



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Instrumenten voor gepast zorggebruik

Drs. B.J.C. van de Gevel

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 2013

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
1	Inleiding	9
2	Gepast zorggebruik	11
2.1	Noodzakelijkheid	11
2.2	Effectiviteit	16
2.3	Kosteneffectiviteit	17
2.4	Conclusie	20
3	Centrale instrumenten	22
3.1	Pakketordening	22
3.2	Stringent pakketbeheer	27
3.3	Conclusie	34
4	Decentrale instrumenten	36
4.1	Risicodeling (aanbodzijde)	36
4.2	Eigen betalingen (risicodeling aan de vraagzijde)	42
4.3	Conclusie	46
5	Conclusie	47
	Bijlagen	
1	De lange weg naar de verplichte zorgverzekering	48
2	Bewijzen voor ondoelmatigheid	50
3	Kenmerken verschillende compartimenten	52
	Literatuurlijst	55

Samenvatting

In deze achterstudie worden voor het RVZ-advies *Werkende solidariteit* verschillende instrumenten beoordeeld op de mate waarin zijn gepast zorggebruik bevorderen.

Ondanks dat er geen volledige overeenstemming is over gepast zorggebruik.....

Een gangbare definitie is dat gepaste zorg noodzakelijk, effectief en doelmatig (kosteneffectief) is. Er is geen volledige overeenstemming hoe deze criteria geoperationaliseerd moeten worden. Bij het criterium noodzakelijkheid is het vraag of het hier alleen medisch-inhoudelijke noodzakelijkheid betreft of dat het criterium noodzakelijkheid ook een technisch/politieke dimensie kent. Bij kosteneffectiviteit speelt de vraag of er een monetaire waarde van gezondheid bepaald mag worden, en in hoeverre er op basis hiervan afwegingen gemaakt mogen worden.

..... is het zinvol om op basis hiervan te sturen

Ondanks deze kanttekeningen, en verschillende visies, is het zinvol om op gepast zorggebruik te sturen. Zo is er over een aantal criteria wel maatschappelijke overeenstemming, als werkzaamheid en productie-efficiëntie. Daarnaast is ten aanzien van het criterium noodzakelijkheid politieke besluitvorming mogelijk.

Verskillende instrumenten zijn denkbaar

Verskillende instrumenten kunnen ingezet worden om gepast zorggebruik te stimuleren. Hierbij kan onderscheid gemaakt tussen centrale instrumenten als het pakketordering en stringent pakketbeheer, en decentrale instrumenten als risicodeling via de bekostiging, en risicodeling via eigen betalingen.

Centrale instrumenten: als pakketordering...

Bij het herordenen van het pakket gaat het om vragen, als welke zorg moet collectief verzekerd worden, welke kan voor eigen rekening komen en welke zou onder een voorziening als de WMO ondergebracht kunnen worden. Het nieuwe Kabinet-Rutte II is voornemens om de langdurige GGZ en extramurale verpleging over te hevelen naar de Zvw, en de meer maatschappelijke zorgvragen als persoonlijke verzorging en begeleiding

naar de WMO. De knip die hierdoor ontstaat tussen extramuraal verpleging en persoonlijke verzorging kan tot een onwenselijk schot leiden. Overwogen kan worden om persoonlijke verzorging, voor zover deze samenhangt met verpleging, onder de Zvw onder te brengen. Dit is ook wat de RVZ heeft aanbevolen in het advies Redzaam ouder. Als het voor de solidariteit nodig is om nog verdergaande maatregelen te nemen, zou overwogen kunnen worden om meer variatie in het pakket toe te laten (zie CPB, 2013). Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de meerkosten van innovatieve zorg, die slechts een marginale verbetering betreft ten opzichte van de reeds bestaande alternatieven. Denk bijvoorbeeld aan de Da Vinci Robots. Deze robots zijn met € 1,5 tot 2 miljoen per stuk enorm duur, terwijl er nog onvoldoende is aangetoond dat ze een meerwaarde hebben boven de bestaande alternatieven.

.. en stringent pakketbeheer, maar vraag of dit in praktijk gaat werken..

Wat betreft het lopende pakketbeheer lijkt de voorgenomen inzet op stringent pakketbeheer, waarbij expliciet getoetst wordt op noodzakelijkheid en kosteneffectiviteit, op zich een goede ontwikkeling. Wel zal in de praktijk moeten blijken of hier uiteindelijk voldoende maatschappelijk draagvlak voor is. Eerdere ervaringen met de lage ziektelastbenadering, en pogingen medicijnen uit te sluiten vanwege beperkte kosteneffectiviteit, geven aan dat dit maatschappelijk weerstand kan oproepen. Van stringent pakketbeheer wordt dan ook slechts een bescheiden budgettaire opbrengst verwacht.

Gezien beperkingen centrale instrumenten, is het nodig om op decentraal niveau gepast zorggebruik te bevorderen

Naast centrale instrumenten zijn er daarom ook instrumenten nodig op een lager niveau om gepast zorggebruik af te dwingen. Door verschillen tussen patiënten kan vaak alleen op individueel niveau bepaald worden of zorg gepast is. Tevens hebben decentrale instrumenten het voordeel dat dit partijen de mogelijkheid geeft om efficiënter te werken in plaats van minder zorg te leveren.

Dit kan middels risicodeling via de bekostiging.....

Veelbelovend zijn bekostigingsmodellen waarbij risico van de overheid en verzekeraars overgedragen wordt aan zorgverleners (*capitation*, populatiebekostiging en *shared savings*). Deze modellen zijn geschikt om de kosten te beheersen, maar hebben wel het gevaar dat dit ten koste kan gaan van kwaliteit en toegankelijkheid. Om dit te voorkomen, is het nodig om te investeren in objectieve kwaliteitsinformatie, transparantie en (kosten)effectieve behandelrichtlijnen. Deze informatie hebben verzekeraars, zorgverleners en gemeenten nodig om op verantwoorde wijze risico's te dragen, en te sturen op gezondheid. Ook geeft dit verzekerden en burgers mogelijkheden om direct en indirect partijen ter verantwoording te roepen.

.....en risicodeling via eigen betalingen

Door naast het eigen risico, ook te werken met meer gerichte eigen bijdragen, kan gepast zorggebruik bevorderd worden. Hierdoor zullen meer burgers gedurende heel het jaar een drempelwerking ervaren (tot een bepaald maximum). Het kan hierbij gaan om een vast bedrag per consult of een bepaald percentage van de kosten van geneesmiddelen tot een bepaald maximum. Denk aan de remgelden zoals deze in België gelden. Daarnaast is het een interessante optie om te kijken of deze eigen bijdragen gedifferentieerd kunnen worden op basis van kosteneffectiviteit, en mogelijk op basis van gedrag als therapietrouw, wanneer dit belangrijk is voor de effectiviteit van de interventie.

Leid tot financiële overwegingen in de spreekkamer

Door grotere risico's bij verzekeraars, zorgverleners en verzekerden zullen steeds vaker financiële overwegingen binnen de spreekkamer spelen. Het voordeel hiervan is dat juist op dit niveau in gezamenlijke besluitvorming van arts en patiënt het beste bepaald kan worden wat gepaste zorg is. Het is dan wel belangrijk dat prikkels aan zowel de aanbod- als vraagzijde paparaallel lopen en er transparantie is over welke overwegingen een rol spelen. Dit stelt alle partijen in staat verantwoordelijkheid te nemen voor de houdbaarheid van het stelsel.

1 Inleiding

De uitgaven aan de gezondheidszorg zijn de laatste jaren in Nederland aanzienlijk opgelopen. Inmiddels wordt er in Nederland ongeveer 12% van het Bruto Binnenlands Product (BBP) aan zorg uitgegeven. In 2000 lag dit nog op 8% van het BBP (www.oeso.nl). Deze stijging hoeft geen probleem te zijn als we als maatschappij tevreden zijn met de opbrengsten, maar dit is de vraag. Zo wil het Kabinet-Rutte II momenteel fors ombuigen op de zorg ten opzichte van het basispad (ministerie van AZ, 2012). Er zijn dus grenzen aan wat we aan collectieve zorg willen besteden.

Doel van deze achterstudie is voor het RVZ-advies *Werkende solidariteit* verschillende instrumenten - om grenzen te trekken aan collectieve zorg - te beoordelen op de mate waarin zij gepast zorggebruik weten te bevorderen. Hier ligt de veronderstelling onder dat gepast zorggebruik ook de bereidheid tot solidariteit vergroot. (Voor een onderbouwing van deze veronderstelling zie Ottes, 2013). In deze achtergrondstudie ligt de nadruk op de curatieve zorg, maar zal bij een aantal instrumenten ook ingegaan worden op de langdurige zorg.

Pas sinds 2006 kennen we in Nederland een verplichte Zorgverzekering (Zvw) voor iedereen. Hiervoor was er wel een verplicht ziekenfonds, maar dit gold met name voor Nederlanders met een inkomen beneden een bepaalde loongrens. Daarnaast kennen we al sinds 1968 een verplichte collectieve verzekering voor onverzekerbare risico's (AWBZ) (zie bijlage 1 voor historische context). Er zijn eigenlijk twee redenen voor deze collectieve oplossingen: herverdeling en efficiëntie. Zo is er ten eerste een maatschappelijke consensus dat iedereen gelijke toegang moet hebben tot medische noodzakelijke zorg. Bij een vrijwillige verzekering zullen bepaalde groepen mensen afzien van een verzekering, omdat zij dit niet kunnen of niet willen betalen (zie ook de historische context)¹. Dit zullen relatief vaak mensen zijn met een laag inkomen en/of slechte gezondheid.

¹ Ook zouden mogelijk heel rijke mensen afzien van een verzekering, aangezien zij in staat zijn om deze risico's zelf te dragen.

Om dit te voorkomen is er een verplichte verzekering, waarbij rijk en gezond, netto betaalt voor arm en ongezond. Dit is het herverdelingsargument. Ten tweede werkt “de markt” binnen de zorg niet goed, waardoor een collectieve organisatie tot betere uitkomsten leidt dan een volledig private organisatie. Zo zijn er binnen de zorg een groot aantal marktfalens. Denk bijvoorbeeld aan het verschil in informatie tussen arts en patiënt. Door deze informatie-asymmetrie is het voor patiënten niet mogelijk om een goede afweging te maken tussen prijs en kwaliteit (zie onder meer het klassieke artikel van Arrow uit 1963). Andere marktfalens die spelen binnen de zorgmarkt zijn onder andere. *moral hazard*, *adverse selection*, een “varkenscyclus” en marktmacht. Een collectieve organisatie van zorg kan, gegeven deze marktfalens, de uitkomst verbeteren. Dit is het efficiëntieargument. Deze twee doelen, herverdeling en efficiëntie, zijn niet altijd gelijktijdig na te streven en er zijn afruilen. Hierover later in deze achtergrondstudie meer.

Deze achtergrondstudie is als volgt opgebouwd. Ten eerste wordt de vraag beantwoord wat gepast zorggebruik is (hoofdstuk 2). Daarna worden er op hoofdlijnen een aantal instrumenten beschreven die gepaste zorg bevorderen. Dit is geen volledige overzicht, maar het betreft een selectie van instrumenten die op dit moment bij beleidsmakers in belangstelling staan. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen centrale instrumenten als het herordenen van het stelsel (paragraaf 3.1) en stringent pakketbeheer (paragraaf 3.2), en decentrale instrumenten zoals risicodeling via de bekostiging (paragraaf 4.1) en risicodeling via eigen betalingen (paragraaf 4.2).

2 Gepast zorggebruik

Bij gepast gebruik van collectieve zorg zullen mensen tot meer solidariteit bereid zijn. Andersom zal ongepast gebruik van de collectieve zorg de bereidheid tot solidariteit waarschijnlijk verminderen. Maar wat is nu gepast zorggebruik? Dit is geen eenvoudige vraag. Een gangbare definitie is dat gepaste zorg noodzakelijk, effectief en doelmatig (kosteneffectief) is (Brouwer en Rutten, 2004).

