

Zorg verzekerd?

J.H.M. Donders en C.A. de Kam (redactie)

Inhoud

Woord vooraf

Auteurs

Afkortingen

- 1 Een koekoeksjong in het begrotingsnest**
C.A. de Kam en J.H.M. Donders
- 2 Zorguitgaven**
A. van der Horst, F.A.M. van Erp en J.F.M. de Jong
- 3 Zorguitgaven: raming en beheersing**
S. Mathijssen, C.P van Gelder en C.C.M. Vendrik
- 4 Zorguitgaven en beleid**
M.J. Boereboom
- 5 Vergrijzing: kosten en baten**
J.J. Polder, A. Wong en B. Wouterse
- 6 Zorguitgaven: voor wat hoort wat**
C.A. de Kam
- 7 Zorg: financiering en profijt**
A.G.J. van der Torre, E.J. Pommer en J.J.J. Jonker
- 8 Marktwerking in de zorg**
J.A.M. Maarse
- 9 Zorguitgaven voor ouderen**
P.F. Hasekamp en R.J.B. Groot Koerkamp
- 10 Ziekenhuizen: productiviteit en kostenbeheersing**
J.L.T. Blank en E. Eggink
- 11 Ziekenhuizen: prestaties in beeld**
D.F. Diederix, A.M. Gupta, W. Klinkhamer en M.R. ter Meulen
- 12 Zorg verzekerd!**
C.A. de Kam en J.H.M. Donders

Register

Woord vooraf

Met de collectief gefinancierde zorguitgaven is dit jaar 71,7 mld euro gemoeid. Door verschillende oorzaken blijven zij sterk groeien. Daarmee snoeren de zorguitgaven, gegeven het nagestreefde structurele evenwicht op de begroting en bij een slechts in een gematigd tempo stijgende microlastendruk, de financiële ruimte voor andere essentiële overheidsuitgaven steeds verder in. Naarmate de invloed van de vergrijzing in het zorgdomein serieuzer voelbaar wordt, is een beheerste ontwikkeling van de collectieve zorguitgaven een van de grootste opgaven waarmee beleidsmakers zich, zowel hier als elders, geconfronteerd weten.

De instrumenten om de expansie van de zorgsector af te remmen zijn welbekend. Grotere doelmatigheid bij de zorgverlening kan leiden tot meer en betere zorg per bestede euro. De vraag naar zorg kan worden afgeremd door een striktere indicatiestelling en door van zorggebruikers hogere eigen betalingen te vragen. Het collectief verzekerde pakket zorgvoorzieningen kan worden uitgedund.

Van al deze beleidsopties is de eerstgenoemde mogelijkheid het meest aantrekkelijk. Een doelmatiger zorgstelsel vergroot de maatschappelijke welvaart zonder dat kwaliteit van en toegang tot de zorg aantoonbare schade hoeven op te lopen. In dit verband koesteren sommigen hoge verwachtingen van de invoering van gereguleerde concurrentie in de zorgsector. De afgelopen tien jaar zijn inmiddels heel wat maatregelen getroffen met het oogmerk de wedijver in de sector aan te wakkeren. Door de overheid vastgestelde zorgbudgetten zijn als bekostigingsmethode op hun retour. Sinds 2006 mogen alle verzekerden jaarlijks op zoek gaan naar de zorgverzekeraar met de laagste premie of met de in hun ogen beste dienstverlening. Steeds meer prijzen en tarieven van zorgaanbieders worden niet langer door de overheid gedicteerd. Van de particuliere zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij na scherpe onderhandelingen bij zorgaanbieders de beste zorg tegen acceptabele prijzen inkopen. Voor alle partijen nemen de financiële risico's aanzienlijk toe. Ziekenhuizen zijn bijvoorbeeld niet langer zeker van hun omzet, verzekeraars ontvangen bij tegenvallers in de exploitatiesfeer minder snel achteraf compensatie uit het Zorgverzekeringsfonds.

Met dit alles worden de collectieve zorguitgaven in toenemende mate de uitkomst van miljoenen individuele beslissingen van burgers, zorgaanbieders en verzekeraars. Ten opzichte van het vroegere systeem, waarbij 'Den Haag' het zorgbudget bepaalde, verliest de overheid zodoende haar directe greep op de ontwikkeling van een aanzienlijk deel van de collectief gefinancierde zorguitgaven. Tegelijk worden bij elke kabinetsformatie nog steeds afspraken gemaakt over de maximaal toelaatbare groei van die uitgaven. Deze afspraken vinden hun weg naar het aan het begin van elke kabinetsperiode dichtgetimmerde Budgettair Kader Zorg. Stijgen de zorguitgaven boven het plafond van dit kader uit, dan dient de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport daarvoor volgens de begrotingsregels binnen de eigen portefeuille compensatie te vinden. Dat kan door tariefingrepen en budgetkortingen, waar de wetgeving die nog mogelijk maakt. Anders gaat sommige zorg uit het collectief verzekerde pakket, of moeten zorggebruikers bijbetalen.

