

Gezondheidszorg

W. Groot

H. Maassen van den Brink

3.1 Inleiding

De eerste begroting van een kabinet geleid door minister-president Balkenende was die voor 2003. Bijna acht jaar later en na de val van het kabinet-Balkenende IV is het een geschikt moment om terug te kijken op wat in de afgelopen periode is bereikt. De Beleidsagenda, die onderdeel vormt van de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) voor 2003, bevat een passage die de filosofie van de vier opeenvolgende kabinetten-Balkenende goed weergeeft:

“Er geldt nog maar één marsorder voor de zorgsector: lever goede service aan alle zorgvragers en zorg dat wachttijden tot een aanvaardbaar niveau worden bekort. Om dit doel, dat overigens niet van vandaag op morgen kan worden gerealiseerd, op efficiënte en betaalbare wijze te bereiken zullen vraagsturing, toezicht door de overheid, grotere nadruk op transparantie en de werking van de prikkel van de concurrentie centraal staan. Alleen zo kan Nederland zich ook financieel permitteren om in 2005 ongeveer het huidige pakket (dat van de vroegere Ziekenfondswet – *auteurs*) te kiezen voor de basisverzekering. Het criterium betaalbaarheid brengt met zich mee dat de uitgaven binnen het kader zullen moeten passen. Dit laat echter de individuele aanspraken op zorg van 1 januari tot en met 31 december onverlet.”¹

In de afgelopen acht jaar is veel van het programma dat in deze passage wordt geschetst ook gerealiseerd. Dat is een hele prestatie, gelet op de hindermacht waartoe partijen in de zorgsector in staat zijn. Daar komt bij dat de opeenvolgende stelselwijzigingen in de zorg uit deze periode een fundamentele tegenstrijdigheid proberen te verzoenen. De nagestreefde vraagsturing en het recht op onbelemmerde toegang tot zorgvoorzieningen drijven de uitgaven op, terwijl die moeten (blijven) passen binnen een beperkt financiële kader. Deze spanning doet zich ook op andere beleidsterreinen voelen, zoals het onderwijs. Bij de zorguitgaven gaat het evenwel om (nog) hogere bedragen. Het uitgavenkader voor de zorg – het Budgettair Kader Zorg

¹ Tweede Kamer (2002–2003), 12.

(BKZ) – bedraagt in 2010 bijna 60 mld euro. Het BKZ omvat de bruto uitgaven voor noodzakelijke zorg die collectief wordt gefinancierd, hoofdzakelijk via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). De zorguitgaven onderscheiden zich verder, doordat zij grotendeels worden gefinancierd uit premies. Slechts een beperkt – zij het toenemend – deel van de zorguitgaven wordt ten laste van de algemene middelen gefinancierd. Eigen bijdragen van zorggebruikers zijn goed voor 3 mld euro. Tabel 3.1 brengt de bruto zorguitgaven onder het BKZ en hun financiering in beeld.

Tabel 3.1 *Zorguitgaven onder het BKZ en hun bekostiging, 2010 (mld euro)*

Bruto zorguitgaven	59,7
-/- eigen betalingen van zorggebruikers AWBZ	1,5
-/- eigen betalingen van zorggebruikers Zvw	1,5
Netto zorguitgaven	56,7
<i>gefinancierd via:</i>	
AWBZ: premie (14,9) + compensatie belastingherziening 2001 (4,9)	19,8
AWBZ: toename tekort in AWBZ-fonds (lening van schatkist)	2,3
Zvw: inkomensafhankelijke bijdrage (17,5) + nominale premie (14,1)	31,6
Zvw: rijksbijdrage	2,1
Overig (per saldo)	0,9

Bron: Tweede Kamer (2009–2010), 183-188

Verder valt de sterke groei van de zorguitgaven op. Volgens de VWS-begroting nemen de uitgaven tussen 2010 en 2014 met ruim 23 procent toe.² Dit is een veelvoud van de groei van de totale collectieve uitgaven en die van het bruto binnenlands product (bbp). De oplopende zorguitgaven soupeerden in de afgelopen jaren al meer dan een derde van de groei van de collectieve uitgaven op. Naar verwachting zal dat aandeel binnen enkele jaren de helft of meer zijn. Daarmee verdringen de zorguitgaven in toenemende mate de overige collectief gefinancierde uitgaven, zoals die voor onderwijs, openbare orde en veiligheid.

Hier komt bij dat het in verhouding ruim bemeten BKZ vrijwel voortdurend wordt overschreden. Dit brengt ons tot de conclusie dat het BKZ in wezen nauwelijks als een echt budget valt te beschouwen. In de praktijk functioneert het meer als een indicatie van de minimale omvang van de zorguitgaven in latere jaren. Zo wordt het BKZ in elk geval door de meeste partijen die het geld verdelen en besteden – de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders – in de praktijk wel beschouwd. Het kabinet vindt compensatie voor deze overschrijdingen, door ze weg te strepen tegen overschrijdingen bij de beide andere budgetdisciplinesectoren.³ De overschrijdingen worden administratief ‘gewit’ via de zogeheten macrona calculatie van de Zorgverzekeringswet. In de praktijk worden vervolgens in het BKZ van het jaar erop enkele – nogal eens boterzachte en onhaalbare – bezuinigingen aangekondigd om de overschrijdingen te redresseren. Betere beheersing van het BKZ vormt een van de belangrijkste beleidsopgaven voor een

2 Tweede Kamer (2009–2010), 177.

3 Dit zijn de sector Rijksbegroting in enge zin en de sector Sociale Zekerheid en Arbeidsmarkt.

nieuw kabinet. We komen hieronder nog terug op de vraag hoe de zorguitgaven beter in de hand gehouden kunnen worden (onderdeel 3.4).