2.1 Noodzakelijkheid

Het eerste uitgangspunt is dat alleen noodzakelijke zorg collectief gefinancierd dient te worden. Deze stelling zal op zich op brede steun kunnen rekenen. Echter hoe noodzakelijkheid vervolgens bepaald wordt is een lastigere vraag. Volgens de commissie-Dunning (commissie Keuzen in de zorg, 1991) ging het om zorg die je nodig is voor ieder lid van de gemeenschap om normaal te kunnen functioneren. Deze brede definitie bleek in de praktijk echter niet bruikbaar om het pakket af te bakken. Volgens Stolk bestaat het criterium noodzakelijkheid inmiddels uit twee dimensies, ziektelast en noodzakelijk te verzekeren zorg (Stolk, 2009). De eerste gaat over de medische noodzakelijkheid. Hier gaat het om de vraag of een zorgvraag betrekking heeft op een ziekte of aandoening, en of deze aandoening voldoende ernstig is om opgenomen te worden in het pakket. De tweede dimensie is meer technisch-politiek van aard en heeft betrekking op de vraag of het vervolgens ook nodig is om zorg collectief te financieren en te organiseren, en of dit het beste vormgegeven kan worden via een verzekering, een voorziening of een andere vorm van solidariteit. De commissie-Dunning zag de afwijking of zorg voor eigen rekening kan komen nog als een apart criterium in plaats van onderdeel van het criterium noodzakelijkheid. Uiteindelijk zullen deze twee dimensies niet los van elkaar gezien kunnen worden. Neem bijvoorbeeld begeleiding, je zou kunnen stellen dat dit geen medisch noodzakelijke zorg is. Toch kan het wel maatschappelijk noodzakelijk zijn dat je voor bepaalde groepen mensen dit collectief financiert, via de WMO.

Eerste dimensie: betreft het een aandoening of beperking, en is deze voldoende ernstig?

Als samenleving vinden we het rechtvaardig als mensen met de grootste noodzaak eerst worden behandeld (Stolk, 2009). Het is echter de vraag hoe we deze dimensie van noodzakelijkheid moeten operationaliseren. Binnen de curatieve zorg gebeurt dit vaak langs de weg van het ziektelastconcept. Waarbij ziektelast wordt berekend volgens de *proportional shortfall* methode. Het gaat hier om de relatieve gezondheid die iemand verliest als gevolg van een aandoening. Het betreft hier dus zowel het verlies als gevolg van morbiditeit als vroegtijdig overlijden.

Ziektelast = aantal verloren QALY's / resterende QALY verwachting in normale gezondheid.

Stolk stipt een aantal kanttekeningen aan ten aanzien van deze *proportional shortfall* methode (zie Stolk, 2009). Het gaat hier om aspecten als leeftijd, preventie, heterogene populaties en dat deze methode niet geschikt is voor de care (zie box). Door deze kanttekeningen kan medische noodzakelijkheid niet volledig op basis van *proportional shortfall* methode bepaald worden, en zal hier rekening mee gehouden moeten worden bij de appraisalfase. Dit is de fase wanneer een advies getoetst wordt op maatschappelijke aspecten.

Box 1: Kanttekeningen *proportional shortfall* methode

Leeftijd. Een potentieel probleem van de ziektelastbenadering is dat het verlies van een QALY een grotere ziektelast veroorzaakt in ouderen dan in jongeren, omdat ouderen nog maar weinig QALY's te gaan hebben. Als voorbeeld: stel dat een jonger persoon van 25 jaar een aandoening krijgt, waardoor van de 55 jaar die deze naar verwachting nog te leven had er 27,5 verloren gaan. De 27,5 levensjaren die deze persoon nog leven heeft vinden in volledige gezondheid plaats. Dit resulteert in een ziektelast van 0,5. Stel dat een ouder persoon van 75 jaar een aandoening krijgt, waardoor deze van de vijf resterende levensjaren er 4 verliest en er 1 gezond levensjaar resteert. Dit zou leiden tot een ziektelast van 0,8. In dit geval zal de oudere die vier jaar verliest prioriteit krijgen boven de jongere die 27,5 jaar verliest. Dit kan onrechtvaardig aanvoelen.

Preventie. Doordat ziektelast wordt afgezet tegen het aantal jaren in gezondheid zal ziektelast lager uitvallen bij preventie dan bij curatieve behandelingen (Stolk, 2009). Ziektelast wordt gemeten vanaf het moment van behandelen, waardoor preventieve behandelingen vaker een lagere ziektelast kennen dan curatieve behandelingen. Volgens het CVZ is dit legitiem, omdat het gevoel van urgentie bij preventieve ingrepen over het algemeen lager is dan bij curatieve ingrepen omdat gezondheidsproblemen zich nog niet voordoen (CVZ, 2012a). Het tweede punt is de vraag voor welke groep je de ziektelast moet berekenen. De groep die preventief behandeld wordt of de groep die daadwerkelijk de aandoening krijgt? Het CVZ kiest ervoor om uit te gaan van de groep die uiteindelijk ook te maken krijgt met de aandoening. Dat er meer mensen behandeld worden, dan die uiteindelijk ook de aandoening krijgen, wordt meegenomen bij kosteneffectiviteit. Stolk merkt terecht op dat deze twee keuzes wel onderbouwd zijn, maar arbitrair. Om een omslag te maken van zz (ziekte en zorg) naar gg (gedrag en gezondheid) zou je er ook aan kunnen denken om bij preventie niet te gaan rekenen vanaf het tijdstip van behandelen, maar vanaf tijdstip dat de aandoening (het eventuele evenement wat je wil voorkomen) zich zou voordoen.

Heterogene populaties. Ziektelast wordt berekend op basis van gemiddelde van populatie. Echter binnen een populatie kan de ziektelast nogal verschillen. Een oplossing kan zijn om de populatie per interventie-indicatie te nemen. Echter ook binnen deze populatie zal de ziektelast verschillen.

Niet geschikt voor de care. Het ziektelastconcept heeft betrekking op gezondheid, in medische zin. Hierdoor is het niet te gebruiken in de care. Daar gelden immers andere doelen dan gezondheid zoals kwaliteit van leven, eigen regie en participatie. Wel zouden ook in de care dergelijke instrumenten een rol kunnen spelen bij het bepalen wat noodzakelijke “zorg” is, echter blijken deze vooralsnog niet voor handen (Stolk, 2009).

Tweede dimensie: moet de zorgvraag collectief gefinancierd worden, en zo ja hoe?

Als we naar de tweede dimensie kijken spelen er meerdere overwegingen een rol. Het gaat hier zowel om technisch, als meer politieke overwegingen.

De eerste technische overweging is of het zinvol is iets te verzekeren. In essentie heeft een verzekering als doel om risico's af te dekken. Doordat mensen over het algemeen risico's niet prettig vinden (risico-avers zijn) ontlenen zij hier nut aan. Aan een verzekering zitten wel kosten verbonden. Te denken valt aan beheerskosten, maar ook aan oneigenlijk gebruik van de verzekering (moral hazard). Doordat mensen verzekerd zijn verandert ook hun gedrag. Vanuit dit oogpunt is een verzekering in eerste instantie bedoeld voor onzekere hoge kosten. Voor zekere hoge kosten is het efficiënter om te sparen, en lage kosten zouden het beste direct voor eigen rekening kunnen komen (zie tabel 2.1). Dit raakt aan het eerder genoemde efficiëntie-argument. In werkelijkheid bevinden zich ook aanspraken in het verzekerde pakket, die vanuit dit oogpunt, idealiter voor eigen rekening zouden kunnen komen.

Tabel 2.1

kosten/kans	zeker	onzeker
Laag	zelf betalen / (bijzondere bijstand)	zelf betalen (bijzondere bijstand)
Hoog	sparen / (voorziening)	verzekering / (voorziening)

De tweede technische overweging zijn de prikkels voor kostenbeheersing en kwaliteit. Verschillende stelsels kennen andere mechanismen om kosteneffectiviteit te bevorderen. Zo zijn het binnen de Zvw risicodragende concurrerende zorgverzekeraars die doelmatige zorg moeten inkopen, bij de AWBZ gaat het om een contracteerimte en zorgzwaartepakketen, terwijl er bij de WMO gewerkt wordt met een verdeelmodel voor gemeenten. Het gaat er dan om in welke stelsel - of noem het compartiment - de zorg het beste ondergebracht

kan worden, zodat dit ook tot de grootste doelmatigheid leidt.

De derde overweging is de samenhang van een zorgvraag met andere domeinen. Vanuit dit oogpunt is het goed om zorgvragen die samenhangen in één hand te leggen om de schottenproblematiek te verminderen. Is er veel samenhang met medische zorg dan kan overwogen worden om de zorgvraag op te nemen in de Zvw (neem extramurale verpleging). Wanneer er samenhang is met beleidsterreinen van de gemeente, kan weer overwogen worden om deze zorgvraag op te nemen in de WMO (denk aan extramurale begeleiding).

De vierde overweging, meer politieke van aard, is of bepaalde zorg voor iedereen toegankelijk moet zijn ongeacht het inkomen. Dit lijkt primair aan te sluiten bij het herverdelingsargument, maar soms zou dit ook vanwege efficiëntie-overwegingen wenselijk zijn. Wanneer dit meer vanuit herverdelingsoverwegingen gebeurt is het de vraag of je dit via een verzekerde aanspraak het beste kan vormgeven of dit beter kan doen via een minder vergaand arrangement als de WMO of de bijzondere bijstand. Veel economen vinden overigens dat je inkomenspolitiek niet via de zorgverzekering moet willen voeren, maar het zuiverder is om dit via de belastingen te doen (Verbon, 2012). Een mogelijke reden om dit wel te doen, is meer paternalistisch van aard. Als je dit niet via de verzekering doet, zullen bepaalde groepen zich mogelijk niet verzekeren en hierdoor onvoldoende zorg consumeren. Dit kan inefficiënt zijn, wanneer mensen goedkopere preventieve zorg niet gebruiken, en vervolgens in een later stadium wel aanspraak maken op duurdere curatieve zorg. Als de ernst groot genoeg is, zal uiteindelijk iedereen geholpen worden.

De uiteindelijke keuze om een zorgvraag al dan niet collectief te financieren, en in welk stelsel, zal waarschijnlijk gemaakt worden op basis van een combinatie van bovenstaande overwegingen.

Gedrag als derde dimensie?

Een overweging die tot nu toe nog ontbreekt is gedrag. Wanneer gedrag een grote invloed heeft op de kans dat schade zich voordoet, zie je dat verzekeringsmaat-

schappijen onder bepaalde gedragingen niet uitkeren. Bijvoorbeeld bij een fietsdiefstal, wordt de schade alleen vergoed als je twee originele sleuteltjes kunt inleveren, of bij een autoverzekering geen vergoeding als de chauffeur dronken achter het stuur heeft gezeten. Het wordt steeds vaker duidelijk dat gedrag een belangrijke invloed heeft op de prevalentie van ziekten. Daarnaast heeft gedrag invloed op het feitelijk gebruik van burgers. Dit roept de vraag op of uiteindelijk ook gedrag een overweging zou moeten worden bij het bepalen van noodzakelijke zorg. Hier zal nog wel een ethische discussie aan vooraf moeten gaan over de wenselijkheid hiervan. Zie voor een goed overzicht van de verschillende argumenten, het CEG-signalement Leefstijldifferentiatie in de zorgverzekering: een overzicht van ethische argumenten (CEG, 2013). Tot vooralsnog is de RVZ van mening geweest, dat gedrag geen rol mag spelen bij afbakening van het pakket, behalve als dit gedrag belangrijk is voor de effectiviteit van zorg (RVZ, 2006).

2.2 Effectiviteit

Waarschijnlijk het minst omstreden criterium is effectiviteit. Onder effectiviteit verstaan we de werkzaamheid van een interventie. Er zal voldoende draagvlak zijn om de collectieve zorg te beperken tot alleen werkzame interventies. Echter is werkzaamheid niet altijd makkelijk vast te stellen en kan op individueel niveau nogal verschillen.

Daarnaast is het de vraag of je interventies die slechts marginale gezondheidseffecten hebben vergoed wil hebben. Zo zou overwogen kunnen worden om dit niet als gepaste zorg die onder het collectief valt te zien. Deze interventies zullen overigens waarschijnlijk ook buiten de boot vallen, wanneer zij getoetst worden op het criterium kosteneffectiviteit.

Door experts wordt de opkomst van *personalized medicine* voorspeld (Duchateau en Vink, 2011). *Personalized medicine* houdt in dat er basis van genetische informatie op individueel niveau bepaald kan worden welke behandeling effectief is. Dit heeft mogelijk de belofte dat er minder ineffectieve zorg geleverd wordt, en zo de

kosten gedrukt worden. Aan de andere kan het er ook toe leiden dat er meer mogelijk, en via deze weg juist tot hogere kosten kan leiden.

2.3 Kosteneffectiviteit

Meer discussie is over de rol van kosteneffectiviteit bij begrenzing van de collectieve zorg. Kosteneffectiviteit wordt ook wel doelmatigheid genoemd. Bij kosteneffectiviteit gaat het niet alleen of een bepaalde interventie werkt, maar ook of de baten van deze interventie ook opwegen tegen de kosten. Kosteneffectiviteit kent verschillende dimensies, waarbij het belangrijk is om deze van elkaar te onderscheiden. Het gaat hier enerzijds om het onderscheid tussen productie-efficiëntie en allocatieve-efficiëntie, en anderzijds om het verschil tussen statische- en dynamische-efficiëntie.

