugd (onder 18 jaar)	125	148	160	<b>28,0%</b>
Uitgaven Extramuraal GGZ	1.184	1.274	1.371	<b>15,8%</b>
waarvan eerste opname	46	49	48	<b>4,7%</b>
waarvan deeltijd	197	199	199	<b>0,8%</b>
waarvan ambulante contac- ten	940	1.025	1.124	<b>19,5%</b>
waarvan gerelateerd aan jeugd (onder 18 jaar)	127	136	155	<b>22,5%</b>
Uitgaven PGB	764	922	1.136	<b>48,7%</b>

Bron: VWS, met uitzondering van de uitgaven PGB 2006; hiervoor zijn de meest recente cijfers van het CVZ gebruikt.

We kunnen dus vaststellen dat de uitgaven voor zowel de extramurale zorg in natura als het PGB fors groeien. We kunnen ook constateren dat de uitgaven aan PGB's relatief sneller groeien dan aan extramurale zorg in natura en dat de uitgaven aan zorg voor jeugdigen zowel in natura als in het PGB relatief het meest toenemen. Dit betekent dat er waarschijnlijk geen sprake is van substitutie, oftewel het is dus niet zo dat een grotere vraag naar PGB's leidt tot minder uitgaven in de zorg in natura of andersom. Wat we overigens niet weten is of, als er een minder grote groei in het PGB zou zijn, de zorg in natura niet nog harder zou groeien.

Het PGB-evaluatieonderzoek van ITS levert materiaal op om nader in te zoomen op de groei en de oorzaken daarvan.

Opvallend is, zoals het ITS evaluatieonderzoek laat zien, dat vooral het aandeel jeugd in de PGB-regeling groeit, namelijk van 16% in 2003 tot 27% in 2006. In 2006 is al 31% van de



nieuwe instromers onder de 18 jaar. Binnen het aandeel jeugd zijn het dan vooral de (ouders van) jongeren met een psychiatrische aandoening die zich meer en meer tot het PGB wenden. Het aandeel jeugd met een psychiatrische grondslag stijgt van 7% in 2003 tot 23% in 2006. Deze budgethouders zijn vooral voor ondersteunende en activerende begeleiding geïndiceerd. Het evaluatieonderzoek maakt tevens duidelijk dat deze groei van het aandeel jeugd al langer gaande is; al vanaf 2003 merkbaar en zich doorzettend in de jaren daarna. We zien tevens de somatische en psychogeriatrische grondslag afnemen en de psychiatrische grondslag toenemen.

Dat het aandeel jeugd met een PGB toeneemt, en dat daarbinnen het aandeel jeugd met een psychiatrische aandoening zich speciaal onderscheidt, is niet de enige verklarende factor van de groei van het PGB. **Die groei doet zich namelijk over de hele linie voor, bij alle grondslagen en functies.** Er is bijvoorbeeld sprake van een toename van de functies ondersteunende- en activerende begeleiding in het PGB. Voor deze functies wordt steeds vaker een PGB aangevraagd. Het evaluatieonderzoek geeft aan dat er de afgelopen drie jaar sprake is van een sterke afname van huishoudelijke verzorging (van 70% in 2003 naar 55% in 2006) en van een sterke toename van ondersteunende begeleiding (van 29% in 2003 naar 54% in 2006). Een andere opmerkelijke ontwikkeling is dat de indicatie voor activerende begeleiding onder instromers sterk stijgt. Kwam dit in 2003 bij 12% van de gevallen voor, in 2006 heeft 25% van de budgethouders een indicatie voor activerende begeleiding.