Sinds zijn invoering is het Budgettair Kader Zorg nagenoeg elk jaar fors overschreden, zonder dat tijdig en afdoende compensatie voor deze overschrijdingen bij de zorguitgaven zelf is gevonden. Uitsluitend dankzij meevallers bij de rijksuitgaven en de sociale uitkeringen bleek het in de afgelopen zeventien jaar mogelijk om de totale collectieve uitgaven doorgaans

binnen de bij opeenvolgende kabinetformaties afgesproken perken te houden. Daarmee kreeg de verdringing van andere collectieve uitgaven een extra impuls.

Duidelijk is dat de wal het schip vroeger of later zal keren. Het overheidsbudget voor onderwijs, openbaar bestuur, waterkeringen en zo verder kan niet onbeperkt worden weggedrongen door de uitdijende zorguitgaven. Inderdaad kan de stijging van de zorguitgaven ook worden goedge maakt door de zorgpremies te verhogen en de belastingdruk op te voeren. Zo'n verzwaring van de lastendruk vermindert echter het arbeidsaanbod en zet daarmee een rem op de economische groei. Ook daar zijn dus grenzen in zicht, ook al omdat het bestaande stelsel nu al een zware wissel trekt op de solidariteit van jongeren met ouderen en die van meer met minder bemiddelde burgers.

Iedereen heeft van de wieg tot aan het graf vele malen met de gezondheidszorg van doen. Daarbij ligt de zorg de overgrote meerderheid van de bevolking na aan het hart. Bewijs: ondanks de sterke uitbreiding van het zorgbudget in de afgelopen tien jaar scoort de zorg onverminderd hoog, wanneer een representatieve steekproef van respondenten wordt gevraagd voor welke beleidsterreinen de overheid meer geld zou moeten uittrekken (zie de onderstaande tabel). Nu is bekend dat vragen over bezuinigingen (= minder geld) en intensiveringen (= meer geld) bij zulke enquêtes weinig consistent plagen te worden beantwoord. Respondenten tonen vaker een voorkeur voor meer dan minder uitgeven, ook wanneer zij uitdrukkelijk op de budgetrestrictie zijn geweest ("meer geld uitgeven aan bepaalde doeleinden betekent dat er minder geld is voor andere"). Toch geeft zulk onderzoek naar de voorkeuren van burgers wel een rangorde van prioriteiten voor de overheidsfinanciën aan.

Gewenste overheidsuitgaven (in procenten)^a

	(veel) minder	zoals nu	(veel) meer	weet niet
Onderwijs	1	21	76	2
Gezondheidszorg	3	21	74	2
Ongewogen gemiddelde ^b	20	38	38	3
Ontwikkelingssamenwerking	50	35	11	3
Internationale militaire missies	70	21	5	4

a. Vierde kwartaal 2011 (n = 1.011).

b. Voor zeventien beleidsterreinen.

Bron: Den Ridder, Kullberg en Dekker (2012), p. 10

De omvang van de collectieve uitgaven voor gezondheidszorg, de veelzijdige betrokkenheid van vrijwel alle burgers bij dit beleidsterrein en de enorme uitdaging waarvoor beleidsmakers zich bij het beheersbaar maken van de zorguitgaven gesteld zien, vormen stuk voor stuk voldoende aanleiding voor de publicatie van een monografie over dit onderwerp onder auspiciën van de Wim Drees Stichting voor Openbare Financiën.

Wim Drees Stichting voor Openbare Financiën

De in 2002 opgerichte Wim Drees Stichting voor Openbare Financiën ontplooit activiteiten met de bedoeling het publieke debat over de uitgaven en de ontvangsten van de overheid te stimuleren, door resultaten van onafhankelijk en wetenschappelijk integer onderzoek van de openbare financiën in bredere kring bekendheid te geven. Daartoe geeft de

Stichting het *Tijdschrift voor Openbare Financiën* uit. Iedere belangstellende kan de sinds 2006 verschenen afleveringen van het tijdschrift langs elektronische weg raadplegen via de website van de Stichting: www.wimdreesstichting.nl. Verder publiceert de Stichting haar Jaarboek Overheidsfinanciën. Tegen de zomer van 2012 verschijnt daarvan de tiende aflevering. Daarnaast organiseert de Stichting debatbijeenkomsten en zijn inmiddels vier monografieën in de reeks *Dreesforum* verschenen. Dit is het vijfde deel in deze reeks. Het sluit aan op een debatbijeenkomst die de Stichting belegde op 15 december 2011. Vier hoofdstukken (3, 4, 8 en 9) bevatten een uitgebreide weergave van bij die gelegenheid gehouden presentaties. De overige hoofdstukken van deze monografie bieden achtergrondinformatie en verdiepende analyses op terreinen en onderdelen die tijdens de debatbijeenkomst niet of onvoldoende aan de orde konden komen.

*Opzet en leeswijzer*¹

Het inleidende hoofdstuk bakent de zorgsector af, beschrijft de financiering van de zorgsector en gaat in op de oorzaken van de groeiende uitgaven voor de volksgezondheid. Daarna stelt dit hoofdstuk het uitgavenplafond voor de collectief gefinancierde zorguitgaven voor. De voornemens van het kabinet-Rutte op het terrein van de zorg passeren de revue.