Productie- versus allocatieve-efficiëntie

Onder productie-efficiëntie wordt verstaan dat er, gegeven een bepaalde input, de maximale output wordt geproduceerd. Denk bij die input bijvoorbeeld aan kapitaal en arbeid. Oplossingen om meer ICT te gebruiken, zorgprocessen te optimaliseren, onnodige managementlagen weg te snijden, taakherschikking en bureaucratie verminderen zijn voorbeelden van maatregelen om de productie-efficiëntie te vergroten. Onder allocatieve-efficiëntie wordt daarentegen verstaan dat alleen die zorg geleverd wordt, die maatschappelijk ook het meest gewenst is. Stel dat er bij elke Nederlander de amandelen geknipt worden. Dit kan heel efficiënt gebeuren, maar het is de vraag of dit nodig is en of deze collectieve middelen niet elders beter ingezet kunnen worden. Dit maakt allocatieve efficiëntie meer omstreven. Je zult immers de toegevoegde waarde van verschillende interventies moeten vergelijken en deze tegen elkaar afwegen (bijvoorbeeld op basis van kosten per QALY's). Het is goed om op te merken dat het bij allocatieve efficiëntie zowel gaat om zorg die geen toegevoegde waarde heeft (dit valt onder het criteria effectiviteit) als zorg die wel werkt, maar waar je af kunt vragen of de baten de kosten overtreffen. De consensus is dat er in het systeem nog ruimte is voor zowel productie-efficiëntie als allocatieve-efficiëntie (zie bijlage 2).

Er zijn verschillende visies op hoe kosteneffectiviteit een rol moet spelen. De eerste is dat er binnen de zorg gestuurd kan worden op zowel productie- en allocatieve efficiëntie. De schaarse middelen moeten zo ingezet worden zodat ze ook tot de grootste maatschappelijke opbrengst leiden (gezondheidswinst). Daar waar deze leiden tot de meeste kosteneffectiviteit in QALY's. Een belangrijk argument voor het uitdrukken van gezondheid in monetaire termen (Brouwer en Rutten, 2011) is dat er nu eenmaal schaarste in de zorg is, en het dus onvermijdelijk is om keuzes te maken. Meer doen voor de ene patiënt betekent immers minder doen voor de andere patiënt. Deze andere patiënt krijgt nu geen expliciete aandacht, maar de overheid moet ook het belang van deze patiënten in het oog houden.

De tweede visie is dat allocatieve efficiëntie geen rol mag spelen bij de inzet van schaarse middelen. Volgens deze visie moet gestuurd worden op andere criteria, zoals, *first-in-first served* of de ernst van de aandoening. Een argument kan zijn dat het niet mogelijk is om het nut in gezondheidswinst van de ene patiënt met die van een andere patiënt te vergelijken.

Naast deze twee visies zou er ook nog onderscheid gemaakt kunnen worden tussen het verschil van niveau waarop beslissingen genomen worden. Is er alleen legitimiteit om op centraal niveau te beslissen of zou juist de arts bij individuele gevallen moeten beslissen (zie tabel 2.2).

Tabel 2.2

Legitimiteit /allocatieve efficiëntie mag een rol spelen	<i>ja</i>	<i>nee</i>
<i>centraal</i>	Kosten per QALY criteria pakketbeheer	Kosten per QALY geen onderdeel pakketbeheer
<i>decentraal</i>	Prioriteit op basis kosteneffectiviteit	Geen prioriteit op basis van kosteneffectiviteit

Statische versus dynamische efficiëntie

Daarnaast zou je ook nog onderscheid kunnen maken tussen statische-efficiëntie en dynamische-efficiëntie. Wanneer je alleen kosteneffectieve interventies in het pakket opneemt, is er sprake van statische-efficiëntie. Echter vanuit het oogpunt van dynamische-efficiëntie kan het verstandig zijn om ook innovatieve onbewezen interventies in het pakket op te nemen. Deze kunnen op termijn efficiënter blijken dan oudere methoden. Dit zelfde geldt voor innovaties die slechts leiden tot marginale gezondheidswinst, maar waarbij gradueel verschillende innovaties gezamenlijk weer leiden tot grote doorbraken (bijvoorbeeld in de oncologie). Ten slotte kan het ook zo zijn dat kosten in de loop der tijd dalen, waardoor interventies ook kosteneffectiever worden. Het verschil in statische en dynamische efficiëntie is relevant bij bijvoorbeeld het voorwaardelijk toelaten van medicijnen.

2.4 Conclusie

Er is geen volledige overeenstemming wat er nu precies onder gepast zorggebruik wordt verstaan. Een gangbare definitie is dat gepaste zorg noodzakelijk, effectief en doelmatig (kosteneffectief) is. Het operationaliseren van deze criteria leidt echter al snel tot vragen. Bij het criterium noodzakelijkheid is het de vraag of het hier alleen medisch-inhoudelijke noodzakelijkheid betreft of dat het criterium noodzakelijkheid ook een technisch/politieke dimensie kent. Bij effectiviteit zou je kunnen afvragen of een interventie niet alleen moet werken, maar ook een minimale werkzaamheid zou moeten hebben in gezondheidswinst. Ten slotte speelt bij kosteneffectiviteit vooral de vraag of er een monetaire waarde van gezondheid bepaald mag worden en in hoeverre er op kosteneffectiviteit gestuurd mag worden.

Ondanks deze kanttekeningen, en verschillende visies, is het zinvol om op gepast zorggebruik te sturen. Zo is er over een aantal criteria wel maatschappelijke overeenstemming, als werkzaamheid en productievefficiëntie, en lijkt er bij andere criteria, als noodzakelijkheid en allocatieve-efficiëntie, politieke besluitvorming mogelijk. Vervolgens is er een reeks aan instru-

menten denkbaar om gepast zorggebruik te bevorderen, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen centrale (hoofdstuk 3), pakketordening en pakketbeheer(hoofdstuk 3), en decentrale instrumenten (hoofdstuk 4), risicodeling aan de aanbod- en vraagzijde.

3 Centrale instrumenten

3.1 Pakketordening

Nu we een beeld hebben van gepaste zorg, en de vragen die hierbij spelen, is het interessant om instrumenten te bespreken waarmee gepoogd wordt dit te stimuleren. In dit hoofdstuk komen centrale instrumenten aan bod, die ingrijpen op het pakket, terwijl bij het volgende hoofdstuk decentrale instrumenten besproken worden. In deze achtergrondstudie wordt onderscheid gemaakt tussen twee vormen van ingrijpen in het pakket. De eerste vorm is het herordenen van verschillende zorgvragen over de verschillende “compartimenten” van het stelsel. Dit gebeurt vaak bij de formatie van het kabinet en het opstellen van het regeerakkoord. In de onderstaande tabel 3.1 is nog eens op hoofdlijnen een aantal kenmerken van de verschillende compartimenten op een rij gezet (in bijlage 3 wordt de tabel toegelicht). Vervolgens worden de maatregelen besproken vanuit het regeerakkoord Rutte II en ten slotte wordt gezien of er, gezien deze vergaande pakketverschuivingen, nog meer manieren denkbaar zijn om het stelsel te herordenen met als doel gepast gebruik te bevorderen.

Tabel 3.1: Kenmerken verschillende compartimenten

	Compartiment	Rechten	Uitvoering	Herverdeling	Medisch/maatschappelijk
	Eigen rekening/AV	geen of een verzekerd recht	concurrerende risicodragende zorgverzekeraars en consumenten	geen	medisch en maatschappelijk
2.	Zvw	verzekerde aanspraken	concurrerende risicodragende zorgverzekeraars	inkomensen risicosolidariteit	medisch
3.	AWBZ	verzekerde aanspraken	zorgkantoren, contracteer ruimte en zorgzwaartepakketen	inkomensen risicosolidariteit	medisch en maatschappelijk
4.	WMO	compensatierecht	gemeenten	inkomensen risicosolidariteit	maatschappelijk

Onderstaand een overzicht hoe verschillende zorgvragen nu verdeeld zijn over de verschillende compartimenten.

Figuur 3.1

Zvw	AV	AWBZ	WMO
<ul style="list-style-type: none"> • Medisch specialistische zorg • Huisartsenzorg • Verloskunde Kraamzorg • Tandarts /fysiotherapie • Farmaceutische hulp • Hulpmiddelen • Revalidatiezorg • GGZ 	<ul style="list-style-type: none"> • Fysiotherapie en oefentherapie • Tandarts • Geboorte en kraamzorg • Alternatieve geneesmiddelen 	<ul style="list-style-type: none"> • langdurige GGZ • Intramurale gehandicaptenzorg • Intramurale ouderenzorg • Extramurale verpleging en zorg • Begeleiding 	<ul style="list-style-type: none"> • Huishoudelijke hulp

Maatregelen Regeerakkoord VVD – PvdA (Rutte II)

In het nieuwe regeerakkoord van VVD – PvdA (ministerie van AZ, 2012) worden flinke ordeningsmaatregelen genomen. Je zou kunnen stellen dat we als maatschappij anders zijn gaan denken over het criterium noodzakelijke zorg. Een overzicht van de belangrijkste maatregelen:

- *Minder formele solidariteit wat betreft “lichtere” maatschappelijke zorgvragen.* Bij een aantal met name lichtere maatschappelijke zorgvragen wordt behoorlijk gekort op het budget. Dit geldt voor de huishoudelijke hulp, de persoonlijke verzorging en begeleiding. Daarnaast wordt hier afgestapt van het verzekerenrecht en worden deze vormgegeven via een voorziening.
- *Meer inkomenssolidariteit bij maatschappelijke zorgvragen.* De overheveling van begeleiding en persoonlijke verzorging naar de WMO, en het korten van het budget voor huishoudelijke hulp met 75%, leidt er daarnaast toe dat de formele solidariteit meer gericht zal zijn op degenen die het het hardste nodig hebben. Dit betekent dat er netto meer inkomensoverdrachten zullen plaatsvinden van rijk naar arm. Wat betreft risicosolidariteit is het effect minder makkelijk te bepalen. Enerzijds zullen er minder overdrachten zijn van niet-hulpbehoevend

naar hulpbehoevend. Anderzijds zal er wel een grotere risicosolidariteit zijn binnen de groep die hulpbehoevend is, de zorg wordt gericht op mensen die het hardste nodig hebben.

- *Landelijke invoering intramurale AWBZ.* Voor de intramurale ouderenzorg en gehandicaptenzorg (ZZP 5 en hoger) komt er een landelijke voorziening. Een overweging die hier rol gespeeld heeft is dat deze zorg moeilijk risicodragend over te hevelen is naar de Zvw. Dit vraagt namelijk veel van het ex-ante risicovereveningssysteem. Een verevening op indicatiestelling zou overwogen kunnen worden, maar kent als nadeel dat partijen geen prikkel hebben om te voorkomen dat cliënten in zwaardere indicatiestelling komen, en dit zelfs tot opwaartse druk kan leiden op de indicatiestelling (Besseling, Elsenburg en Van Ewijk, 2011). Het nieuwe kabinet lijkt daarom voorsnog vast te willen houden aan centrale sturing: een contracteerruimte, regionale budgetplafonds en tariefstelling. Bij deze keuze lijkt de overweging tot kostenbeheersing en borging van kwaliteit een grote rol gespeeld te hebben.
- *Overheveling van langdurige GGZ en extramurale verpleging naar de Zvw.* Zowel de volledige GGZ als de extramurale verpleging wordt hierdoor uitgevoerd door zorgverzekeraars. Verzekeraars worden uiteindelijk in 2017 hier volledig risicodragend voor. Belangrijkste reden voor deze overheveling is waarschijnlijk de samenhang met de kortdurende GGZ en de eerstelijnszorg. De extramurale verpleging komt onder hetzelfde systeem van populatiebesteding als waar de huisarts onder gaat vallen. De samenhang tussen de huisartsenzorg en extramurale verpleging wordt versterkt.

In figuur 3.2 is te zien hoe het pakket er op hoofdlijnen uit gaat zien na uitvoering van het regeerakkoord VVD – PvdA.

Figuur 3.2

Zvw	AV/ER	Landelijke voorziening	WMO
<ul style="list-style-type: none"> • Medisch specialistische zorg • Huisartsenzorg • Verloskunde Kraamzorg • Tandarts /fysiotherapie • Farmaceutische hulp • Hulpmiddelen • Revalidatiezorg • GGZ • Extramurale verpleging 	<ul style="list-style-type: none"> • Fysiotherapie en oefentherapie • Tandarts • Geboorte en kraamzorg • Alternatieve geneesmiddelen • Restitutiepolis • huishoudelijke hulp 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwaardere intramurale gehandicaptenzorg (vanaf ZP 5) • Zwaardere intramurale ouderenzorg (vanaf ZP 5) 	<ul style="list-style-type: none"> • Extramurale zorg • Begeleiding • maatwerk huishoudelijke hulp

Verdergaande pakketingrepen

Gesteld kan worden dat met bovenstaande maatregelen het pakket stevig op de schop gaat. Zijn er nog andere keuzes denkbaar?