Door de val van het kabinet-Balkenende IV is een beschouwing over de begroting voor 2010 tegelijk een evaluatie van het gezondheidszorgbeleid uit de afgelopen drie jaar. Minister Klink (CDA) en staatssecretaris Bussemaker (PvdA) van VWS hebben veel van de hervormingen die door hun voorgangers in gang zijn gezet, gecontinueerd. Bij de verbetering van de kwaliteit van de zorg is vooruitgang geboekt. In de *Euro Health Consumer Index* van de Europese Unie komt het Nederlandse zorgsysteem als beste uit de bus.⁴ Ons land maakte in 2006 een sprong voorwaarts, toen de basisverzekering tegen ziektekosten voor de gehele bevolking verplicht werd gesteld. Voordien bestond die verplichting uitsluitend voor het tweederde deel van de bevolking die onder de vroegere ziekenfondsverzekering viel. Tegelijk is ook veel blijven liggen. In de *care* (langdurige verzorging en verpleging), die hoofdzakelijk wordt gefinancierd via de AWBZ, schreeuwen diverse problemen om oplossing. In de op genezing gerichte curatieve zorg die voor het overgrote deel wordt gefinancierd via de Zorgverzekeringswet leidt de overgang naar een stelsel met een grotere rol voor gereguleerde marktwerking bij de betrokken partijen tot fricties en onzekerheid. De wankelmoedige houding van sommige fracties in de Tweede Kamer bemoeilijkt daarbij de effectieve aanpak van bestaande problemen.

De val van het kabinet noopt ook tot vooruitzien. Voor welke opgaven ziet het volgende kabinet zich gesteld? Welke keuzen moeten worden gemaakt? Bovenop de al geplande bezuinigingen op de zorgtoeslag en de curatieve zorg ter grootte van 0,4 procent van het bbp die in 2009 zijn afgesproken, lijken omvangrijke nieuwe ombuigingen op de collectief gefinancierde zorguitgaven onvermijdelijk te zijn. Twee heroverwegingswerkgroepen hebben hiervoor een groot aantal beleidsopties in kaart gebracht. Bij de curatieve zorg leveren de onderzochte varianten in 2015 een besparing van 6,3 mld euro op.⁵ Voor de langdurige zorg is een sobere variant geschetst, die in 2015 een besparing van 4,4 mld euro zou moeten opleveren.⁶ Financiële aanpassingen van een dergelijke omvang maken drastische ingrepen noodzakelijk.

In dit hoofdstuk gaan we achtereenvolgens in op de curatieve zorg (onderdeel 3.2) en de langdurige zorg (onderdeel 3.3). Vervolgens komt in onderdeel 3.4 de vraag aan de orde hoe in de komende jaren de zorguitgaven enigszins in de hand zijn te houden.

3.2 Curatieve zorg

In de curatieve zorg gaat in 2010 ruim 33 mld euro om. Beleidsmatig staat hier de overgang naar prestatiebekostiging centraal. De te leveren prestaties zijn geformuleerd in termen van diagnosebehandelcombinaties (DBC's). Voor de eerstelijnszorg – huisartsen en andere zorgaanbieders in de frontlinie – staat invoering van (keten-)DBC's voor chronische zorg op de rol. Bij de ziekenhuiszorg wordt de vrije prijsvorming voor de DBC's uitgebreid naar 50 procent en de instellingsbudgettering losgelaten. Tegelijk worden de financiële risico's voor de zorgverzekeraars vergroot. Nu krijgen zij uitgavenoverschrijdingen vaak achteraf vergoed. Dit stompt de

4 Health Consumer Index 2009, 15. Zie: <http://www.epractice.eu/files/5th%20Annual%20Edition%20of%20the%20Euro%20Health%20Consumer%20Index%202009.pdf>.

5 Werkgroep 11. Curatieve zorg (2010), 12.

6 Werkgroep 12. Langdurige zorg (2010), 10.

prikkel af om op het scherpst van de snede met zorgaanbieders te onderhandelen over prijs en kwaliteit van te verzekeren zorg. Deze *ex post* compensatiemechanismen worden geleidelijk en gedeeltelijk afgebroken.

Vrije prijsvorming en afschaffing van het ziekenhuisbudget brengen het risico met zich mee dat de ziekenhuisuitgaven – meer nog dan in de afgelopen jaren het geval was – onbeheersbaar worden. Om dit te voorkomen, stelt de overheid als eis dat de uitgaven van alle ziekenhuizen samen binnen het macrobudget voor de ziekenhuiszorg blijven. Het bestaande microbudget voor elk afzonderlijk ziekenhuis wordt vervangen door een gezamenlijk macrobudget voor alle ziekenhuizen. Als dit macrobudget wordt overschreden, dan worden ziekenhuizen naar rato van hun marktaandeel voor een bepaald bedrag aangeslagen. Dat bedrag moeten zij dan afstaan aan de zorgverzekeraar of het Zorgverzekeringsfonds.⁷