Een blik achterom leert dat het uitgavenplafond voor de zorguitgaven de afgelopen tien jaar cumulatief met vele miljarden euro is overschreden. Anders gezegd: beleidsmakers zijn er niet in geslaagd de door de begrotingsregels geëiste budgettaire discipline op te brengen. Hierdoor ontpoppen de zorguitgaven zich in toenemende als een ‘koekoeksjong’ dat de overige collectieve uitgaven over de rand van het begrotingsnest dreigt te wippen.

In het tweede hoofdstuk zetten *Van der Horst*, *Van Erp* en *De Jong* het zoeklicht op de zorguitgaven. Afhankelijk van de gebruikte afbakening lagen zij in 2010 tussen 59,2 mld euro (de netto uitgaven onder het uitgavenplafond) en 87,6 mld euro (volgens de definitie van het Centraal Bureau voor de Statistiek). De zorguitgaven worden, opnieuw afhankelijk van de gekozen definitie, voor tussen 83 en 90 procent collectief gefinancierd. De collectieve financiering loopt via de premieheffing voor twee verplichte sociale verzekeringen tegen ziektekosten: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarnaast komt een deel van de collectief gefinancierde zorguitgaven ten laste van de algemene middelen van de rijksoverheid, de gemeenten en de provincies.

Sinds het begin van de jaren zeventig stegen de nominale zorguitgaven gemiddeld met 7,1 procent per jaar. Loon- en prijsstijgingen verklaren ruim de helft van de nominale uitgavengroei. Het zorgvolume – de hoeveelheid en de kwaliteit van daadwerkelijk gebruikte zorg – groeide in de afgelopen veertig jaar met 3,0 procent per jaar. De baten van de zorg waren in de afgelopen decennia aanzienlijk. Over deze zeer lange periode bezien valt de volumegroei volledig te verklaren uit de bevolkingsgroei (0,6 procentpunt), de groei van het inkomen per hoofd (2,0 procentpunt) en de verandering in de leeftijdsopbouw van de bevolking (per saldo 0,5 procentpunt). Voor deelperioden schiet de verklaringskracht van het model evenwel tekort: van de sterke volumegroei per hoofd in de jaren nul (4,0 procent per jaar) blijft bijna de helft onverklaard. De auteurs brengen dit in verband met een beleidswijziging rond de eeuwwisseling, toen de strakke budgettering van de zorguitgaven door verzet tegen de wachtlijsten is losgelaten.

Het laatste deel van dit hoofdstuk presenteert vier omgevingsscenario's voor het toekomstige beloop van de zorguitgaven. Deze scenario's bevatten geen stelselwijzigingen, maar zij variëren in de veronderstelde ontwikkeling van de levensverwachting, de prijs van zorg en de hoeveelheid en de kwaliteit van de zorg. De zorguitgaven – waarmee in 2010

¹ Deze samenvatting komt voor rekening van de eindredactie.

volgens de ruime definitie van het Centraal Planbureau 77,8 mld euro was gemoeid, of 13,2 procent van het bruto binnenlands product (bbp) – stijgen tot 2040 trendmatig naar 22 procent van het bbp. De gevonden bandbreedte ligt tussen 19 procent bbp (scenario met lagere kosten) en 31 procent bbp (scenario met betere zorg). Hoewel het niveau van de zorguitgaven in 2040 lastig valt te voorspellen, is de richting wel duidelijk. De auteurs concluderen dat beleidsmakers onvermijdelijk moeilijke knopen moeten doorhakken, want efficiënter werken lijkt (volstrekt) onvoldoende soelaas te bieden tegen de voortgaande trendmatige stijging van de zorguitgaven.

Bij het uitstippelen van beleid in het algemeen spelen uitgavenramingen een grote rol. Dat geldt uiteraard ook voor het zorgdomein. In het derde hoofdstuk beschrijven *Mathijssen, Van Gelder* en *Vendrik* hoe het Centraal Planbureau (CPB) komt tot ramingen van het beloop van de zorguitgaven op middellange termijn. Deze ramingen vormen de ijklijn, waartegen een nieuw kabinet bij zijn aantreden extra uitgaven (intensiveringen) en ombuigingen afzet. Dit levert het in de *Startnota* vastgelegde meerjarige budgettaire kader voor de collectief gefinancierde zorguitgaven op. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) maakt eigen ramingen van de toekomstige ontwikkeling van de zorguitgaven. De VWS-ramingen komen over het algemeen hoger uit dan die van het planbureau. Omdat de CPB-cijfers bij kabinetsformaties leidend zijn, past VWS intern een korting op de eigen ramingen toe (de ‘macroschaarste’).

De auteurs schetsen vervolgens een gedetailleerd beeld van de geldstromen in de sociale ziektekostenverzekering. Zij attenderen op de jaarlijkse tekorten van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten, dat eind 2012 kampt met een vermogenstekort van 14 mld euro. Het Ministerie van Financiën dekt de tekorten af via leningen. De schatkist krijgt dus een toenemende vordering op het Fonds. De auteurs bepleiten deze leningen om te zetten in rijksbijdragen *a fonds perdu*. Deze constructie bestaat al om tekorten in het Algemeen Ouderdomsfonds aan te zuiveren.