Ten eerste kan overwogen worden om “zwaardere” persoonlijke verzorging naar de Zorgverzekeringswet overhevelen. Een nadeel van het overhevelen van persoonlijke verzorging naar gemeenten is dat er zo een knip komt tussen verpleging en verzorging, terwijl deze zorgvragen vaak integraal geleverd worden. Bijvoorbeeld een oudere wordt gewassen en tevens vindt er wondverzorging plaats. Een optie is daarom om alleen persoonlijke verzorging over te hevelen naar de gemeenten voor zover deze niet samenhangt met medisch-inhoudelijke behandeling. Wanneer deze wel hiermee samenhangt, zou deze naar de Zvw overgeheveld kunnen worden. Dit sluit aan bij wat de RVZ heeft aanbevolen in het advies Redzaam ouder (RVZ, 2012).

Ook zou gedacht kunnen worden om nieuwe technologische innovaties, die nog niet bewezen zijn of slechts marginaal effect hebben, boven het bestaande aanbod nog niet op te nemen in de Zvw, maar de meerkosten voor ER/AV te laten komen. Een groot deel van de collectieve uitgaven gaat naar medisch-specialistische

zorg. Het betreft hier jaarlijks zo'n € 20 miljard. De belangrijkste drijfveer voor deze groei van medisch-specialistische zorg is technologische innovatie. Dit is hierdoor ook een van de grootste uitdagingen voor de solidariteit. De meerwaarde van veel van deze innovaties is overigens te betwijfelen. Zo stellen bijvoorbeeld Donald Light and Joel Lexchin: *The real innovation crisis stems from current incentives that reward companies for developing large numbers of new drugs with few clinical advantages over existing ones* (Rutten, 2012). De vraag is dan ook of al de innovaties ook onderdeel moeten zijn van het collectieve pakket. In normale markten heb je een beperkte groep consumenten die nieuwe technologieën gebruiken: de zogenaamde early adapters. Deze zijn bereid veel te betalen voor nieuwe producten. Binnen de zorg is dit prijsmechanisme uitgeschakeld, waardoor mogelijk meer mensen gebruik maken van de nieuwste technologieën. Denk bijvoorbeeld aan de Da Vinci Robots. Deze robots zijn met € 1,5 tot 2 miljoen per stuk enorm duur, terwijl er nog onvoldoende is aangetoond dat ze een meerwaarde hebben boven de bestaande alternatieven.

Ook het CPB (CPB, 2013) geeft in zijn studie “De prijs van gelijke zorg” de aanbeveling om meer variatie in het pakket toe te laten. De beredenering die zij volgen is dat armere mensen een steeds groter deel van hun inkomen aan zorg zullen besteden. Bij rijkere is dit relatief minder het geval. Het is vervolgens de vraag of arme mensen deze relatief sterke stijging ook zelf zouden wensen, of dat zij als ze de keuze zouden hebben, liever voor een minder uitgebreid pakket gaan. Voor rijken zijn juist de mogelijkheden om voor een uitgebreider pakket te gaan beperkt. Kortom de keuzevrijheid is beperkt. Zorg zou je deels kunnen typeren als primaire levensbehoefte, maar deels ook als een luxe goed. Mensen zullen, naarmate er meer mogelijkheden zijn en ze meer inkomen hebben, ook bereid zijn om steeds meer hieraan uit te geven.

3.2 Stringent pakketbeheer

Naast de meer fundamentele stelselkeuzes, die aan het begin van een kabinetsperiode worden gemaakt zou je ook kunnen spreken van een lopend pakketbeheer,

waarbij de minister jaarlijks besluit welke zorg er in het pakket moet in- en uitstromen. Over dit pakketbeheer zijn de nodige adviezen geweest. In dit hoofdstuk wordt kort ingegaan op het advies Zinnige en duurzame zorg (RVZ, 2006). Daarna wordt ingegaan op het stringent pakketbeheer dat kabinet wil invoeren. Vervolgens wordt in gegaan hoe verschillende criteria een rol zouden kunnen spelen. Tot slot wordt bezien hoe pakketbeheer kan omgaan met heterogeniteit binnen de populatie.

Zinnig en duurzame zorg

De RVZ heeft in 2006 het advies Zinnige en duurzame zorg uitgebracht, dit gaat over pakketbeheer (RVZ, 2006). In dit advies wordt gesteld dat de collectief gefinancierde zorg tegen grenzen aan loopt, waardoor pakketbeslissingen onontkoombaar zijn. Om deze beslissingen transparant te nemen wordt voorgesteld pakketbeheer vorm te geven via twee stappen. De eerste stap is de *assessment* fase. In deze fase worden alle kwantificeerbare criteria als ziektelast (als operationalisering van noodzakelijkheid) en kosteneffectiviteit in kaart gebracht en wordt er op basis hiervan een principebesluit genomen. Hiervoor is wel nodig dat de politiek grenzen stelt. Om de discussie te starten heeft de RVZ toen geopperd een grens van € 80.000,00 per QALY bij de zwaarste ziekte. Bij lagere ziektelast zou ook een lagere grens gelden. Vervolgens zou er nog een apraïssalfase moeten volgen, waarbij het resultaat van assessmentfase maatschappelijk getoetst wordt. In het vervolgadvisie Rechvaardige en duurzame zorg ging de Raad in op wat rechtmatigheid in houdt (RVZ, 2007). Hier geeft de Raad aan dat leeftijd, geslacht, etnische afkomst, seksuele geaardheid en sociaaleconomische status in principe geen rol mogen spelen. Ook mag geen zorg worden onthouden wanneer gedrag hier oorzaak van is, behalve wanneer uit onderzoek blijkt dat dit ten koste gaat van de effectiviteit van de zorg.

Stringent pakketbeheer

Je zou kunnen stellen, dat de lijn van het advies Zinnige en duurzame zorg - dat er meer gestuurd moet worden op noodzakelijkheid en kosteneffectiviteit - zijn neerslag heeft gevonden in het stringent pakketbeheer, dat het kabinet gaat invoeren (ministerie van AZ, 2012). Deze maatregel levert volgens het CPB een structureel

bescheiden € 0.2 miljard op. Dit pakketbeheer houdt in (ministerie van AZ, 2012):

- Noodzakelijkheid (medisch-inhoudelijk en budgettair) wordt een apart voorliggend (en daardoor op zichzelf doorslaggevend) criterium. Uitzondering wordt gemaakt voor ketenzorg, zoals de huisarts. Daarnaast wordt als criterium relatieve kosteneffectiviteit wettelijk verankerd. Dit laatste betekent dus dat het kabinet er voor kiest om allocatieve efficiëntie op centraal niveau een rol te laten spelen.
- Bij de voorwaardelijke toelating van nieuwe interventies wordt gewerkt met een zogenaamde sunset-clausule. Deze clausule houdt in dat bij nieuwe interventies voor de periode van 4 jaar kosteneffectiviteit in beeld wordt gebracht. Afhankelijk van de kosteneffectiviteit en budgettaire ruimte zal expliciet door de minister van VWS besloten worden of een interventie daadwerkelijk toegelaten wordt.
- In- en uitstroombeleid krijgt meer nadruk. Het CVZ voert elk jaar een taakstellende heroverweging uit, waarbij pakketmaatregelen in kaart worden gebracht met een bepaalde opbrengst. Ook zal er een betere ex-ante toetsing plaats moeten vinden op instroom. Hiervoor wordt de capaciteit van het CVZ uitgebreid.

In de praktijk zal moeten blijken hoe dit gaat werken. Eerdere ervaringen met (1) de lage ziektelastbenadering, en (2) pogingen om medicijnen uit te sluiten vanwege beperkte kosteneffectiviteit, geven aan dat dit maatschappelijk weerstand kan oproepen en uiteindelijk weinig praktische consequenties heeft. Ook kent centraal pakketbeheer zijn beperkingen. Zo kan via pakketbeheer wel gepoogd worden om alleen gepaste zorg onderdeel te laten zijn van het verzekerde pakket, maar via dit instrument is niet af te dwingen dat deze zorg vervolgens ook gepast gebruikt wordt. Doordat we te maken hebben met een heterogene populatie kan slechts op het niveau van de individuele patiënt bepaald worden of zorggebruik gepast is.

Pakketbeperking lage ziektelast

Zo had het vorige Kabinet-Rutte I besloten om behandelingen met relatief lage ziektelast uit het pakket te

halen en voor eigen rekening te laten komen. Invulling van deze maatregel is er uiteindelijk door de val dit kabinet niet meer gekomen. Volgens het CVZ was deze besparing overigens niet mogelijk via de principes van het pakketbeheer. Dit zou hebben betekend dat behandelingen met een relatief hoge ziektelast niet meer vergoed zouden worden. In de praktische uitwerking doen zich namelijk verschillende problemen voor (CVZ, 2012a):

- Er is geen onomstreden methode voor het meten van ziektelast. Nu wordt deze berekend op basis van *proportional shortfall*, zoals eerder besproken kent deze methode een aantal tekortkomingen.
- Het bekostigingsmodel kan voor verkeerde prikkels zorgen. Zo bestaat er het risico voor upcoding, wanneer aandoeningen met lage ziektelast niet meer vergoed wordt.
- De Zorgverzekeringswet is niet gericht op aandoeningen, maar interventies.

Voor het invullen van de pakketmaatregel van € 1,3 miljard heeft het CPB uiteindelijk voor het doorberekenen van de verkiezingsprogramma's een tentatieve invulling gekozen (zie figuur 3.3). Mogelijke pakketingrepen liggen vooral op het terrein van hulpmiddelen, fysiotherapie, paramedische hulpverlening, logopedie, geneesmiddelen, psychische stoornissen en vervoer. Binnen de politiek programma's wilden beide coalitiepartijen deze ingrepen deels terugdraaien (CPB, 2012b). Bij de VVD ging het om de behandeling tegen verslavingen en stoornissen in het pakket te houden. Terwijl de PvdA nog een groter aantal pakketmaatregelen uit het regeerakkoord wilde terugdraaien. Het ging daarbij om: pakketbeperking van hulpmiddelen, logopedie, zittend ziekenvervoer, specialistische tandheelkundige zorg en de behandeling van depressies en angststoornis. In het regeerakkoord wordt deze maatregel niet teruggedraaid, en dus zal deze € 1,3 miljard nog ingevuld. In de gezamenlijke agenda wordt al gewaarschuwd dat de maatregelen ingrijpender (moeten) zijn dan enkel het terugdringen van onnodige medicalisering (Ministerie van VWS, 2013). In het voorjaar van 2013 zal een brief hierover naar de Tweede Kamer gaan.

Figuur 3.3 Tentatieve invulling CPB (bedragen in miljard)

Tentatieve invulling maatregel Pakketbeperking Lage Ziektelast in het basispad:	
Fysiotherapie bij niet chronische ziekte uit het pakket	0,065
Paramedische hulp uit het pakket	0,138
Logopedie conform fysiotherapie, eerste 20 behandelingen zelf betalen	0,058
Terugdraaien intensiveringen preventie begrotingsakkoord	0,064
Pakketmaatregel geneesmiddelen	0,100
Pakketmaatregel hulpmiddelen	0,100
Stringenter instroombeleid geneesmiddelen	0,150
Behandeling alcoholstoornis uit pakket	0,046
Verzekerd basispakket GGZ verkleinen	0,063
Behandeling depressie uit het pakket	0,106
Behandeling angststoornis uit het pakket	0,094
Overige verslavingszorg uit het pakket	0,048
Specialistische tandheelkundige zorg uit pakket	0,080
Zittend vervoer uit het pakket	0,120
Niet nader gespecificeerd	0,068
Totaal	1,300

Bron: CPB, 2012a.

Kosteneffectiviteit binnen het pakketbeheer

Tot vooralsnog speelde in Nederland kosteneffectiviteit alleen een rol bij medicijnen en screening. Bij de overige zorg geldt dat deze moet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Wat een term is voor effectiviteit (Rutten, 2012). Echter lijkt de kabinet met het verankeren van (relatieve) kosteneffectiviteit bij meer zorg deze weg op te gaan. Het is hierbij nog de vraag hoe dit in de praktijk gaat uitwerken. Aangezien de casus van de medicijnen voor Pompe en Fabry heeft laten zien dat hier verschillend over gedacht wordt, vooral waar het gaat om medicijnen voor zeldzame ziekten (Zie box). Kortom het zal moeten blijken of kosteneffectiviteit op macroniveau een wezenlijke rol kan spelen of dat hier het maatschappelijke draagvlak te beperkt voor is.