De voorgenomen invoering van prestatiebekostiging heeft veel voordelen. Prestaties worden beloofd, goed presterende ziekenhuizen krijgen meer dan slecht presterende en de competitie tussen de instellingen wordt versterkt. Aan de vervanging van microbudgettering door macrobudgettering kleeft echter een groot nadeel: ziekenhuizen staan voor een *prisoner's dilemma* en destructieve onderlinge concurrentie dreigt. De gevolgen voor de bedrijfsvoering van ziekenhuizen zijn groot. Tussen 2003 en 2007 bedroeg de overschrijding van het BKZ gemiddeld 3 tot 4 procent per jaar. Blijft dit percentage actueel, dan zou een gemiddeld ziekenhuis in de toekomst jaarlijks 5 tot 7 mln euro moeten terugbetalen. Bij een gemiddelde solvabiliteit van 15 procent zou een doorsnee ziekenhuis na een jaar of vier door zijn eigen vermogen heen zijn.

Macrobudgettering schept een *prisoner's dilemma* voor ziekenhuizen. Elk ziekenhuis is het beste af als het zelf zijn productie flink opvoert, terwijl alle andere ziekenhuizen dat niet doen. Zo kan het zijn eigen positie verbeteren, maar wordt het macrobudget niet of nauwelijks overschreden. De slechtst denkbare situatie ontstaat voor een ziekenhuis dat de eigen productie constant houdt, terwijl de concurrenten hun productie opvoeren. Dit ziekenhuis gaat er niet op vooruit, maar het wordt wel proportioneel aangeslagen voor de overschrijding van het macrobudget die door de anderen is veroorzaakt. Aangezien alle ziekenhuizen zo redeneren, zullen ze allemaal hun productie opvoeren. Het gevolg is een overschrijding van het macrobudget. Dit is het *prisoner's dilemma*: het najagen van het individuele belang leidt uiteindelijk tot een uitkomst die in niemands belang is. Deze perverse uitkomst wordt versterkt, doordat ziekenhuizen zullen proberen via extra productie een grotere financiële buffer op te bouwen. Nog grotere overschrijdingen zijn daarvan het gevolg. Ziekenhuizen zullen deze bedragen moeten terugbetalen uit hun financiële reserves. Omdat ziekenhuizen meestal niet over heel veel reserves beschikken, raken zij hierdoor in de financiële problemen.

De destructieve concurrentie die wordt losgemaakt door prestatiebekostiging binnen een macrobudget, bedreigt de financiële levensvatbaarheid van de ziekenhuissector. Prestatiebeprestiging is goed, want zij leidt tot betere prestaties. Een macrobudget is goed, want dit voorkomt dat de zorgkosten volledig ontsporen. Maar prestatiebeprestiging gecombineerd met een macrobudget is slecht, want deze combinatie leidt tot destructieve concurrentie. Om

7 De inkomensafhankelijke Zwv-bijdrage wordt door de Belastingdienst geïncasseerd en via het door het College voor zorgverzekeringen beheerde Zorgverzekeringsfonds aan de zorgverzekeraars uitgedeeld.

destructieve concurrentie te voorkomen en toch het trendmatig begrotingsbeleid in stand te houden, had minister Klink er beter voor kunnen kiezen om de financiële risico's voor de zorgverzekeraars wat meer te vergroten. Verzekeraars ontvangen momenteel uit het Zorgverzekeringsfonds een bedrag op basis van hun verwachte zorguitgaven (gegeven de kenmerken van hun verzekerdenbestand). Als de werkelijke zorguitgaven hoger uitvallen, krijgen ze het verschil achteraf vergoed. Deze macronaculatie beschermt zorgverzekeraars tegen een te krappe of te optimistische raming van de zorgkosten door de overheid. Afschaffen van de macronaculatie legt de verantwoordelijkheid voor budgetoverschrijdingen bij de zorginkoper: de zorgverzekeraar. Deze ingreep is echter niet voldoende. De overheid komt dan namelijk in de verleiding om het BKZ te krap vast te stellen. Door de uitgavengroei te onderschatten, kan het kabinet de indruk wekken dat de totale collectievelastendruk beperkt blijft.

De uitgaven krachtens de Zorgverzekeringswet worden – afgezien van een rijksbijdrage – op twee manieren gedekt:

- uit nominale premies, die de zorgverzekeraars rechtstreeks aan hun verzekerden in rekening brengen;
- uit een inkomensafhankelijke bijdrage, die de Belastingdienst heft en die via het Zorgverzekeringsfonds aan verzekeraars wordt uitgedeeld.