Daarna documenteert dit hoofdstuk het gebrek aan budgetdiscipline met een overzicht van de overschrijdingen van het uitgavenplafond voor de zorg in de jaren 2002–2010. Merkwaardig is dat hun precieze omvang niet bekend is, omdat realisatiecijfers voor de zorguitgaven soms nog jaren na dato binnendruppelen. Doordat tegenvallers doorgaans pas laat in de loop van het begrotingsjaar aan het licht komen, ontbreekt vaak de tijd om voor de overschrijdingen van het uitgavenkader verantwoorde compensaties te vinden. Gebrek aan samenhang in de stroom zorgcijfers die de volksvertegenwoordiging overspoelt belemmert een effectieve parlementaire controle. De minister van VWS heeft beterschap beloofd. Het op de derde woensdag van mei 2012 uit te brengen *Jaarverslag 2011* zal daarvan de sporen dragen.

In het vierde hoofdstuk laat *Boereboom* nog eens zien hoe snel de zorguitgaven in de jaren nul zijn gestegen, niet alleen in euro maar ook uitgedrukt in procenten van het bbp. In 2009 lag de zorgquote nergens in Europa zo hoog als hier, ondanks het feit dat Nederland een in verhouding nog jonge bevolking heeft. De auteur stelt vast dat de verdringing van andere collectieve uitgaven door de zorguitgaven niet eindeloos door kan gaan. Een alternatief zou zijn te berusten in sterk stijgende zorgpremies. Ongebreidelde lastenverzwaring doet echter een aanslag op de toekomstige economische groei en de particuliere koopkracht.

De baten van de zorg staan buiten kijf. Niet alleen voor individuen, maar ook voor de samenleving in haar geheel. Doordat de bevolking langer (in gezondheid) leeft, neemt het arbeidsaanbod in beginsel toe. Meer mensen kunnen meer uren werken, werknemers verzuimen mogelijk minder door ziekte, en zij zouden later met pensioen kunnen gaan. De baten van een groter aantal gezonde levensjaren slaan evenwel in feite vooral neer bij

individuen. Het positieve effect van betere zorg op de arbeidsdeelname blijft ook beperkt, doordat het overgrote deel van de zorguitgaven is bestemd voor mensen die niet (langer) actief zijn op de arbeidsmarkt. De omvangrijke baten van de zorg legitimeren op zichzelf geen collectieve financiering. Zij is bedoeld om solidariteit af te dwingen, teneinde de toegang tot zorgvoorzieningen voor iedereen te waarborgen.

Het kabinet zet al stappen om de groei van de zorguitgaven beter beheersbaar te maken, maar dat is volgens de auteur niet voldoende. Ambtelijk wordt dan ook driftig gestudeerd op mogelijkheden om dieper in te grijpen. Technologie is geen panacee die ingrijpen overbodig maakt. De technische vooruitgang leidt in veel gevallen juist tot stijgende kosten. Preventie van ziekte door een gezonde leefstijl is op zich zeer wenselijk. Uiteindelijk nemen de zorguitgaven echter toe, wanneer mensen langer leven. Zou bijvoorbeeld niemand meer roken, dan komen de zorguitgaven over ieders gehele levensloop gemiddeld 6 procent hoger uit. Ook *Boereboom* eindigt met de waarschuwing dat het maken van hele lastige keuzen in de zorg vroeger of later onvermijdelijk is.

Veranderingen in de leeftijdsopbouw van de bevolking drijven de zorgquote op, ook al vormt de vergrijzing niet de voornaamste oorzaak van de stijgende zorguitgaven. *Polder, Wong en Wouterse* laten in het vijfde hoofdstuk zien dat mensen in Nederland steeds langer leven en dat niets erop wijst dat de levensverwachting inmiddels een soort plafond zou hebben bereikt. De vergrijzing heeft ook maatschappelijke baten: gezonde ouderen kunnen langer doorwerken en zij leveren nu al belangrijke bijdragen aan mantelzorg en vrijwilligerswerk. De bevolking wordt niet alleen ouder en gezonder, maar tegelijk ook zieker. De levensverwachting zonder ziekte daalt namelijk.

In hun bijdrage gaan de auteurs in op kenmerken van zorggebruikers en de kosten van ziekten. Zij wijzen erop dat veel kosten in het laatste levensjaar worden gemaakt. Bij een groeiende levensverwachting nemen dus niet zozeer de totale zorguitgaven toe, maar worden zij veeleer slechts uitgesteld. Bij een schatting van de toekomstige zorguitgaven moet echter ook rekening worden gehouden met onderliggende, dynamische trends in gezondheid, ziekte en technologie. Een analyse van de zorguitgaven over de gehele levensloop kan hier meer helderheid verschaffen. Zo'n analyse, die gebruikmaakt van gegevens van drie miljoen ziekenfondsverzekerden in de periode 1997–2005, laat zien dat de ongelijkheid van de individuele zorgconsumptie in een bepaald jaar enorm groot is. Maar de verschillen in de zorgconsumptie nemen aanzienlijk af, wanneer de gehele levensloop in beschouwing wordt genomen. Dit besef kan steun bieden aan het draagvlak voor de solidariteit die in het zorgstelsel ligt besloten. Premiebetalers zijn immers niet alleen solidair met anonieme derden, maar ook met zichzelf in de toekomst. De levensloopbenadering suggereert verder dat een systeem van zorgsparen levensvatbaar kan zijn. Hierbij leggen mensen geld opzij voor de financiering van een deel van de eigen toekomstige zorguitgaven.