Box 2: Pompe en Fabry

Onlangs deed zich de casus voor van de geneesmiddelen voor de ziekte van Pompe en Fabry. In een uitgelekt rapport bleek dat het CVZ voornemens was om te adviseren deze ziekten niet meer te vergoeden vanwege de kosten. De behandeling van Pompe zou tussen de € 400.000,00 en € 700.000,00 kost op jaarbasis, en die van Fabry € 200.000,00. Wat betreft QALY zouden beiden interventie als kostenineffectief gezien kunnen worden. De medicijnen voor Fabry-patiënten kosten € 3,3 miljoen per QALY en voor de ziekte van Pompe € 15 miljoen. Ver boven de € 80.000 grens. Vanuit politiek en maatschappij werd kritisch gereageerd. Zo twitterde Geert Wilders meteen: "Zieke mensen hebben recht op medicatie, ook wanneer deze veel geld kosten!". Ook Renske Leiten van de SP reageerde negatief: "Mensen die aan een zeldzame ziekte lijden en daardoor dure medicijnen benodigd zijn moeten toegang hebben en hebben ook recht op de solidariteit binnen de basisverzekering. Je kiest immers niet voor een zeldzame ziekte." Ook de zorgverzekeraars waren kritisch: "ZN verwelkomt de brede maatschappelijke discussie over de kosten van de zorg, maar de dure weesgeneesmiddelen voor kleine groepen patiënten die lijden aan zeer zeldzame ziekten, vormen daarvoor naar het oordeel van ZN geen goed vertrekpunt". De minister wil dat eerst onderzocht wordt of de medicijnen een meerwaarde hebben, zo stelt ze "Als uit onderzoek blijkt dat die medicijnen niets doen en alleen bijwerkingen hebben, gaan wij daar geen zeven ton voor betalen". Wat deze casus in elk geval laat zien is dat bij zeldzame aandoeningen beoordeling op kosteneffectiviteit gevoelig ligt. In dit geval lijkt het meer te gaan om effectiviteit. Het wordt interessant als zich een casus voordoet van een medicijn voor een veel voorkomende ziekte.

Technologische innovatie

Binnen het stringent pakketbeheer zal bij toelating van technologische innovaties dus nadrukkelijker gekeken worden naar de kosteneffectiviteit van deze interventies. Dit kan er in elk geval voor zorgen dat medicijnen door een slecht marginaal effect minder snel tot het pakket toegelaten zullen worden. Daarnaast zal de overheid zich nadrukkelijker inzetten om prijs/volume afspraken te maken met fabrikanten over *spécialité* geneesmiddelen. Een voorbeeld is de onlangs overeengekomen pay-for-performance regeling voor het middel omalizumab (Xolair).

Er is gekozen voor een voorwaardelijke toelating tot een pakket. Het nadeel hiervan is dat mogelijk moeilijk is om interventie wanneer zij eenmaal in het pakket zitten, om alsnog te besluiten ze niet op te nemen. De

sunsetclausule vermindert dit probleem, maar laat het niet verdwijnen. Een alternatief zou kunnen zijn om nieuwe interventies niet tot het pakket toe te laten, maar via een subsidie buiten het pakket om te financieren. Een bijkomend voordeel hiervan zou kunnen zijn dat de kosteneffectiviteit zo ook beter bepaald kan worden middels een gerandomiseerd experiment.

Gepaste zorg vaak slechts op individueel niveau vast te leggen

Bij centraal pakketbeheer gaat het er om of zorg noodzakelijk, effectief en kosteneffectief is. We hebben echter te maken met een heterogene populatie, waardoor deze aspecten nogal verschillen over de populatie. Neem bijvoorbeeld ziektebelasting. Deze kan afhankelijk zijn van de combinatie met andere aandoeningen. Bijvoorbeeld een kalknagel is normaal lage ziektebelasting, maar kan tot hoge ziektebelasting leiden i.c.m. diabetes. Dit geldt ook voor kosteneffectiviteit. Denk bijvoorbeeld aan het gebruik van CT-scans en MRI's (Skinner en Chandra, 2011). Deze worden bij steeds meer aandoeningen gebruikt. Ook daar waar deze slechts een marginale effectiviteit hebben. Tot slot zal ook de mate waarin kosten voor eigen rekening kunnen komen per individu verschillen. De mate waarin je hier rekening mee wilt houden zal politiek verschillen.

Om dit tegen te gaan, kan gedacht worden om pakketbeheer op een niveau lager vorm te geven via indicatie-interventiecombinaties. Dit lijkt wenselijk, maar hier zitten grenzen aan. Zo geeft het CVZ aan dat het niet mogelijk en verstandig is om alle mogelijk indicatie-interventiecombinaties te beoordelen (CVZ, 2012b). Dit zou volgens het CVZ de gezondheidsuitkomsten kunnen verminderen, de kosten kunnen opdrijven en tot bureaucratiesering kunnen leiden. Wel is het CVZ voor een risicogerichte benadering, waarbij op basis van signalen als praktijkvariatie besloten kan worden bepaalde indicatie-interventiecombinaties uit te sluiten.

Een ander nadeel van ombuigingen via pakketbeheer is dat op zich niet leidt tot meer productieve efficiëntie. Als een interventie in het collectieve pakket opgenomen is betekent dit nog niet dat deze efficiënt geleverd wordt. Dit kan bereikt worden met andere instrumenten, zoals de bekostiging.

3.3 Conclusie

In dit hoofdstuk is beoordeeld hoe centrale instrumenten ingezet kunnen worden om gepaste zorg te bevorderen. Een heel belangrijk instrument in dit kader is het herordenen van het pakket. Welke zorgvragen moeten collectief verzekerd worden, welke kunnen voor eigen rekening komen en welke zouden onder een voorziening als de WMO ondergebracht kunnen worden? Het nieuwe Kabinet-Rutte II is voornemens een flinke herordering van het stelsel door te voeren. Over de linie lijkt het logisch om de langdurige GGZ en extramurale verpleging naar de Zvw over te hevelen, en de meer maatschappelijke zorgvragen als persoonlijke verzorging en begeleiding naar de WMO. Wel kan de knip tussen extramurale verpleging en persoonlijke verzorging tot een onwenselijk schot leiden. Overwogen zou daarom kunnen worden om persoonlijke verzorging voor zover deze samenhangt met verpleging onder de Zvw onder te brengen. Als het voor de solidariteit nodig is om nog verdergaande maatregelen te nemen, zou overwogen kunnen worden om nieuwe dure zorg die slechts een marginaal effect heeft, ten opzichte van alternatieven, niet meer in het basispakket op te nemen, maar voor eigen rekening te laten komen.

Wat betreft het lopende pakketbeheer lijkt de inzet op stringent pakketbeheer een goede ontwikkeling. Wel is het de vraag of stringent pakketbeheer maatschappelijk geaccepteerd wordt, wanneer dit betekent dat bepaalde groepen recht op minder zorg hebben, omdat deze zorg minder noodzakelijk of kosteneffectief is. Kan de politiek dat zijn rug recht houden. Het verleden leert dat dit moeilijk is. Het lijkt daarom terecht dat het CPB niet tot grote budgettaire besparingen komt. Anderzijds zou de aanwezigheid van stringent pakketbeheer een positieve invloed kunnen hebben op de bereidheid van mensen om solidair te zijn.

Bij veel zorg zal echter noodzakelijkheid, effectiviteit en kosteneffectiviteit slechts op individueel niveau te bepalen zijn. Daarnaast kunnen decentrale instrumenten ook productie-efficiëntie bevorderen. Hoe gepaste zorg op een lager niveau bevorderd kan worden gaat het volgende hoofdstuk.

4 Decentrale instrumenten

4.1 Risicodeling (aanbodzijde)

Een andere manier om de collectieve zorg te begrenzen is via de aanbodzijde. Middels budgetkortingen kunnen solidariteitsdiscussie uit de weg worden gegaan. Het is immers makkelijker om minder budget te geven dan moeilijke pakketkeuzes te maken. Dit wil echter niet zeggen dat budgetkortingen niet van invloed zijn op de solidariteit. Deze keuzes worden nu alleen op decentraal niveau gemaakt. Bijvoorbeeld door de zorgverzekeraar en zorgverlener als zij een contract overeenkomen, of door de arts die al dan niet besluit tot behandelen.

Kortom instrumenten aan de aanbodzijde worden vaak gepresenteerd als efficiëntiemaatregelen, maar hebben ook sterke invloed op de zorg die geleverd wordt. Een interessante vraag is hoe deze instrumenten ingezet kunnen worden om gepast zorggebruik te bevorderen. Er zijn veel oplossingen aangedragen om efficiëntie te verbeteren via de aanbodzijde. Zie bijvoorbeeld de brede heroverweging curatieve zorg (ministerie van Financiën, 2010), commissie Macrobeheersinstrument (Baarsma et al., 2012) en de Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012). In deze achtergrondstudie wordt het beperkt tot maatregelen, waarbij risico wordt overgedragen naar zorgverleners en gemeenten via de bekostiging. Waarbij je nu met name de ontwikkeling ziet van centrale budgettering door de overheid naar steeds meer decentrale budgettering door zorgverzekeraars en gemeenten.

In het regeerakkoord zien we dat een deel van de bezuinigingen worden gerealiseerd door risico's decentraal neer te leggen. Zo wordt er € 1,2 miljard omgebogen door hoofdlijnenakkoorden af te sluiten voor medisch-specialistische zorg, GGZ en huisartsen. Verzekeraars worden voor deze zorg risicodragend en er geldt een macrobeheersinstrument als stok achter de deur. Er liggen hier dus nog geen concrete maatregelen onder. Daarnaast worden de budgetten voor begeleiding, persoonlijke verzorging en huishoudelijke hulp, nadat er korting op heeft plaatsgevonden overgeheveld naar de

gemeenten. Er is in het regeerakkoord te lezen dat gemeenten een zeer ruime beleidsvrijheid krijgen met betrekking tot de concrete invulling van gedecentraliseerde taken.

Er zijn verschillende manieren om risico over te dragen naar zorgverleners:

1. *Op basis van instellingsniveau.* Zo werkte de oude FB-budgettering. Het ging hier om een historische component aangevuld met budgetparameters, als lidagen, operaties, etc.. Wanneer de historische component groot is, dan zijn er weinig prikkels om als zorgverlener je best te doen, buiten de intrinsieke motivatie. Zo ontstaan wachtlijsten. Door slim te budgetteren met prestatieparameters is dit probleem in theorie te ondervangen. Hier komt echter een probleem bij kijken dat de overheid een gebrek aan informatie heeft. Het is immers sterk de vraag of je als centrale overheid de bekostiging zo kunt vormgeven dat dit ook leidt tot het gewenste resultaat (kunt het parallel trekken met falen van de planeconomie).
2. *Op basis van verrichtingen/diagnose behandel combinaties.* Met prestatiebekostiging is niet meer de instelling, maar de verrichting de basis van de bekostiging. Voordeel van deze bekostiging is de productieprikkel, wanneer deze tot meer wenselijke zorg leidt. Nadeel is ook deze zelfde productieprikkel, wanneer deze leidt tot onnodige en kostenineffectieve zorg.
3. *Op basis van patiënt/populatie.* Een andere manier van bekostigen is niet de instelling of verrichting centraal te stellen, maar de patiënt. De zorgverlener of een groep zorgverleners krijgt per patiënt of op basis van een populatie een bedrag. Ook hier kunnen weer allerlei prestaties aan gekoppeld worden. Een interessant model kan zijn om populatiebekostiging te koppelen aan gezondheidswinst (Zie bijvoorbeeld het RVZ, 2012b).

Vooraf optie 3, waarbij risico overdragen kan worden op het niveau van verzekerdenpopulaties (*Capitation*, populatiebekostiging en *shared savings*), lijkt geschikt om

gepast zorggebruik te stimuleren. Wel bestaat er het gevaar dat partijen dit risico niet gaan beheersen door gepast zorggebruik, maar door te bekribbelen op kwaliteit en af te zien van het behandelen van moeilijkere patiënten. Is dan ook van belang dat er gecorrigeerd wordt voor populatiekenmerken, (mede) op basis van gezondheidsresultaten wordt afgerekend en zorgverleners technisch ondersteunt worden met bijvoorbeeld spiegelinformatie. Een voorbeeld is het Alternative Quality Contract (ACQ) dat de private HMO Blue Cross Blue Shield in Massachusetts hanteert (zie box 3).