In een door VWS en het CVZ afgenomen bliksem enquête onder PGB-medewerkers van zorgkantoren zijn als drie verklaringen voor de groei van de budgethouders in 2007 genoemd dat het aantal AWBZ cliënten in het algemeen stijgt, de bureaus jeugdzorg meer indiceren en de functies ondersteunende- en activerende begeleiding groeien. Deze PGB-medewerkers hebben, naast het steeds bekender worden van de PGB-regeling en het feit dat er vernieuwing mee mogelijk wordt, ook nog de volgende mogelijk verklaringen genoemd:

- dat mensen vaker voor een PGB kiezen omdat ze dan mantelzorgers kunnen inhuren als hulpverleners;
- dat door de beperkte contracterruimte en/of doordat het aanbod niet past op de vraag naturazorg-aanbieders hun cliënten in toenemende mate aansporen gebruik te gaan maken van een PGB;

- dat sociale diensten mensen die hun partner verzorgen niet langer vrijstellen van de plicht om te solliciteren en ze naar het PGB verwijzen;
- dat bemiddelingsbureaus zich steeds actiever opstellen om mensen op de mogelijkheden van het PGB te wijzen;
- dat de maatregel om geen verantwoording meer te vragen over de eerste € 2.500,- het PGB aantrekkelijker heeft gemaakt voor mensen die er anders wellicht geen beroep op hadden gedaan.

## **5. Mogelijke maatregelen om de uitgaven te verminderen**

### **5.1 Uitgavenmanagement AWBZ**

Het uitgavenmanagement dat VWS voor de AWBZ voor ogen staat, berust op drie peilers:

1. Een maximum contracteerruimte voor zorgkantoren;
2. Het hanteren van maximumprijzen per zorgvorm;
3. Beperking van de aanspraken;

#### **Contracteerruimte**

De invoering van een maximum contracteerruimte voor de AWBZ en de afzonderlijke sectoren in 2005 heeft aantoonbaar een rem gezet op de volumegroei, zonder dat de wachtlijsten veel langer zijn geworden. Er is ook een PGB-plafond vastgesteld, dat echter voortdurend onder druk blijft staan, zoals nog eens blijkt uit een brief van de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 11 maart 2008. Dit komt doordat aanspraken op zorg in natura of een PGB in principe moeten worden gehonoreerd als zij geïndiceerd zijn.

#### **Maximumprijzen per zorgvorm**

VWS werkt aan de invoering per 1 januari 2009 van een zorgzwaartebekostiging voor de intramurale AWBZ-sector. De systematiek gaat uit van een beperkt aantal (per sector opgesteld) zorgzwaartepakketten. Deze pakketten worden door het CIZ geïndiceerd en door het CTG van een maximumprijs voorzien. Er achtentwintig pakketten voor gehandicapten.

De belangrijkste verandering van dit bekostigingssysteem is dat op termijn het risico van de instellingen drastisch gaat toenemen. Dat gebeurt overigens pas als ook de contracteer-

verplichting voor intramurale zorginstellingen wordt losgelaten en er met integrale tarieven wordt gewerkt waarin de kapitaal-lasten zijn opgenomen. De instellingen krijgen nu nog hoofdzakelijk geld voor de zorgcapaciteit waarover ze beschikken, straks wordt alleen nog het gebruik betaald, dat ervan wordt gemaakt. Door de invoering van de zorgzwaartebekostiging krijgen de instellingen geld voor de zorg voor een cliënt. De hoogte van het bedrag is afhankelijk van de kenmerken van de cliënt en de soort en de hoeveelheid zorg die een cliënt nodig heeft.

Zorgaanbieders ondervinden vanaf 2009 de mogelijke financiële gevolgen van de zorgzwaartepakketten. Dat gaat geleidelijk. Het verschil tussen het oude budget en het nieuwe ZZP-budget wordt in 2008 vastgesteld. Vanaf 2009 wordt dat verschil in één of meerdere jaren op- of afgebouwd.

### **Aanspraken**

Vanaf 1 april 2003 zijn de aanspraken vastgelegd in zeven AWBZ-brede functies in plaats van in de traditionele aanbod-terminen. Dit is vastgelegd in het Besluit zorgaanspraken AWBZ. De zeven functies zijn: behandeling, activerende begeleiding, ondersteunende begeleiding, verpleging, persoonlijke verzorging, huishoudelijke verzorging en verblijf. De aanspraken zijn gekoppeld aan grondslagen. Deze zijn, afhankelijk van de functie: een somatische, psycho-geriatrische, of psychiatrische aandoening, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, gedrags- of psychische problematiek of een psychosociaal probleem.