De Zvw bepaalt dat het aandeel van de nominale premies en de inkomensafhankelijke bijdrage 50/50 moet zijn.⁸ Afschaffing van de macronaculatie betekent ook dat de zorgverzekeraars indirect de hoogte van de inkomensafhankelijke bijdrage gaan vaststellen. De wettelijk voorgeschreven 50/50-verdeling heeft namelijk tot gevolg dat door uitgavenoverschrijdingen afgedwongen verhogingen van de nominale premie automatisch ook de inkomensafhankelijke bijdrage opstuwten. Werkgevers zijn verplicht hun werknemers volledig te compenseren voor een stijging van de inkomensafhankelijke Zvw-bijdrage. Zorgverzekeraars zouden zodoende mede de lastendruk op arbeid gaan bepalen. Om dit te voorkomen zou naast de macronaculatie ook de 50/50-verdeling tussen de opbrengst van inkomensafhankelijke bijdragen en nominale premies moeten worden losgelaten. De overheid is dan uitsluitend verantwoordelijk voor het vaststellen van de inkomensafhankelijke premie. Dit vereist een politieke afweging van de aanvaardbaar geachte lastendruk op inkomen en de gewenste mate van inkomenssolidariteit in het zorgverzekeringsstelsel. Het verschil tussen de totale Zvw-gefinancierde zorguitgaven en de politiek vastgestelde macro-opbrengst van de inkomensafhankelijke bijdrage moeten de zorgverzekeraars dan afdekken door hun nominale premies op te schroeven. Afschaffing van de wettelijke 50/50-verdeling zou betekenen dat de politieke besluitvorming over de omvang van het BKZ wordt vervangen door een beslissing over de hoogte van de inkomensafhankelijke Zvw-bijdrage. Het voordeel is dat daarmee discussies over de hoogte en de overschrijding van het BKZ tot het verleden behoren. De politieke discussie gaat waarover hij zou moeten gaan: hoe hoog moeten de inkomensafhankelijke premies zijn? Vermoedelijk zal in deze constellatie het aandeel van de nominale premies toenemen in de richting van 60 procent of meer, zonder dat de arbeidskosten nog langer worden opgestuwd door de werkgeversvergoeding voor de

8 Strikt genomen gaat het om de opbrengst van de nominale premies plus de rijksbijdrage voor kinderen.

inkomensafhankelijke Zvw-bijdrage. Een grotere rol voor de nominale premie versterkt de concurrentie tussen de zorgverzekeraars, wat een gewenste ontwikkeling is.

3.3 Langdurige zorg

De uitgaven aan langdurige zorg bedragen in 2010 naar verwachting ruim 22 mld euro. Zij worden hoofdzakelijk gefinancierd via de premie voor de AWBZ (14,9 mld). Daar komt nog ruim anderhalf mld euro aan eigen bijdragen bij, plus de compensatie voor de belastingherziening van 2001 (4,9 mld euro). Deze bedragen bij elkaar zijn niet voldoende om de uitgaven te dekken. Het AWBZ-fonds stevent af op een exploitatieverlies van bijna 2,3 mld euro. Door dit verlies loopt het negatieve eigen vermogen van het AWBZ-fonds verder op, tot ruim 7 mld euro. Dit tekort wordt gedekt door voorschotten uit de schatkist en zal ooit moeten worden aangezuiverd ten laste van de algemene middelen (tenzij de AWBZ-premie fors wordt verhoogd, wat gezien de inkomensgevolgen niet in de lijn van de verwachting ligt).⁹ Bij de financiering van de langdurige zorg is zodoende sprake van sluipende fiscalisering.

In het beleid voor de langdurige zorg stond de afgelopen jaren het streven centraal om de AWBZ terug te brengen "...naar zijn oorspronkelijke bedoeling: het leveren van zorg aan kwetsbare mensen die daar langdurig behoefte aan hebben". Staatssecretaris Bussemaker heeft met dit doel voor ogen de aanspraken op activerende begeleiding en ondersteuning gedeeltelijk beperkt. Op zich is het streven om de AWBZ terug te brengen naar zijn oorspronkelijke doelstelling een goede zaak. Het nadeel van deze beleidsinzet is echter dat de indruk ontstaat dat de AWBZ in de kern goed functioneert. Deze indruk is pertinent onjuist. Organisatie en inrichting van de AWBZ zijn niet langer geschikt voor deze tijd en hoognodig aan vernieuwing toe.

De AWBZ-uitgaven lopen uit de hand. Sinds 1998 zijn de uitgaven aan thuiszorg met gemiddeld 8 procent per jaar gestegen. De uitgaven aan verpleeg- en verzorgingshuizen groeien jaarlijks met gemiddeld 6,5 procent, die voor gehandicaptenzorg met 8,3 procent. Zonder maatregelen dreigt de AWBZ de WAO van de 21^e eeuw te worden. Dan zal uiteindelijk – net als bij de arbeidsongeschiktheidsverzekering in de jaren negentig – de wal het schip keren en is rigoureuus ingrijpen onvermijdelijk.

Zelfs bij ingrijpende bezuinigingen zullen de uitgaven voor ouderenzorg en chronisch zieken in de komende jaren flink stijgen. De oorzaak is tweeledig. Om te beginnen zal het aantal oudere patiënten met chronische aandoeningen blijven toenemen. Zo zal van de huidige bevolking ongeveer 40 procent overlijden met een of andere vorm van dementie. Dementie is een aandoening waarvoor mensen langdurig zorg nodig hebben. Daarnaast drijft de behoefte aan meer luxe en kwaliteit in de ouderenzorg – grotere appartementen in verzorgingshuizen, éénpersoonskamers in verpleeghuizen – gekoppeld aan de toenemende vergrijzing de kosten op. Dit proces zal zich versnellen als vanaf ongeveer 2015 de zorgbehoefte van de babyboomgeneratie manifest wordt.

Over de problemen waarmee de AWBZ kampt is iedereen het wel eens: de kosten rijzen de pan uit en er bestaat onvrede over de kwaliteit van de zorg. De oplossingen die zijn aangedragen door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2008) en de Sociaal-Economische Raad

9 AWBZ-premie (12,15 procent) is verschuldigd over het belastbare inkomen in box 1 van de inkomstenbelasting, maar uitsluitend over inkomen in de eerste en de tweede schijf (tot aan € 32.738).