Box 3: model voor populatiebekostiging op basis van gezondheidswinst

Bekostigingsmodellen, waarbij er meer risico aan de zorgverlener wordt overgedragen worden steeds populairder (*capitation*, populatiebekostiging en *shared savings*) Deze modellen lijken ideaal om de kosten te beheersen, maar hebben ook het risico dat dit ten koste gaat van kwaliteit. Een interessant model om dit nadeel te verminderen is het Alternative Quality Contract (ACQ) dat de private HMO Blue Cross Blue Shield in Massachusetts hanteert. Dit model bestaat feitelijk uit drie delen (Chernew, et al. 2011).

Populatiebekostiging

Blue Cross Shield sluit een contract met een groep van zorgaanbieders. Verzekerden moeten verplicht een huisarts kiezen. Op basis van dit contract wordt een globaal budget vastgesteld, met een jaarlijkse groeiruimte. Dit budget wordt jaarlijks aangepast op basis van de gezondheidsstatus van de populatie (risicoverevening).

Pay-for-performance

Er is bonus voor kwaliteit, die tot 10% van het budget kan oplopen. Deze bonus wordt uitgekeerd op basis van 32 indicatoren voor ambulante zorg en 32 indicatoren voor ziekenhuiszorg.

Technische hulp en benchmarkinformatie

Blue Cross Shield helpt aanbieders met het managen van data, leveren van spiegelinformatie en het organiseren van benchmarks.

Dit model - met centrale rol huisarts en sturende verzekeraar - lijkt ook goed te passen binnen de Nederlandse situatie, en kan een voorbeeld zijn voor zorgverzekeraars om op een verantwoorde wijze risico's te dragen.

Ik wil twee beleidsdilemma's aanstippen die van belang zijn bij risicodeling aan de aanbodzijde:

1. *Op basis van welke criteria mogen er decentraal keuzes gemaakt worden?*

Binnen de curatieve zorg worden via convenanten, vergroten van risicodragendheid van verzekeraars en het macrobeheersinstrument de kosten beheerst. Er komen dus meer risico's te liggen bij decentrale partijen. Het is vervolgens de vraag hoe partijen deze risico's kunnen beheersen. Wat zijn de mogelijkheden:

- productie-efficiëntie nastreven. Dezelfde zorg wordt met minder middelen geleverd,
- minder zorg leveren. Er ontstaan wachtlijsten. Het first-in, first-served criterium,
- noodzakelijkheid. Patiënten met de hoogste ziektelast eerst (ernst van aandoening),
- allocatieve-efficiëntie verbeteren. Zorg die niet effectief is of zorg waar de kosten niet opwegen tegen de baten wordt niet meer geleverd.

Onlangs kwam in het nieuws dat het CPB gaat onderzoeken wat de effecten zijn van wachtlijsten en of deze kunnen leiden tot minder onnodige zorg (Croonen, 2012). Het idee hierachter is dat wachtlijsten zorgverleners dwingen tot het maken van keuzes. Welke patiënt heeft prioriteit? Wegen de kosten van behandeling op tegen de baten?² In dit geval komen kostenoverwegingen de spreekkamer binnen. Maar wat is het alternatief? Voor een ethische discussie ten aanzien van prioritering zie "Prioritering van patiënten bij schaarste op de intensive care" (Van der Zee, 2012). Kortom het is de vraag welke overwegingen we vinden dat een zorgverlener mag maken, en welke niet. Daarnaast is de vraag of er voldoende kennis is bij zorgverleners om verantwoorde keuzes te maken, zoals doelmatige richtlijnen en spiegelinformatie.

2. *Welke regionale verschillen accepteren we?*

Door solidariteit op decentraal niveau te beleggen hebben partijen de mogelijkheid om rekening te houden

² <http://www.zorgvisie.nl/Ondernemen/14935/CPB-wachtlijsten-zorg-zo-gek-nog-niet.htm>

met regionale verschillen. Dit kan de efficiëntie van het systeem vergroten, doordat solidariteit beter aansluit op behoeften. Verzekeraars kunnen gedifferentieerde contracten afsluiten. Ook gemeenten kunnen verschillend uitvoering geven aan de WMO. Dit betekent wel dat je verschillen kunt krijgen. Besluitvorming op decentraal niveau kan leiden tot regionale verschillen. Een zorgverlener in Amsterdam gaat anders met zijn budget om dan in Tilburg. Dit kan tot zogenaamde postcodege-neeskunde leiden. De plaats waar je naar een zorgverle-ner gaat bepaalt of je een bepaald medicijn krijgt. Zo blijkt uit onderzoek van de Nederlandse Borstkanker-vereniging dat in Zeeland 75% van de patiënten het medicijn Herceptin krijgt, en in Groningen en Friesland minder dan 25% (Hilgers, 2006). Zie ook de vele voor-beelden van praktijkvariatie (Plexus 2009, 2010a en 2010b).

Er zijn aantal maatregelen denkbaar om deze twee be-leidsdilemma's te verminderen:

- *Objectieve en toegankelijke kwaliteitsinformatie is van belang.* Hiermee wordt transparant hoe zorgverleners presteren. In het regeerakkoord van VVD en PvdA staat dat lo-pende initiatieven met kracht doorgezet worden, even-tueel ondersteund met convenanten, en dat het kwali-teitsinstituut doorzettingsmacht krijgt. Gezien het enorme belang van kwaliteitsinformatie, binnen het systeem, is de trage voortgang waarmee deze informatie tot stand komt heel zorgelijk te noemen. Het is de vraag of het kwaliteitsinstituut bij machte is hier verandering in te brengen. Mogelijk dat de mate waarin partijen nu met risico's te maken krijgen, hier een doorbraak kan forceren. Kwaliteitsinformatie zou dan vervolgens ge-bruikt kunnen worden voor het maken van keuzes, het terugdringen van ongewenste variatie en het voorko-men dat er beknibbeld wordt op noodzakelijke zorg.

- *Cost-effective based richtlijnen.*

Een ander belangrijk instrument om deze dilemma's te verminderen zijn praktijkrichtlijnen. Wanneer we willen dat zorgverleners meer gaan sturen op kosteneffectivi-teit, dienen deze niet alleen, evidence based te zijn (ef-fectief), maar ook kosteneffectief. Door Frans Rutten is zijn afscheidrede er op gewezen dat dit nog lang niet altijd het geval is en hier nog veel winst te behalen is

(Rutten, 2012). Hij pleitte in dit kader voor meer economische expertise bij het kwaliteitinstituut. Wel zijn hier een aantal kanttekeningen bij te plaatsen. Zo is het de vraag of informatie over kosteneffectiviteit op dit moment voldoende voor handen is, daarnaast zijn richtlijnen statisch en gelden zij voor de gemiddelde patiënt. Het probleem dat kosteneffectiviteit verschilt voor verschillende patiënten los je met richtlijnen dus niet op.

- *Meer rekenschap.*

Tot slot is het belangrijk dat decentrale partijen als verzekeraars, zorgverleners en gemeenten ter verantwoording geroepen kunnen worden. Dit betekent dat de wijze op basis waarvan zij zorg inkopen en keuzes maken transparant moet zijn. Er moet heldere criteria gehanteerd worden bij de inkoop van zorg en welzijn. Verzekerden en burgers moeten zowel indirect - via het stemmen met de voeten en middels het stemmen bij gemeenteraadsverkiezing - als direct via de governance-structuur (mogelijkheid klachten indienen, ledenvergaderingen etc.) invloed kunnen uitoefenen op deze partijen.

4.2 Eigen betalingen (risicodeling aan de vraagzijde)³

Naast gepast zorggebruik via de aanbodzijde af te dwingen kan ook de vraagzijde ingezet worden. Grotere eigen betalingen hebben twee effecten op de herverdeling. Enerzijds wordt de omvang van de herverdelingsoverdracht minder. Anderzijds kunnen eigen betalingen ook gepast gebruik bevorderen, en via deze weg het draagvlak voor herverdeling (solidariteit) versterken. Doordat mensen een deel zelf moeten betalen zullen zij minder zorg consumeren. Dit kan zowel gepaste als niet gepaste zorg zijn. Dat het een reëel risico is dat mensen

³ Eigen betalingen worden hier geplaatst onder de decentrale instrumenten, omdat zij gedragsveranderingen bij individuele verzekerden pogen te stimuleren. Je hoopt dat verzekerden afzien van onnodige zorg, en dat zo als het ware gebruik gemaakt wordt van private decentrale informatie. Vanuit het oogpunt dat overheid eigen bijdrage centraal vormgeeft, zou ook besloten kunnen worden om ze bij de centrale instrumenten te plaatsen. In deze achtergrondstudie ligt de nadruk echter op het verschil tussen centrale versus decentrale informatie.

afzien van noodzakelijke zorg bleek uit het beroemde Rand Health Insurance experiment. Hoge eigen bijdragen zorgden hier bij mensen die arm en ongezond waren voor een afname in het gebruik van zorg en dit had, gemiddeld genomen, voor deze groep negatieve effecten op de gezondheid (Newhouse, 1993).

Het nieuwe Kabinet-Rutte II neemt een aantal maatregelen ten aanzien van eigen betaling. Bij de somatische curatieve zorg wordt het huidige eigen risico budgetneutraal om gezet naar een inkomensafhankelijk eigen risico. Bij de GGZ wordt de eigen bijdrage in de eerste lijn budgetneutraal omgezet naar in procentuele eigen bijdrage voor de hele GGZ. Aangezien de tweedelijns GGZ ook al onder het eigen risico valt, zou je kunnen stellen dat er minder herverdeling is bij patiënten met een psychiatrische aandoening dan met een somatische aandoening. Daarnaast betalen mensen die zonder doorverwijzing naar de SEH gaan een eigen bijdragen van € 50,-. Ten aanzien van de AWBZ wordt de intramurale eigen bijdragen verhoogd.

Procentuele eigen bijdrage

Het nadeel van een eigen risico aan de voet is dat mensen al snel hun eigen risico vol hebben en daarna geen enkele drempelwerking meer ervaren voor zorggebruik. Een alternatief is om te werken met procentuele eigen bijdragen gekoppeld aan een (eventueel inkomensafhankelijk) plafond, waardoor meer mensen langer een remweg ervaren. Door het CPB is eerder aangegeven dat het gedragseffect van procentuele eigen bijdrage niet groter is dan bij een eigen risico (CPB, 2008). De beredenering van het CPB is dat een groot deel van het zorggebruik wordt gedaan door een beperkte groep met hele hoge zorguitgaven. Terwijl juist mensen die weinig zorggebruik kennen door procentuele eigen bijdrages minder remwerking ervaren. De Taskforce Beheersing Zorguitgaven heeft geadviseerd om het huidige eigen risico aan te vullen met een specifieke eigen bijdrage van 10% (Taskforce Beheersing Zorguitgaven). Zij geeft als voorbeeld aan een eigen risico van € 350,- gecombineerd met een procentuele eigen bijdrage van maximaal € 150,-. In dit systeem zou zeker driekwart van de mensen gedurende het hele jaar een remweg blijven ervaren.

Gepaste eigen betalingen

Om te voorkomen dat eigen betalingen ten koste gaan van gepaste zorg zie je in de VS zogenaamde *Value Based Insurance Design (VBID)* opkomen (Chernew et al., 2008). VBID komt er op neer dat je eigen betaling laat differentiëren op basis van toegevoegde waarde. Voor een behandeling die hoge toegevoegde waarde heeft, betaal je een lagere eigen betaling, dan voor behandelingen die een lagere toegevoegde waarde heeft. Van Kleef en Van de Ven (2012) stellen voor om in Nederland het eigen risico te vervangen door dergelijke gepaste eigen betalingen. In hun voorstel zouden eigen betalingen moeten verschillen naar ziektelast en kosteneffectiviteit. Zij stellen voor dat de overheid een wettelijke eigen betaling vaststelt op basis van ziektelast van de aandoening, de effectiviteit en kosteneffectiviteit. Daarnaast zou de overheid een wettelijk maximum eigen bijdrage per verzekerde per jaar moeten vaststellen (plafond). Tot slot zouden verzekeraars de ruimte moeten krijgen om per zorgaanbieder te differentiëren op basis van productie-efficiëntie. Hier spelen overigens nog wel een aantal vragen:

- Ten eerste is het de vraag waarom je aandoeningen met een lage ziektelast of die kostenineffectief zijn nog in het pakket laat. Een optie zou immers ook kunnen zijn om deze via centraal pakketbeheer te laten uitstromen. Eén reden zou kunnen zijn dat dit op meer maatschappelijk draagvlak kan rekenen dan het volledig schrappen (tussenoptie). Een andere reden is dat het zo ook mogelijk wordt om voor heel kosteneffectieve zorg, als bepaalde preventie, geen eigen bijdrage te laten gelden.
- Ten tweede spelen hier uitvoeringsaspecten mee. Het voorstel van Van Kleef en van de Ven betekent dat het CVZ op basis van indicatie-interventie niveau ziektelast en kosteneffectiviteit moet gaan vaststellen. Eerder is geconcludeerd dat dit als nadeel heeft dat het nogal bureaucratisch wordt. Volgens Van Kleef en Van de Ven zou dit daarom gericht kunnen worden op enkele categorieën van veel voorkomende aandoeningen. Parallel aan de risicogerichte aanpak die het CVZ kiest bij stringent pakketbeheer.