Bij het ramen van het zorggebruik in de aankomende decennia moeten onderzoekers attent zijn op de invloed van medisch-technologische ontwikkelingen en sociaal-economische trends, zoals het toenemende opleidingsniveau van de bevolking.

Het bestaande stelsel van sociale zekerheid verplicht ingezetenen van Nederland tot onderlinge solidariteit, en dat in hoge mate. In het zesde hoofdstuk onderzoekt *De Kam* de solidariteit van het Nederlandse zorgstelsel. Daarbij komen drie dimensies in beeld. De risicosolidariteit tussen mensen met een uiteenlopende kans op ziektekosten. De inkomenssolidariteit, nu de bijdrage aan de financiering van de zorg voor een belangrijk deel afhangt van het inkomen van verzekerden. En de persoonlijke solidariteit, die tot uiting komt in niet door de overheid opgelegd individueel gedrag dat een gunstige invloed op de collectieve zorguitgaven heeft. Wanneer verkeersdeelnemers zich prudent gedragen, scheelt

dit bijvoorbeeld in het aantal verkeersslachtoffers, en een gezonde leefstijl vermindert de kans dat iemand een beroep op de gezondheidszorg moet doen.

Oplopende zorguitgaven zetten de risicosolidariteit en de inkomenssolidariteit onder druk. De auteur bespreekt welke maatregelen denkbaar zijn om de spanning op de risicosolidariteit te verlagen: beperking van de collectief verzekerde zorg, of hogere lasten voor mensen met een ongezonde leefstijl. De laatste optie is te zien als uitwerking van het beginsel dat ‘de vervuiler betaalt’. De inkomenssolidariteit valt desgewenst te beperken door het eigen risico te verhogen, eigen betalingen van zorggebruikers op te voeren en de premiestelling voor de sociale zorgverzekeringen minder inkomensafhankelijk te maken. Bij de premieheffing voor de AWBZ gebeurt dit nu al sluipenderwijs: de lengte van de eerste en de tweede tariefschijf van de inkomensheffing blijft achter bij de groei van de (reële) inkomens. Omgekeerd kan het draagvlak voor de premieheffing worden verbreed door de inkomensgrens voor de inkomensafhankelijke Zvw-bijdrage en de premiegrens voor de AWBZ op te trekken, of door de AWBZ voortaan uit de algemene middelen te financieren (‘fiscalisering’). De persoonlijke solidariteit kan in betekenis toenemen naarmate senioren beschikken over betere aanvullende pensioenuitkeringen en meer vermogen. Wanneer rijke bejaarden hun eigen zorg inkopen, drukt dat immers de collectief gefinancierde zorguitgaven, waarmee de betaalbaarheid van de collectieve zorg van anderen verbetert. De auteur kant zich tegen invoering van fiscale prikkels om het zorgsparen te stimuleren.

Diverse vormen van solidariteit staan eveneens centraal in het zevende hoofdstuk. In hun bijdrage laten *Van der Torre, Pommer* en *Jonker* om te beginnen nogmaals zien dat Nederland met een zorgquote van 12 procent van het bbp (OESO-definitie) hoort bij een groepje landen die – na de Verenigde Staten – in verhouding het meest aan zorg uitgeven. Nederland financiert een bovengemiddeld deel van de zorguitgaven (85 procent) collectief. Eigen betalingen spelen een ondergeschikte rol. Zij waren in de periode 2000–2010 goed voor gemiddeld niet meer dan 6 procent van de kosten van verzekerde zorg. Daar komt de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering als private betaling (met een aandeel van 5 procent) nog bij. Deze premie geldt niet als collectieve last.

Vervolgens presenteren de auteurs een verdeling van het profijt van de sociale ziektekostenverzekering. Hiertoe is per huishouden nagegaan hoeveel het bijdraagt aan de financiering en wat het in ruil daarvoor terugontvangt. De basisverzekering tegen ziektekosten, die is geregeld in de Zorgverzekeringswet, nivelleert: de lage inkomens betalen minder en de hoge inkomens meer dan bij heffing van marktconforme premies het geval zou zijn. Het door huishoudens genoten profijt wordt uiteengelegd in risicosolidariteit, kindsolidariteit en pure inkomenssolidariteit. In veruit de meeste gevallen werken risico- en inkomenssolidariteit in dezelfde richting. Een vergelijking van de verdeling van het profijt over inkomensklassen in 1991, 1999, 2003 en 2007 leidt tot de opmerkelijke slotsom dat zij, ondanks talrijke opeenvolgende stelselwijzigingen, betrekkelijk stabiel is in de tijd.