(2008) wijzen in dezelfde richting: hef de AWBZ in zijn huidige vorm op en laat de zorgverzekeraars of de gemeenten de uitvoering voortaan regelen. Zijn de problemen daarmee uit de wereld? Waarschijnlijk niet.

Zorgverzekeraars blinken niet uit in kostenbeheersing: de uitgavenstijging bij de Zorgverzekeringswet – waarvan de uitvoering in hun handen ligt – is niet minder dan in de AWBZ. Gemeenten slagen daar beter in – binnen een jaar na de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) wisten zij 200 mln euro te besparen op de uitgaven voor eenvoudige thuiszorg –, maar lokale overheden zijn niet in staat alle AWBZ-voorzieningen voor hun rekening te nemen. Voor de uitvoering van de AWBZ ontbreekt het in veel (kleinere) gemeenten aan voldoende deskundigheid op zowel ambtelijk als bestuurlijk niveau. Juist veel grote instellingen voor gehandicaptenzorg zijn gehuisvest in kleine gemeenten. Overheveling van de middelen voor deze langdurige zorg zou grote financiële risico's voor deze kleine gemeenten met zich meebrengen. Overheveling van de AWBZ naar de Wmo zou verder betekenen dat voor de langdurige zorg het compensatiebeginsel zal gelden. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid dat het recht op zorg wordt beperkt en de aanspraken op zorg kunnen verschillen al naar gelang de woonplaats. Dat de doelmatigheid van de uitvoering en de kwaliteit van de zorg na de overgang naar zorgverzekeraars of de gemeenten in betere handen zijn, lijkt al met al onwaarschijnlijk. Herverkaveling van de nu via de AWBZ gefinancierde voorzieningen over de Zvw en de Wmo schept allerlei nieuwe afstemmingsproblemen en zal voor sommige groepen ouderen en gehandicapten eerder een achteruitgang betekenen. Daarom is een fundamentele aanpak nodig om de uitgaven voor de AWBZ weer in het gareel te krijgen. Om de ouderenzorg ook op langere termijn te garanderen is een stelselwijziging noodzakelijk.

Op korte termijn zijn drie maatregelen gewenst. Om te beginnen moet de toegangspoort tot de AWBZ beter worden bewaakt. Nog altijd rammelt de indicatiestelling aan alle kanten. In sommige regio's worden veel vaker zorgindicaties afgegeven dan in andere, zonder dat daar een adequate verklaring voor bestaat. Indicatieorganen die te makkelijk zijn met het toekennen van zorg zouden een financiële sanctie moeten krijgen en de door zulke zwakke broeders afgegeven indicaties zouden opnieuw moeten worden beoordeeld. Er zijn sterke aanwijzingen voor ondoelmatig en mogelijk zelfs oneigenlijk gebruik van de AWBZ. Zo blijkt uit een studie van de Utrechtse gezondheidswetenschapper Schrijvers dat in bijna 90 procent van de gevallen de toegekende zorg gelijk is aan de door cliënten gevraagde zorg.¹⁰ Men hoeft kennelijk maar te vragen en men krijgt het.

Ten tweede zou de besteding van het persoonsgebonden budget (pgb) beter gecontroleerd moeten worden. Met zo'n budget kunnen zorggeïndiceerden zelf de boer op om zorg in te kopen, bij een instelling, de burens of andere mantelzorgers. Het pgb is een fraudegevoelige regeling, waarop vrijwel geen controle is. De Inspectie voor de Gezondheidszorg controleert de kwaliteit van de zorg in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Voor de pgb's ontbreekt een vergelijkbare controle. De Inspectie moet de zorg die met een pgb wordt ingekocht daarom gaan controleren.

¹⁰ Schrijvers *et al.* (2001).

De derde maatregel is de invoering van een vermogenstoets in de AWBZ. De vroegere Wet op de bejaardenoorden kende zo'n toets, maar die is in 1996 afgeschaft. De financiële crisis noopt tot herziening van dit besluit. Het valt niet uit te leggen dat als iemand verhuist naar een verzorgingshuis, de kinderen – afgezien dan van eventueel verschuldigd schenkingsrecht – belastingvrij de verkoopopbrengst van het oude huis opstrijken, terwijl de samenleving opdraait voor een groot deel van de pensionkosten van het verblijf in het verzorgingshuis.

Verbetering van de indicatiestelling en hogere eigen bijdragen kunnen onnodig gebruik van zorg terugdringen. In Nederland wordt slechts een klein deel van de zorg voor ouderen uit eigen bijdragen betaald. In de meeste andere landen zijn de eigen bijdragen veel hoger.¹¹ In Nieuw-Zeeland, het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten en Spanje is meer dan een derde van de totale uitgaven uit eigen bijdragen gedekt. Nederland hoort met Zweden en Japan tot de landen die de geringste eigen bijdragen vragen. In ons land wordt slechts 9 procent van de totale uitgaven voor ouderenzorg gefinancierd uit eigen bijdragen. Dit is te meer opvallend, omdat uit onderzoek blijkt dat het draagvlak voor eigen bijdragen onder de bevolking groot is, mits de zorg ook voor mensen met een laag inkomen toegankelijk blijft. Ten slotte verlagen eigen bijdragen de netto zorguitgaven onder het BKZ. Dit maakt handhaving van het uitgavenkader eenvoudiger.