- Ten derde speelt hier het probleem dat wanneer je op macroniveau bepaalde (kosten)-ineffectieve behandelingen niet kunt schrappen vanwege heterogeniteit in de populatie dat je dan ook geen hogere eigen bijdrage kunt vaststellen op centraal niveau. Oftewel gepaste eigen betalingen lossen niet het probleem op dat gepaste zorg vaak niet op centraal niveau vast te stellen is, maar op decentraal niveau.

Kortom deze maatregel lijkt een interessante oplossingsrichting, die mogelijk ingezet zou kunnen worden bij veel voorkomende interventies die een lagere kosteneffectiviteit kennen, maar waarbij er geen maatschappelijk draagvlak is om ze geheel uit het pakket te verwijderen.

Eigen bijdrage gedifferentieerd naar gedrag

In dit kader zou ook de eigen bijdrage gedifferentieerd kunnen worden op basis van gedrag, voor zover dit invloed heeft op de effectiviteit van de behandeling. Denk bijvoorbeeld aan therapietrouw of leefstijladviezen.

Hoog eigen risico in combinatie met een spaarrekening

Een andere nieuwe gedachte is om een hoger eigen risico in te voeren en dit te koppelen aan een spaarrekening. (Winssen et al., 2012). Het idee is dat zo een hoger vrijwillig eigen risico voor meer mensen een interessante optie wordt. De premiekorting als gevolg van het hoger eigen risico zou dan op een spaarrekening gestort kunnen worden. Het is echter de vraag of hier veel mensen op zitten te wachten. Zo vragen Douven et al. (2012) af waarom consumenten zich vrijwillig zouden onderwerpen en hun premiekorting niet op gewone spaarrekening zouden storten. Een alternatief zou een verplichte variant zijn. Waarbij de overheid een hoger eigen risico wil invoeren, maar een risico ziet dat bepaalde groepen hierdoor in de problemen komen. Middels het koppelen van verplicht sparen aan een hoger eigen risico zou je vanuit paternalistische overwegingen verzekeren als het ware kunnen dwingen om hier rekening mee te houden.

4.3 Conclusie

Gepaste zorg is vaak niet op centraal niveau te bepalen, maar slechts op individueel niveau. Om werkelijk gepast zorggebruik af te dwingen, is het daarom wenselijk om ook op decentraal niveau te sturen. Dit heeft ook als voordeel dat partijen door efficiënter te gaan werken, mogelijk kunnen voorkomen dat er minder zorg geleverd moet worden. Dit kan bij centraal pakketbeheer bijvoorbeeld niet. De maatregel om decentrale partijen te laten sturen is het overhevelen van risico's.

Een grotere risicodragendheid heeft ook een keerzijde. Zo kan dit leiden tot ongewenst gedrag als risicoselectie en onderbehandeling. Dit speelt bijvoorbeeld bij de risicovervening voor zorgverzekeraars. Per 2015 zullen deze maximaal risicodragend worden, als de ex-post volledig afgebouwd wordt. Een mogelijk nadeel van deze risicodragendheid is dat verzekeraars ook eerder geneigd zullen zijn over te gaan tot ongewenst gedrag als risicoselectie (commissie Evaluatie Risicoverevening, 2012). Volgens Van Velzel zijn er echter geen signalen dat verzekeraars dit systeem misbruiken (Van Velzel, 2012).

Om ervoor te zorgen dat veldpartijen dit risico op maatschappelijk verantwoorde wijze kunnen beheersen is het nodig om te investeren in objectieve kwaliteitsinformatie, transparantie en (kosten)effectieve behandelrichtlijnen. Middels deze informatie kunnen verzekeraars, zorgverleners en gemeenten sturen op gezondheid. Ook geeft dit verzekerden en burgers mogelijkheden om direct en indirect partijen ter verantwoording te roepen.

Wat betreft de vraagzijde heeft het kabinet gekozen voor een inkomensafhankelijk eigen risico. De vraag is of vanuit deze variant ook de meeste prikkels gaan voor gepast zorggebruik. Een variant waarbij het eigen risico wordt gecombineerd met gerichte eigen bijdragen leidt mogelijk tot meer gedragseffecten. Vooral wanneer deze eigen bijdragen gedifferentieerd kunnen worden op basis van kosteneffectiviteit, en mogelijk zelfs gedrag als therapietrouw, wanneer dit belangrijk is voor de effectiviteit.

5 Conclusie

Doel van deze studie is om te bepalen wat gepast zorggebruik is, en vervolgens te kijken hoe dit gebruik middels verschillende instrumenten afgedwongen kan worden. Wat opvalt is dat er geen volledige overeenstemming is over gepast zorggebruik is, en opvattingen in de loop der tijd veranderen. Ondanks dit zijn er aantal aspecten waar op dit moment overeenstemming over is, zoals dat gepast zorggebruik effectief moet zijn en efficiënt geleverd moet worden. Door hier op in te zetten kan de bereidheid tot solidariteit vergroot worden.

Dit kan zowel via centrale als decentrale instrumenten. Het inzetten op stringent pakketbeheer kan hiertoe bijdragen, maar het verleden leert dat hier geen wonderen van verwacht mogen worden. Daarnaast kan via pakketbeheer er wel voor gezorgd worden dat het pakket bestaat uit gepaste zorg, maar gaat het er het uiteindelijk om of deze zorg ook gepast gebruikt wordt. Dit kan slechts op decentraal niveau of zelfs individueel niveau bepaald worden. Door meer verantwoordelijkheden en risico's aan decentrale partijen te geven, kan ook hier gepast zorggebruik bevorderd worden. Daarnaast hebben partijen hier de mogelijkheid om zorg efficiënter te leveren in plaats van minder zorg. Deze grotere risico's zijn niet geheel zonder gevaar voor publieke belangen als kwaliteit en toegankelijkheid. Om deze publieke belangen te borgen is van belang dat de overheid inzet op kwaliteitstransparantie, richtlijnontwikkeling en ervoor zorgt dat partijen verantwoording afleggen voor gemaakte keuzes.

Door grotere risico's bij verzekeraars, zorgverleners en verzekerden zullen steeds vaker financiële overwegingen binnen de spreekkamer spelen. Het voordeel hiervan is, dat juist op dit niveau in gezamenlijke besluitvorming van arts en patiënt het beste bepaald kan worden wat gepaste zorg is. Het is dan wel belangrijk dat prikkels aan zowel de aanbod- als vraagzijde paparaallel lopen, en er transparantie is over welke overwegingen een rol spelen. Dit stelt alle partijen in staat verantwoordelijkheid te nemen voor de houdbaarheid van het stelsel.

Bijlage 1

De lange weg naar de verplichte zorgverzekering

Een verplichte collectieve zorgverzekering voor alle ingezetenen kennen we in Nederland pas sinds 2006. Het tot stand komen van deze formele regeling - waar elke burger verplicht aan deelneemt ongeacht werk, inkomen of geloofsovertuiging - kent een lange historie⁴.

In de middeleeuwen werd de *charitas*, verticale solidariteit, vooral door de kerken verzorgd (Van Leeuwen, 2000). Met de opkomst van de gildenfondsen in 1630 ontstaan er ook de eerste verplichte onderlinge fondsen voor financiële uitkering bij ziekte, medische kosten en de dood (horizontaal solidariteit). Als gevolg van de Franse revolutie komt er rond 1800 een einde aan de gilden. Hierna volgt een lange periode waarin wederkerige solidariteit in Nederland een volledig vrijwillige aangelegenheid was, met een overheid die zich afzijdig hield. Dit leidde tot een grote diversiteit van lokale fondsen: ziekenfondsen, doktersfondsen, nutsfondsen, commerciële fondsen, bedrijfsfondsen en vakbondsfondsen. Tegenover dit grote aantal fondsen stond een beperkte deelname (10% was in 1890 verzekerd) en een beperkte dekking. Bij deze fondsen was over het algemeen sprake van horizontale solidariteit.

In Nederland zijn de arbeidersbeweging (bonden en SDAP) en de machtige artsen (NMG) een belangrijke drijvende krachten geweest bij het tot stand komen van een verplichte ziekenfondsverzekering. Hoewel er reeds in 1895 een eerste wetsvoorstel lag van Abraham Kuyper, was uiteindelijk de druk van de Duitse bezetters nodig om dit te deze verzekering verwezenlijken. Een

⁴ Dit kader is geschreven op basis van de publicatie van K.P. Companje, R.H.M. Hendriks, K.F.E. Veraghtert and B.E.M. Widdershoven, *Two centuries of solidarity. German, Belgian and Dutch social health insurance 1770-2008* (Aksant: Amsterdam, 2009) isbn 978-90-5260-344-5.

belangrijke reden voor het uitblijven van de verzekering waren de grote verschillen in belangen: de unieke en sterke positie van de artsen in Nederland (vrije artsenuitvoering, loongrens, scheiding arbeid en gezondheid en zeggenschap binnen de fondsen), werkgevers (niet te grote bijdrage, niet te groot arrangement en zeggenschap), christelijke partijen (subsidiariteitsprincipe en soevereiniteit in eigen kring), liberalen (eigen verantwoording) en de federatie van ziekenfondsen (zeggenschap en artsen in dienst van het ziekenfonds). Deze belangenverstrengeling zorgde ervoor dat het ene naar het andere wetsvoorstel sneuvelde. Ook economische neergang gooide tot tweemaal toe roet in het eten.

Pas in 1942 komt het ziekenfondsbesluit tot stand. Een verplichte verzekering voor werknemers beneden de loongrens (ziekenfondsgrens) waar ook afhankelijke familieleden onder vielen. Werknemers en werkgevers betaalden ieder de helft van de premie. Burgers die minder verdienden dan de ziekenfondsgrens, maar geen recht hadden op de ziektewet, konden zich bij het vrijwillige ziekenfonds aanmelden. Daarnaast was er een bejaardenverzekering, een verzekering voor provincies en gemeenteambtenaren, politie en militairen. Werknemers boven de ziekenfondsgrens moesten zich al dan niet particulier verzekeren. Tevens werd in 1968 de AWBZ ingevoerd, voor de onverzekerbare risico's.

In 1986 vindt er de zogenaamde kleine stelselwijziging plaats (Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekering). De vrijwillige en de bejaardenverzekering verdwijnen. Het aantal verplichte ziekenfondsenverzekerden neemt toe. Een deel van de vrijwillige ziekenfondsenverzekerden moet zich particulier verzekeren. Particuliere verzekerden betalen mee aan de transfer van ouderen naar het ziekenfonds (Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsenverzekerden) en particuliere verzekeraars mochten geen verzekerden meer weigeren (standaardpakketpolis).

Hoewel er al in 1987 een plan lag van de commissie Dekker om basisverzekering in te voeren, lukt het minister Hoogervorst, na voorbereidend werk van minister Borst, uiteindelijk pas in 2006 een basisverzekering in te voeren.

Bijlage 2

Bewijzen voor ondoelmatigheid

Er bestaat een consensus dat onnodige zorg en minder efficiënte zorg wordt geleverd in Nederland. Zorg die weinig tot geen toegevoegde waarde heeft en mogelijk zelf schadelijk is voor de patiënt. Het tegengaan van deze zorg zou de kwaliteit kunnen verhogen en kosten kunnen verlagen. Het is bij zowel productie-efficiëntie als allocatieve-efficiëntie onduidelijk hoe groot de omvang is in Nederland. Wat betreft productie-efficiëntie verwachten een aantal politieke partijen nog flinke opbrengsten (CPB, 2012b). Andere wijzen er juist op dat Nederland het relatief goed lijkt te doen wat betreft productie-efficiëntie, zoals de Amerikaanse econoom Johantan Skinner, toen hij op bezoek was in Nederland. Volgens Skinner is allocatieve-inefficiëntie in Nederland een groter probleem.