Iedereen die een beroep wil doen op AWBZ-zorg heeft een indicatie nodig. Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) is de organisatie die deze indicaties vanaf 1 januari 2005 uitvoert. Het CIZ werkt op basis van het Zorgindicatiebesluit, waarin de regels staan waaraan het indicatieorgaan zich moet houden. Bij elke geïndiceerde functie wordt ook een klasse aangegeven. Een klasse staat voor een bepaalde hoeveelheid zorg (met een minimum en een maximum aantal uren).

### **Voorgenomen maatregelen**

De uitgavengroei in de gehandicaptenzorg komt nagenoeg geheel voor rekening van de post 'overig volume'. Daarmee wordt de groei van het volume bedoeld dat niet is toe te schrijven aan de factor demografie. Waardoor wordt de groei wel veroorzaakt? Het SCP Er zijn twee factoren aan het werk,

niet alleen bij de groei van de zorg in natura, maar ook bij de toename van het aantal PGB's:

1. een toenemend gebruik door verstandelijk gehandicapten (vooral kinderen);
2. een verruiming van de groep die als gehandicapt wordt aangemerkt. Het betreft met name de toelating van zwakbegaafden en licht verstandelijk gehandicapte jongeren.

De staatssecretaris schrijft deze toename vooral toe aan de formulering van de bestaande AWBZ-aanspraken. Deze aanspraken zijn volgens haar zo ruim geformuleerd dat hierdoor ook onbedoelde en daarmee ongewenste instroom plaatsvindt. Verder laat zij onderzoek doen naar de oorzaak van de instroom van jongeren met psychiatrische beperkingen via de bureaus jeugdzorg. Afhankelijk van de uitkomst van dit onderzoek treft zij maatregelen, die naar verwachting in de sfeer van de indicatiestelling zullen liggen. Verder overweegt zij de aparte (subsidie)status van het PGB op te heffen, zodat er één financiële ruimte binnen de AWBZ wordt gecreëerd.

## **5.2 Voorstellen voor verbetering**

Het instrumentarium voor het uitgavenmanagement van de AWBZ is volop in ontwikkeling en er zal vooral ervaring mee moeten worden opgedaan. Het heeft geen zin om op voorhand al weer over een koerswijziging te gaan nadenken.

VWS wordt in deze sector geconfronteerd met het probleem dat er sprake is van een grote latente vraag:

- tweederde van de licht verstandelijk gehandicapten ontvangt geen verstandelijk gehandicaptenzorg ;
- tien procent van de mensen met een matige tot ernstige verstandelijke beperking ontvangt geen verstandelijk gehandicaptenzorg;
- van de 240.000 tot 280.000 jeugdigen met gedragsproblemen ontvangen 10.000 verstandelijk gehandicaptenzorg.

Dus op grond van welke problematiek mogen gehandicapten een beroep op de AWBZ doen? Het is een probleem dat deels speelt op het vlak van de aanspraken en deels op dat van de indicatiestelling.

Er is bewust voor gekozen om de aanspraken functioneel, dus ruim, te omschrijven. Als hierdoor ongewenste instroom mo-

gelijk wordt, ligt het voor de hand om de aanspraken waar nodig fijnmaziger te formuleren. Dat is mogelijk met behoud van functionele omschrijvingen. Zoals vermeld ligt dit ook in het voornemen van de staatssecretaris van VWS.

De instroom kan verder worden ingedamd via de indicatiestelling. Ten eerste door alle indicaties voor de AWBZ integraal via het CIZ te laten lopen en dus niet meer via de bureaus jeugdzorg. Ten tweede door de indicatiestelling te koppelen aan de zorgzwaartefinanciering (voorgenomen beleid) en bij de indicatiestelling voor zorgzwaartepakketten te waken voor upgrading. Upgrading kan onder andere worden voorkomen door een zorgvuldige formulering van de zorgzwaartepakketten en door kwaliteitstoezicht op de coderingen.