Bovendien zullen sommigen – gelet op de hoogte van de eigen bijdrage – ervoor kiezen niet langer gebruik te maken van collectief gefinancierde voorzieningen, maar eigen arrangementen regelen. Ook dit maakt de collectieve uitgaven beter beheersbaar. Hogere eigen bijdragen kunnen daarnaast helpen om de kwaliteit van de ouderenzorg te verbeteren. Er bestaat grote ontevredenheid over de kwaliteit van zorg voor ouderen en chronisch zieken. Als het beroep op ouderenzorg stijgt, is verdere vermindering van de kwaliteit van zorg een reëel gevaar. Kostenbesparingen zijn in de sfeer van de AWBZ betrekkelijk eenvoudig te realiseren door vermindering van de kwaliteit van verleende zorg. Hierbij valt te denken aan het plaatsen van meer personen op één kamer in een verpleeghuis, het verminderen van de omvang van het verzorgend personeel, of het vervangen van hoog gekwalificeerd personeel door lager gekwalificeerd personeel. Elk van de hier genoemde voorbeelden van besparingen door kwaliteitsvermindering heeft zich de afgelopen jaren in verpleeg- en verzorgingshuizen voorgedaan. Patiënten hechten meer waarde aan de kwaliteit van zorg dan verzekeraars of overheidsinstanties. Als patiënten een groter deel van de kosten van zorg zelf moeten betalen, dan hebben zij meer mogelijkheden om te kiezen voor zorgaanbieders van goede kwaliteit. Om voldoende patiënten te trekken zullen zorgaanbieders zich meer moeten bekommeren om de kwaliteit van zorg, indien een groter deel van hun inkomsten voortvloeit uit eigen bijdragen. Dit betekent dat hogere eigen bijdragen een positief effect kunnen hebben op de kwaliteit van zorg.

Op wat langere termijn kan de uitvoering van de AWBZ worden overgedragen aan de zorgverzekeraars. Door de zorgverzekeraars financieel verantwoordelijk te maken voor de AWBZ krijgen zij er belang bij om betere en doelmatige zorg in te kopen voor hun verzekerden. Verder zouden bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen zelf moeten gaan betalen voor hun woonruimte.

11 OECD (2009), par. 7.6: Financing of Health Care, 171.

Jongere generaties zullen moeten gaan sparen voor ouderenzorg, vergelijkbaar met de bestaande besparingen voor kapitaalgedekt aanvullend pensioen. Zorgsparen zou ook onderdeel van de levensloopregeling of het pensioensparen kunnen worden.

3.4 Uitgavenbeheersing

Uitgavenbeheersing vergt dat overschrijdingen van het BKZ worden voorkomen en dat de uitgavengroei wordt beteugeld. Op beide punten zijn de ervaringen niet positief. Vrijwel elk jaar wordt het BKZ overschreden. Zonder extra ingrepen zullen de zorguitgaven de komende vijf jaar met bijna een kwart toenemen. Hierbij is verondersteld dat de nu voorgestelde bezuinigingen – waaronder de korting op de uitgaven aan geestelijke gezondheidszorg en op de inkomens van medisch specialisten en de afspraken over doelmatiger voorschrijven van geneesmiddelen door de huisartsen – volledig worden gerealiseerd. Als dat niet gebeurt – en die kans is groot – geven we in 2014 voor de zorg misschien wel 30 of 35 procent meer uit dan nu.

Opvallend genoeg zijn de grootste bezuinigingen tot nu toe niet door de minister zelf gerealiseerd, maar door de zorgverzekeraars. Een aantal zorgverzekeraars voert een preferentiebeleid waarbij van generieke geneesmiddelen alleen nog het goedkoopste middel wordt vergoed. De besparing door het preferentiebeleid bij de geneesmiddelen levert ruim een half miljard euro per jaar op. Zo knappen de zorgverzekeraars een belangrijk deel van het bezuinigingswerk voor de minister op. De bezuinigingen door het preferentiebeleid zijn ook een stuk harder en zekerder dan die van andere ingezette maatregelen.

In het verleden zijn vaak boekhoudkundige trucs toegepast om zorginstellingen efficiënter te laten werken. Dan werd bijvoorbeeld een ‘efficiencykorting’ toegepast op het budget. Zo’n korting leidde echter nooit tot grotere doelmatigheid, maar zorgde ervoor dat zorginstellingen minder gingen doen en dat de budgetoverschrijding het jaar erop in voorkomende gevallen nog wat groter was. Efficiencykortingen leiden niet tot grotere doelmatigheid, alleen tot meer frustratie en ontevredenheid onder zorgaanbieders en hun werknemers. De minister kan doelmatigheidsverbetering niet afdwingen. Wat hij wel kan doen is bondgenoten zoeken. De banken zijn één van de bondgenoten van de minister. Deze geldverschaffers kijken tegenwoordig extra kritisch naar de leningen die ze aan ziekenhuizen verstrekken. Bij de aanvraag van leningen – bijvoorbeeld voor nieuwbouw – eisen ze dat ziekenhuizen kosten besparen door doelmatiger te gaan werken. Onder druk van de banken gaat de stofkam door de ziekenhuizen. Andere potentiële bondgenoten van de minister zijn de zorgverzekeraars. Waarom zijn zij erin geslaagd door het preferentiebeleid vele honderden miljoenen te besparen? Omdat ze financieel risico lopen op de geneesmiddelenuitgaven. Om de risico’s te beperken zetten ze zich in voor goedkopere medicijnen. Risico dragen geeft een krachtige impuls aan doelmatigheidsverbetering. De zorgverzekeraars lopen nu nog maar beperkt risico op de ziekenhuisuitgaven. Veel van de grote risico’s worden nog door een verplichte onderlinge verrekening door de zorgverzekeraars gedeeld, of afgewenteld op de burger. Zoals vaak zijn er bij onderlinge verrekening van risico’s en kostenoverschrijdingen winnaars en verliezers. De nettobetalers zouden het liefst zo snel mogelijk van deze compensatiemechanismen af willen. Dit wordt echter tegengehouden door een effectieve lobby van verzekeraars die er door zo’n stelselwijziging op achteruit zouden gaan.