Het profijt van thuiszorg en verzorgings- en verpleeghuiszorg komt – mede door de sterk inkomensafhankelijke eigen bijdrage – vooral ten goede aan huishoudens met lage(re) inkomens. Senioren die het wat breder hebben kiezen veeleer voor eigen, private oplossingen.

In de afgelopen twintig jaar heeft de overheid al een aantal stappen gezet in de richting van een zorgstelsel dat (veel) meer ruimte biedt voor marktwerking. De publieke belangen van toegankelijkheid, kwaliteit en een verantwoorde kostenontwikkeling (‘betaalbaarheid’) van de zorgwaren daarbij steeds een punt van aandacht. In het achtste hoofdstuk onderzoekt *Maarsehoe* elk van deze belangen kan worden gedefinieerd en hoe zij zich verhouden tot de grotere rol die vraag en aanbod bij de zorgproductie hebben gekregen.

Wat betreft de toegankelijkheid concentreert de auteur zich bij de aanbodkant op de beschikbare en de geografische spreiding van de capaciteit, en op garanties voor continuïteit van de zorg. Aan de vraagkant kijkt hij naar universele toegankelijkheid en wachttijden. De rijke casuïstiek toont een weerbarstige praktijk. Tot nu toe opgedane ervaringen laten nog geen duidelijke conclusies toe.

Ook op de vraag naar de gevolgen van de in gang gezette markthervormingen voor de kwaliteit van de zorg valt vooralsnog geen eenduidig antwoord te geven. Een opvallende ontwikkeling is dat verzekeraars recent selectiever zorg zijn gaan contracteren, waarbij kwaliteit uitdrukkelijk een factor is. De hierbij gehanteerde criteria zijn weliswaar transparant, maar voeren soms tot uitkomsten die geen basis hebben in bevindingen van de Inspectie Gezondheidszorg van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Anderzijds leert de praktijk dat markt- en zorglogica herhaaldelijk met elkaar op gespannen voet staan.

Ontketende marktkrachten kunnen door verscherpte concurrentie leiden tot prijsdruk en zo bijdragen aan beheersing van de zorguitgaven. Anderzijds wordt de vraag op dit moment nauwelijks geremd door eigen betalingen, hebben verzekeraars de plicht voldoende zorg voor hun verzekerden in te kopen en beschikken zorgaanbieders soms over een sterke onderhandelingspositie. Bij de ziekenhuizen, die met ingang van dit jaar vrij met de zorgverzekeraars mogen onderhandelen over gemiddeld 70 procent van hun omzet, houdt de minister van VWS dan ook een noodrem in de vorm van het ‘macrobeheersingsinstrument’ achter de hand. Beschikbare cijfers van de Nederlandse Zorgautoriteit suggereren dat ziekenhuizen omzetverlies als gevolg van prijsverlagingen in hoge mate weten te compenseren door hogere volumes te draaien.

In zijn slotbeschouwing oppert de auteur dat de toekomstige ontwikkeling zou kunnen gaan in de richting van een voor iedereen gelijk basisaanbod van voorzieningen, met daarbovenop een in wisselende mate toegankelijk extra aanbod of parallel aanbod van ‘luxe’ voorzieningen.

Die trend is nu al zichtbaar bij de ouderenzorg die wordt gefinancierd via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Bemiddelde ouderen kiezen eigen oplossingen. In het negende hoofdstuk belichten *Hasekamp* en *Groot Koerkamp* de toekomst van de ouderenzorg. Zij wijzen erop dat de vergrijzingsgolf relatief laat over Nederland spoelt. De betaalbaarheid van de ouderenzorg staat extra onder druk, doordat Nederland ten opzichte van andere landen veel geld uittrekt voor voorzieningen waarop hoofdzakelijk of uitsluitend ouderen een beroep doen. Een grensoverschrijdende beschouwing leert dat de AWBZ-gefinancierde zorg uitgesproken ruimhartig is. Het is de vraag of deze opzet op (middellange) termijn houdbaar blijft.

Ruim de helft van de via de AWBZ gefinancierde zorg komt ten goede aan 65-plussers. Verzekerden die AWBZ-gefinancierde ouderenzorg ontvangen zijn in belangrijke mate ook verzekerden met hoge kosten in de Zorgverzekeringswet. Het is volgens de auteurs daarom een logische stap dat het kabinet heeft besloten de AWBZ in de toekomst te laten uitvoeren door verzekeraars, voor hun eigen verzekerden. Wanneer zorgverzekeraars de AWBZ-inkoop voor hun eigen verzekerden uitvoeren, ontstaan meer mogelijkheden voor de juiste ondersteuning, omdat zij nu in de gehele keten van zorgtrajecten invloed kunnen uitoefenen. Door beide sociale verzekeringen door één partij te laten uitvoeren wordt het mogelijk mensen klantgericht, beter en efficiënter van dienst te zijn. Dit wordt geïllustreerd met de casus dementie.

De auteurs doen een poging om vraagtekens die vanuit de academische wereld bij de operatie zijn geplaatst weg te nemen.