Bewijzen voor allocatieve inefficiëntie zijn er vanuit bestaande praktijkvariatie en aanbodgeïnduceerde vraag. Praktijkvariatie is op dit moment een groot thema in de zorg. In Amerika heeft John Wennberg (zie Wennberg, 2010) hier veel onderzoek naar gedaan. Het gaat hier om variatie die niet verklaart kan worden vanuit ziekte, medische noodzaak of evidence based medicine. Grote praktijkvariatie kan wijzen op over- of onderbehandeling. Ook voor Nederland worden er geïnspireerd door Wennberg steeds vaker onderzoeken gedaan naar praktijkvariatie. Zo heeft KPMG plexus verschillende onderzoeken gedaan, waaruit blijkt dat dit ook in Nederland veel voorkomt (Plexus 2009, 2010a en 2010b). In het onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS schatte Plexus in dat het tegengaan van praktijkvariatie € 1 miljard kan besparen. Zij bestempelen dit als een conservatieve schatting.

Een reden voor praktijkvariatie kan aanbodgeïnduceerde vraag zijn. Het CPB heeft onlangs nog een onderzoek gedaan naar aanbodgeïnduceerde vraag bij negen interventies. Ze vinden sterke bewijzen voor aanbodgeïnduceerde vraag, waarbij zij wel aantekenen dat het de vraag is of het hier om overproductie gaat of echt on-

nodig zorg. Daarnaast blijkt het bij vrijgevestigde specialisten meer voor te komen dan specialisten in loondienst (Douven, Mocking en Mosca, 2012). Volgens Booz & Co zou er € 4 tot 8 miljard bespaard kunnen worden door tegen gaan van onnodige zorg (Booz & Co, 2012). Het is echter niet duidelijk hoe ze aan deze besparing komen. Zelf melden ze hierover dat dit hun eigen inschatting is, gesteund door de schatting van een hoogleraar uit Nijmegen dat 20-25% van de zorg onnodig of vermijdbaar is.

Bijlage 3

Kenmerken verschillende compartimenten

	Compartiment	Rechten	Uitvoering	Herverdeling	Medisch/maatschappelijk
	Eigen rekening/AV	geen of een verzekerd recht	verzekeraars en consumenten	geen	medisch en maatschappelijk
2.	Zvw	verzekerde aanspraken	concurrerende risicodragende zorgverzekeraars	inkomensen risicosolidariteit	medisch
3.	AWBZ	verzekerde aanspraken	zorgkantoren, contracteer ruimte en zorgzwaartepakketen	inkomensen risicosolidariteit	medisch en maatschappelijk
4.	WMO	compensatierecht	gemeenten	inkomensen risicosolidariteit	maatschappelijk

Toelichting tabel:

1. *Eigen rekening/aanvullende verzekering.* De overheid kan besluiten om zorgvragen volledig voor eigen rekening te laten komen. Het is dan aan burgers zelf of ze zich hiervoor aanvullend willen verzekeren of niet. Wanneer zorgvragen voor eigen rekening komen is er in principe geen (verplichte) herverdeling meer. Wel kunnen burgers natuurlijk zelf nieuwe vormen van solidariteit aangaan. Zowel medische (tandarts en fysiotherapie) als maatschappelijke (huishoudelijke hulp) zorgvragen, kunnen voor eigen rekening komen. Zelfs als bepaalde zorg niet onder het collectief pakket valt kan de overheid overigens besluiten om dit te regeluren. Neem bij-

voorbeeld de mondzorg, waar de NZa de tarieven vaststelt.

2. *Zorgverzekeringwet (Zvw)*. Binnen de Zorgverzekeringswet hebben verzekerden recht op verzekerden aanspraken. Verzekerden moeten zich verplicht verzekeren. Wel hebben zij hier de keuze uit verschillende concurrerende zorgverzekeraars. Deze concurrentie, in combinatie met het feit dat verzekeraars risicodragend zijn, moet zorgverzekeraars prikkelen om doelmatige zorg in te kopen. Binnen de Zvw is er zowel sprake van inkomenssolidariteit (inkomensafhankelijke bijdrage en zorgtoeslag), als risicosolidariteit (verbod op premiedifferentiatie, acceptatieplicht en de Wtcg).

3. *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)*. Ook binnen de AWBZ hebben verzekerden recht op verzekerden aanspraken. In tegenstelling tot de Zorgverzekeringwet kunnen verzekerden niet kiezen voor een uitvoerder, maar zijn verbonden aan een regionaal zorgkantoor. Deze regionale zorgkantoren dragen geen risico. Kostenbeheersing in de AWBZ loopt via de contracteerruimte, budgetten en zzp's (tariefregulering). Het Kabinet-Rutte II wil van de AWBZ een landelijke regeling maken. Ook binnen de AWBZ is sprake van zowel inkomenssolidariteit (inkomensafhankelijke premie, belastingen en inkomensafhankelijke bijdragen) als risicosolidariteit (mensen met meer risico betalen niet meer, en maken er wel meer gebruik van). Vanuit de huidige AWBZ worden zowel medische (verpleging) als maatschappelijke (begeleiding) zorgvragen vergoed.

4. *Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO)*. De WMO is bedoeld om mensen met een beperking te ondersteunen, om in de maatschappij te participeren. In tegenstelling tot de Zvw en de AWBZ gelden er bij de WMO geen verzekerden aanspraken, maar een recht op compensatie. De WMO is geen verzekering, maar een voorziening. Met de kanteling die nu steeds meer ingezet wordt, wordt de compensatieplicht anders vormgegeven. Van een lijst van voorzieningen, naar maatwerk wat mensen nodig hebben om te participeren. De WMO wordt door gemeenten uitgevoerd, deze

krijgen een budget op basis van een verdeelmodel (leeftijd, gezinssamenstelling, inkomen, arbeidsgerelateerde zorgbehoefte, geografische factoren en gezondheidstoestand). Vanuit de WMO komen maatschappelijke zorgvragen voor compensatie in aanmerking (bijvoorbeeld huishoudelijke hulp). Het doorvoeren van de kanteling betekent dat er meer rekening gehouden kan worden met de financiële draagkracht en netwerk van de zorgvrager. Dit betekent ook dat de WMO steeds meer als een vangnet gaat functioneren, en netto inkomensoverdrachten bij deze regeling groter zullen zijn dan binnen de Zvw en AWBZ.

Literatuurlijst

Arrow, K.J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*. December, 5, 1963, p. 941-973.

Baarsma, B., F. de Kam, R. Linschoten, W. Verloren van Themaat en M. Varkevisser. Advies commissie macrobeheersinstrument. Van structureel kortingsinstrument naar daadwerkelijk ultimum remedium, 5 juni 2012.

Besseling, P., W. Elsenburg en C. van Ewijk. "Risicodragende uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars verhoogt de kosten". *Me Judice*, 22 mei 2011.

Booz & Co. Kwaliteit als medicijn, Aanpak voor betere zorg en lagere kosten. *Perspectief*, 2012.

Brouwer, W.B.F. en F.F.H. Rutten. Over-, onder-, en gepaste consumptie in de zorg vanuit een economisch perspectief. In: *RVZ, Met oog op gepaste zorg*. Zoetermeer: RVZ, 2004.

Brouwer, W.B.F. en F.F.H. Rutten. Wat mag een levensjaar kosten? De afbakening van het basispakket nader bezien. In: Beaufort, I. de, M. Hilhorst, S. van Damme en S. Vathorst. *De Kwestie*. Den Haag: Uitgeverij Lemma, 2011.

CEG, Leefstijldifferentiatie in de zorgverzekering, Een overzicht van ethische argumenten. 2013.

Chandra, A. and J.S. Skinner. Technological growth and expenditure growth in health care, Working paper 16953. National Bureau of economic research. April, 2011.

Chernew, M.E., M.R. Shah, A. Wegh, S.N. Rosenberg, I.A. Juster, A.B. Rosen, M.C. Sokol, K. Yu-Isenberg and A.M. Fendrick. Impact of Decreasing Copayments On Medication Adherence Within A Disease Management Environment, *Health Affairs*, 27, 2008, no. 1 , p. 103-112.

Chernew, M.E., Mechanic RE, Landon BE and D.G. Safran. Private-payer innovation in Massachusetts: the “Alternative Quality Contract.” Health Aff (Millwood), 30, 2011 no. 1, p. 51-61.

Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw, Evaluatie risicoverevening Zorgverzekeringswet, Juni 2012.

Commissie Keuzen in de zorg, Kiezen en delen, Advies in hoofdzaken, 1991.

Companje, K.P. , R.H.M. Hendriks, K.F.E. Veraghtert and B.E.M. Widdershoven. Two centuries of solidarity. German, Belgian and Dutch social health insurance 1770-2008 (Aksant: Amsterdam, 2009) isbn 978-90-5260-344-5.

Centraal Planbureau. De prijs van gelijke zorg. CPB Policy Brief. 7-1-2013.

Centraal Planbureau. Aanvullende informatie voor de doorrekening van de verkiezingsprogramma's, 3-07-2012.

Centraal Planbureau. Keuzes in Kaart 2013-2017, 27-08-2012.

Centraal Planbureau. Gedragseffect van eigen betalingen in de ZVW, CPB Notitie, 25 april 2008.

College voor zorgverzekeringen Uitvoeringstoets lage-ziektelastbenadering, 5 maart 2012.

College voor zorgverzekeringen. Stringent Pakketbeheer, 29 mei 2012.

College voor zorgverzekeringen. Pakketadvies 2012, 6 april 2012.

Croonen, H. CPB gaat effect wachtlijsten onderzoeken. Medisch Contact. 28 september 2012.

Douven, R., R. Mocking and I. Mosca. The Effect of Physician Fees and Density Differences on Regional Variation in Hospital Treatments. CPB Discussion Paper | 208. 2012.

Douven, R., R. Mocking en A. Wong. Reactie op: Zorgsparen reduceert zorgkosten. ESB. 97 (4646) 26 oktober 2012.

Duchatteau D.C., en M.D.H. Vink (LSJ medisch projectbureau). Medisch-technologische ontwikkelingen zorg 20/20, Achtergrondstudie uitgebracht door de

Hilgers, E. Onaanvaardbaar ongelijk, Medicatie kankerverkrijgbaarheid, MONITOR jan/feb/mrt 2006.

Van Kleef, R. en W. van de Ven. Gepaste eigen betalingen in de basisverzekering, ESB Dossier Gepaste Zorg, 2012, 97(4644S), 5 oktober 2012.

Ministerie van AZ. Bruggen slaan – Regeerakkoord VVD – PvdA. 2012.

Ministerie van VWS. Gezamenlijke agenda VWS ‘Van systemen naar mensen’. 8 februari 2013. MEVA/AEB-3155166.

Ministerie van Financiën. Rapport brede heroverweging, 12. Langdurige zorg, April 2010.

Newhouse, J.P. Free for All? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment. Cambridge: Harvard University press, 1993.

Ottes, L. Theorie en praktijk van menselijk gedrag in een solidair zorgstelsel. Den Haag: RVZ, 2012.

Plexus. Praktijkvariatie in Nederland. Onderzoek voor VWS naar mate van praktijkvariatie van 15 aandoeningen. Juli 2009.

Plexus. Reduceren van praktijkvariatie: budgettaire effecten van scherpere indicatiestelling. Onderzoek voor VWS naar besparingsmogelijkheden van terugdringen van praktijkvariatie op basis van 4 aandoeningen. Juni 2010.

Plexus. Praktijkvariatie rond indicatiestelling in Nederlandse ziekenhuizen. Presentatie van de indicator “prak-

tijkvariatie” voor 6 aandoeningen in opdracht van Zichtbare Zorg, Juli 2010.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zinnige en duurzame zorg. Zoetermeer: RVZ, 2006.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Rechtvaardige en duurzame zorg. Zoetermeer: RVZ, 2007.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Medisch-specialistische zorg in 20/20. Den Haag: RVZ, 2011.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Redzaam ouder. Zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen. Den Haag: RVZ, 2012.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Regie aan de poort. Den Haag: RVZ, 2012.

Rutten, F. Afscheidscollege professor Frans Rutten. Gezondheidseconomie: de sleutel tot gepaste zorg. Rotterdam: 2012.

Stolk, E. Uitwerking van het pakketprincipe noodzakelijkheid; dimensie Ziektelast, 27 februari 2009.

Taskforce Beheersing Zorguitgaven, Den Haag: 2012.

Van Velzel, Achtergrondstudie naar de bijdrage van verzekeraars aan de houdbaarheid van het zorgstelsel, 6 maart 2012.

Verbon, H. “Harrie Verbon over het regeerakkoord”. Me Judice, 31 oktober 2012.

Winssen, K., R. van Kleef en W. van de Ven. Zorgsparen reduceert zorgkosten. ESB 97 (4643) 14 september 2012.

Van der Zee, B., Rechtvaardige selectie bij een pandemie. Centrum voor ethiek en gezondheid, Signalering ethiek en gezondheid, Den Haag: 2012/3.