Hierboven is al aangegeven wat een nieuw kabinet zou moeten doen om de zorgverzekeraars meer te prikkelen tot kostenbeheersing: afschaffen van de macronacalculatie en de 50/50-verdeling van nominale premies en de inkomensafhankelijke bijdrage voor de Zorgverzekeringswet. Doelmatigheidsverbeteringen door versterking van de prikkelstructuur alleen zijn waarschijnlijk niet voldoende om de kostengroei te beheersen, laat staan om miljarden op de zorgkosten te bezuinigen. Hiervoor is meer nodig. We bespreken hier twee ingrepen:

- beperking van het recht op zorg;
- beperking van het verzekerde pakket.

Er valt niet te ontkomen aan de vraag of de kosten van alle mogelijke vormen van zorg altijd en overal door een verplichte collectieve verzekering gedekt moeten worden. Discussies over pakketverkleining zijn vrijwel altijd vruchteloos gebleken. Over de anticonceptiepil (Zvw) of de rolator (AWBZ) zijn felle en principiële discussies gevoerd. Moesten die wel of niet in het verstrekkingspakket blijven? Voor de kosten van de zorg heeft deze discussie echter geen enkele betekenis, omdat het in vergelijking met de totale uitgaven om kleine posten gaat. De discussie over de omvang van het verzekerde pakket heeft zich in het verleden te veel gericht op afzonderlijke verstrekkingen. De fundamentele vraag voor de dekking van welke risico's een zorgverzekering eigenlijk bedoeld is, bleef tot nu toe altijd buiten schot. Verzekeringen bieden zekerheid tegen onverwachte en hoge kosten. Kosten die mensen niet direct uit hun eigen inkomen of ten laste van hun vermogen kunnen opvangen. Het probleem bij zorgverzekeringen is dat zij ook uitgaven vergoeden die mensen wel zelf kunnen betalen. Het inschrijftarief bij de huisarts van € 52 per jaar kan elke patiënt best zelf betalen. Hetzelfde geldt voor het consulttarief van € 9. Er is geen enkele reden dat deze kosten allemaal door de zorgverzekering vergoed worden. Van heel veel verrichtingen in de zorg – van geneesmiddelen tot bevallingen – zijn de kosten te voorzien of zo laag dat ze gemakkelijk voor eigen rekening kunnen komen. Er is geen reden om deze kosten onder te brengen in een verplichte collectieve verzekering.

Pogingen om de huisarts onder het verplichte eigen risico te brengen zijn altijd mislukt. Tegenstanders betogen dat een eigen bijdrage ertoe leidt dat patiënten mogelijk massaal te lang wachten, voordat ze naar de huisarts gaan. Dit is schadelijk voor de gezondheid en zou uiteindelijk ook tot hogere kosten leiden, omdat door uitstel van het bezoek aan de huisarts de aandoening kan verergeren. In de redenering van tegenstanders van eigen bijdragen zit altijd een merkwaardige tegenstrijdigheid. Gezondheid is het meest waardevolle bezit dat een mens heeft, maar bescheiden eigen bijdragen zouden direct tot gevolg hebben dat patiënten afzien van noodzakelijke zorg om dit waardevolle bezit in stand te houden. Als patiënten uitsluitend het inschrijftarief uit eigen zak betalen, dan worden de bezwaren van de tegenstanders van eigen bijdragen weggenomen. Het bezoek aan de huisarts blijft dan namelijk 'gratis'. Als patiënten het inschrijftarief volledig zelf betalen, wordt ruim 800 miljoen euro op de zorguitgaven bespaard.

Een tweede probleem met de ziektekostenverzekering is dat zij al lang niet meer alleen de kosten van de behandeling van ziekten dekt. De grote groei van de uitgaven komt voor rekening van uiteenlopende welzijnsvoorzieningen, die worden vergoed door de ziektekostenverzekering en de AWBZ. Ruim een kwart van de toename van het zorggebruik is gelokaliseerd bij de geestelijke gezondheidszorg. Tussen 1998 en 2006 namen de uitgaven hier met gemiddeld 7,8 procent per jaar toe. De groei komt bijna geheel voor rekening van mensen tussen de 20 en 65 jaar. Een groot deel van hen bezoekt een psycholoog of psychiater met depressieve klachten. Meer dan 800.000 Nederlanders slikken antidepressiva.¹² Deze mensen zoeken niet ten onrechte hulp. We beweren ook niet dat een bezoek aan de psychiater of het gebruik van antidepressiva niet helpt. Maar het wordt wel te gemakkelijk gemaakt om van deze zorg gebruik te maken. Door de zorgverzekering kan de rekening voor een betere kwaliteit van leven te gemakkelijk op anderen worden afgeschoven.