De omzet van de ziekenhuizen bedraagt bijna 4 procent van het bbp. Daarmee slokt deze deelsector ruim een derde van het totale verzekerde zorgbudget op. De invloed van het Baumol-effect blijkt gematigd te zijn: de arbeidsproductiviteit is in de jaren nul gestegen, zij het (veel) minder dan in de economie als geheel. In het tiende hoofdstuk gaan *Blank* en *Eggink* na in welke mate ziekenhuizen hun productiviteit kunnen opvoeren, hoe de overheid productiviteitsverbeteringen kan stimuleren en in hoeverre beleidsmakers in Nederland de hiervoor beschikbare instrumenten al daadwerkelijk inzetten. De auteurs putten voor hun inzichten uit een omvangrijke internationale literatuur, zonder de pretentie dat zij een volledig beeld geven. De hierna volgende samenvatting van hun conclusies is ‘kort door de bocht’. Voor de nodige nuanceringen worden lezers verwezen naar hoofdstuk 10.

Bij de sturingsinstrumenten onderscheiden de auteurs stelselinstrumenten (voor de centrale overheid) en instellingsinstrumenten (voor bestuurders en managers van individuele ziekenhuizen). Bekostiging, eigendomsverhoudingen, marktordening en omgeving (BEMO-model) zijn instrumentele variabelen op stelselniveau. Op instellingsniveau worden eveneens vier categorieën instrumenten aangewezen: bedrijfsvoering, interne sturing, technologie en samenwerking (BITS-model).

Op stelselniveau leidt prestatiegericht bekostigen tot een grotere productieomvang en een hogere productiviteit. Nederland is hiermee een eindweegs gevorderd, nu ziekenhuizen steeds meer worden gefinancierd op basis van geleverde diagnosebehandelcombinaties. Private instellingen blijken in het algemeen productiever te zijn dan ziekenhuizen die worden gerund door de overheid. Hard bewijs ontbreekt dat inschakeling van instellingen met winstoogmerk de productiviteit zou verhogen. Meer concurrentie leidt tot hogere productiviteit. De huidige concentratiebeweging bij Nederlandse ziekenhuizen ondermijnt de concurrentie en verzwakt deze prikkel. Na invoering van een verplichte basisverzekering neemt de vraag naar zorg toe, waardoor instellingen in eerste instantie zijn geprikkeld om doelmatiger te werken. In ons land was praktisch de gehele bevolking al tegen de kosten van een ziekenhuisopname verzekerd, ook vóór de invoering van de basisverzekering in 2006. Van deze stelselherziening halverwege de jaren nul ging dus geen extra productiviteitsprikkel uit.

Op instellingsniveau kunnen doelmatiger georganiseerde werkprocessen de productiviteit verbeteren. Mogelijkheden om de bedrijfsvoering te optimaliseren liggen vooral bij aanpassingen van de mix van ingezette middelen, bijvoorbeeld door de omvang van de staf terug te brengen. De conclusies over het effect van inschakeling van ICT zijn niet eenduidig. Een ruim bemeten bezoldiging van bestuurders draagt in elk geval niet bij aan een hogere productiviteit, een klein en slagvaardig bestuur dat strikt toezicht houdt doet dat wel. Procesinnovaties, zoals investeringen in logistiek, blijken de productiviteit te kunnen verhogen. Productinnovaties, zoals multidisciplinaire diagnostiek, doen dat niet. Samenwerking met andere ziekenhuizen lijkt de productiviteit te verhogen. Fusies van de afgelopen decennia hebben de productiviteit van de ziekenhuizen juist onder druk gezet: de schaal van de ziekenhuizen is al te groot geworden.

In hoofdstuk 11 analyseren *Diederix*, *Gupta*, *Klinkhamer* en *Ter Meulen* de prestaties van 89 ziekenhuizen met data voor de periode 2002–2010. De gebruikte gegevens komen uit de jaarlijkse studie van Gupta Strategists. In 2010 steeg de totale omzet van de ziekenhuizen met 5 procent. De omzet in het B-segment, waar instellingen vrij met zorgverzekeraars onderhandelen over hoeveelheden en prijzen, is in 2010 sterk toegenomen (met 13 procent). Deze groei deed zich vooral voor bij de kleine streekziekenhuizen. De kostenstijging per patiënteenheden was in 2010 gematigd, dankzij een verbetering van de arbeidsproductiviteit en dalende inkoopkosten.

Samen realiseerden de ziekenhuizen in 2010 een exploitatieoverschot van 300 mln euro. Het eigen vermogen van de instellingen begint in de buurt te komen van de 15 procent van het balanstotaal. Een vermogenspositie die hieraan voldoet wordt gezien als ondergrens om te kunnen spreken van een financieel gezond ziekenhuis. Tegelijk lag de vermogenspositie van veertien ziekenhuizen in 2010 nog altijd tussen 0 en 10 procent van hun balanstotaal. Deze instellingen zijn relatief kwetsbaar, omdat zij slechts korte tijd in staat zijn betrekkelijk bescheiden verliezen te dragen.