Het verzekerde pakket kan worden beperkt door kleine en reguliere uitgaven voor eigen rekening te laten komen en door een extra eigen bijdrage te vragen voor verstrekkingen die niet op genezing maar op verbetering van welzijn zijn gericht.

3.5 Conclusie

De zorguitgaven zullen de komende jaren blijven stijgen. Het grootste deel van de zorgkosten wordt gemaakt na het zeventigste levensjaar. Dan krijgen mensen te maken met gezondheidsbeperkingen en neemt de behoefte aan zorg en ondersteuning toe. De babyboomgeneratie bereikt deze leeftijd vanaf 2015. Er moet dan ook rekening worden gehouden met een versneling van de groei van de zorguitgaven. De oploop van de zorguitgaven is voor een deel onvermijdelijk, want demografisch bepaald. Voor een beperkt deel kan tegen uitgavenstijgingen een dam worden opgeworpen door de doelmatigheid te vergroten en de aanspraken op zorg te beperken. Desondanks dwingt de sterke groei van de zorguitgaven tot herbezinning op de omvang van het verzekerde pakket en de aanspraken op zorg. Het recht op zorg valt in de huidige omvang niet te handhaven. De groei van de uitgaven kan immers niet ongelimiteerd worden opgevangen door premieverhogingen en lastenverzwaringen. Verhoging van de collectievelastendruk is onder de druk van internationale concurrentieverhoudingen slechts beperkt mogelijk. De ervaringen in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw hebben aangetoond dat verlaging van de collectievelastendruk in combinatie met versterking van de marktwerking en flexibilisering van de arbeidsmarkt leidt tot hogere economische groei. Juist deze economische groei is de komende jaren nodig om de onvermijdelijke oploop van de zorguitgaven te kunnen opvangen.

In de begroting van het Ministerie van VWS zijn weinig aanwijzingen te vinden hoe deze uitdaging wordt opgepakt. Tekenend is dat de grootste bezuiniging in het recente verleden niet door budgettaire ingrepen is gerealiseerd, maar door het preferentiebeleid van de zorgverzekeraars. Een terugkeer naar een strikt budgettair kader, zoals dat gold in de jaren negentig, is praktisch uitgesloten. Hiervoor zou het principe van 'recht op zorg' moeten worden opgegeven. Het is niet waarschijnlijk dat hiervoor veel steun onder de (gemiddeld steeds oudere) bevolking bestaat. De enige begaanbare weg lijkt te zijn om het Budgettair Kader Zorg (met zijn

¹² Dehue (2008).

lang niet altijd doeltreffende ombuigingen achteraf, na overschrijdingen), te vervangen door een mechanisme van sturing vooraf. Hiervoor zouden bij de curatieve zorg – die hoofdzakelijk wordt gefinancierd via de Zorgverzekeringswet – de macronacalculatie en de wettelijk vastgelegde 50/50-verdeling tussen de opbrengst van nominale premies en de inkomensafhankelijke bijdrage moeten worden losgelaten. De overheid zou dan vooral vooraf sturen via de hoogte van de inkomensafhankelijke bijdrage en de eigen bijdragen. Kostenstijgingen zouden in hogere nominale premies lopen. Ook bij dit alternatief blijft de schatkist overigens budgettair risico lopen, tenzij wordt voorkomen dat stijgende nominale premies leiden tot hogere uitgaven voor de zorgtoeslag. Door een hoger verplicht eigen risico (met de mogelijkheid om dit eigen risico kwijt te schelden als de patiënt gebruik maakt van voorkeursaanbieders van de zorgverzekeraars) en het (verplichte) inschrijftarief bij de huisarts voor eigen rekening van patiënten te laten komen, kunnen te verwachten premiestijgingen worden afgezwakt. Scherpere concurrentie tussen zorgverzekeraars zou verder de efficiëntie kunnen verbeteren.

De nu via de AWBZ gefinancierde voorzieningen zouden verder – overeenkomstig eerder uitgebrachte adviezen – grotendeels herverkaveld moeten worden over de zorgverzekeraars (zorg) en de gemeenten (welzijn, maatschappelijke ondersteuning).

Literatuur

- Dehue, T. (2008), *De depressie-epidemie*, Amsterdam: Bert Bakker
- OECD (2009), *Health at a Glance 2009*, Paris: OECD
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2008), *Beter zonder AWBZ?*, Den Haag: RVZ
- Schrijvers, A.J.P., S. Jedeloo, F. Jörg, en J.G. Hoogerduijn (2000), *RIO, het jongste kind groeit op. Eindrapport van de evaluatie van het Zorgindicatiebesluit van 1998*, Utrecht: Julius Centrum UMC
- Sociaal-Economische Raad (2008), *Langdurige zorg verzekerd: over de toekomst van de AWBZ, advies 2008/03*, Den Haag: SER
- Tweede Kamer (2002–2003), *Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2003. Memorie van toelichting*, 28 600 XVI, nr. 2
- Tweede Kamer (2009–2010), *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2010. Memorie van toelichting*, 32 123 XVI, nr. 2
- Werkgroep 11. Curatieve zorg (2010), *Curatieve zorg 2.0, rapport brede heroverwegingen*, Den Haag: Ministerie van Financiën
- Werkgroep 12. Langdurige zorg (2010), *Langdurige zorg, rapport brede heroverwegingen*, Den Haag: Ministerie van Financiën