De auteurs pleiten voor een brede maatschappelijke discussie over volumeontwikkelingen in de tweede lijn. Beter inzicht in factoren die de volumegroei veroorzaken is daarbij gewenst: zijn het bepaalde patiëntgroepen, specifieke behandelingen of identificeerbare regio's waar de groei voornamelijk plaatsvindt? In beginsel kunnen zulke inzichten ongetwijfeld bijdragen aan een rationeler zorginkoop en excessieve ontwikkelingen tegengaan. Ook hier geldt echter: meten is weten, maar dan ...?

Alle auteurs die aan deze monografie bijdragen zijn het roerend met elkaar eens dat de zorguitgaven in de aankomende decennia sterk blijven stijgen. In het slothoofdstuk komt aan de orde met welke maatregelen de overheid de financiële houdbaarheid van het collectief gefinancierde deel van het zorgstelsel kan vergroten. Eerst bespreken *De Kam* en *Donders* enkele alternatieven voor de huidige financieringsstructuur. Zij pleiten onder andere voor een grotere bijdrage van ouderen aan de financiering van de zorg door een verhoging van de AWBZ-premie voor deze groep. Het is denkbaar dat de overheid burgers aanspoort om tijdig geld opzij te leggen als buffer voor toekomstige zorguitgaven. Verplicht zorgsparen stuit op bedenkingen. Vrijwillig zorgsparen gebeurt al op ruime schaal. Mede om die reden bestaat geen aanleiding om een specifieke fiscale faciliteit in te voeren ter bevordering van zorgsparen.

Hoogstwaarschijnlijk kan niet worden volstaan met maatregelen die aangrijpen bij de financiering van de zorg. De auteurs bespreken met welke instrumenten de stijging van de collectieve zorguitgaven valt te beteugelen. Zij geven voorbeelden van manieren om de zorgproductie doelmatiger te maken. Van substitutie – de vervanging van dure vormen van zorg door goedkopere vormen van zorg – verwachten zij niet veel. Daarentegen wemelt het van de aanwijzingen dat in de ziekenhuissector aanzienlijke besparingen mogelijk zijn. De zorgverzekeraars moeten hier het voortouw nemen. Dat werkt ook. Zo besparen zij inmiddels op jaarbasis vele honderden miljoenen euro door het preferentiebeleid voor bepaalde medicijnen. Aanbesteding van de thuiszorg heeft eveneens een flinke bezuiniging mogelijk gemaakt, zonder aantoonbaar kwaliteitsverlies. Soms zal aansturing door de overheid nodig blijven, bijvoorbeeld bij de beperking van ziekenhuiscapaciteit voor eerste hulp.

Het kabinet koestert hoge verwachtingen van geregeerde marktwerking als methode om te komen tot een betere prijs-kwaliteitverhouding van verleende zorg. Hiermee zijn vooralsnog zeer gemengde ervaringen opgedaan. Het door ziekenhuizen geproduceerde zorgvolume is in 2010 en 2011 fors toegenomen. Het staat te bezien of de in de zomer van 2011 afgesproken volumegroei van ten hoogste 2,5 procent zal worden geëffectueerd. De minister van VWS houdt de bevoegdheid om in te grijpen, wanneer verzekeraars en ziekenhuizen de afspraak niet nakomen. Dit illustreert de spanning tussen marktwerking – waarbij vraag en aanbod prijs en hoeveelheid van de geconsumeerde zorg bepalen – en het werken met een uitgavenplafond voor de zorg. Tot slot passeren diverse maatregelen de revue die de verwachte stijging van de collectief gefinancierde zorguitgaven kunnen afremmen: een kleiner collectief verzekerd pakket, scherpere indicatiestelling bij de toegang tot zorgvoorzieningen en invoering van eigen betalingen van zorggebruikers ('remgelden'). De auteurs noemen een maatschappelijke discussie over de grenzen van medisch-specialistische

en ziekenhuiszorg voor hoogbejaarden gewenst. Zij pleiten voor invoering van een eigen bijdrage van € 10 bij elk consult van een huisarts.

Deadline

De auteurs hebben hun bijdragen over het algemeen ingeleverd in december 2011 of januari 2012. De vooruitzichten voor de Nederlandse economie en de overheidsfinanciën zijn in hoofdzaak ontleend aan de rijksbegroting voor 2012 en de *Macro Economische Verkenning 2012* van het Centraal Planbureau. De weergave van wettelijke regelingen en de belasting- en premietarieven is – tenzij anders aangegeven – naar de situatie per 1 januari 2012. De geredigeerde kopij van de hoofdstukken ging eind februari 2012 naar de zetter.

Dankbetuiging

De eindredactie is veel dank verschuldigd aan alle auteurs die een bijdrage aan deze monografie hebben geleverd. Mevrouw A. Turlings (Sdu Uitgevers) heeft de productie van deze uitgave van de Stichting weer in goede banen geleid.

Jan Donders
Flip de Kam

Literatuur

Ridder, Josje den, Jeanet Kullberg, en Paul Dekker (2012), *Burgerperspectieven 2011/4. Continu Onderzoek Burgerperspectieven*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau