

## **Van later zorg?**

Financiering van de zorg op lange termijn

NYFER  
Straatweg 25  
3621 BG BREUKELEN  
T 0346 291641  
F 0346 291671  
E [nyfer@nyfer.nl](mailto:nyfer@nyfer.nl)  
I [www.nyfer.nl](http://www.nyfer.nl)

Dit onderzoek is uitgevoerd op verzoek van en met financiële steun van VNO-NCW. De visies en conclusies weergegeven in dit rapport zijn die van NYFER en komen niet noodzakelijkerwijs overeen met die van de opdrachtgever.

© auteursrecht NYFER, Breukelen, oktober 2008

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

## **Van later zorg?**

Financiering van de zorg op lange termijn

Leo van der Geest

Lars Heuts



---

## Inhoudsopgave

Conclusies en aanbevelingen	7
Inleiding	13
1 De continue stijging van de zorguitgaven	17
1.1 De opmars van de medische wetenschap en de uitgaven aan zorg	17
1.2 Zorguitgaven over de levensloop	21
1.3 Nadere analyse van de uitgavenstijging	22
1.3.1 Inkomensontwikkeling	22
1.3.2 Medisch-technologische ontwikkelingen	23
1.3.3 Baumol-effect	24
1.3.4 Demografische ontwikkelingen	25
1.3.5 Leefstijl	26
1.3.6 Overheidsbeleid	27
1.4 Prognose van de zorguitgaven tot 2035	28
2 Economische effecten van stijgende publieke zorguitgaven	33
2.1 Zorg: onderhoud van en investering in menselijk kapitaal	33
2.2 Publiek en privaat belang	35
2.3 Stijging collectieve lasten en verdringing	36
2.4 Armoedeval en vermindering arbeidsparticipatie	37
2.5 Werkgeverslasten en concurrentiepositie	38
2.6 Intergenerationele solidariteit	40
2.7 Tot slot	41
3 Zorguitgaven en de Zorgverzekeringswet	43
3.1 Filosofie van de Zorgverzekeringswet	43
3.2 Waarom de Zorgverzekeringswet (nog) niet werkt	46
3.2.1 Concurrentie tussen verzekeraars	46
3.2.2 Concurrentie tussen aanbieders	49
3.2.3 De keuzebewuste consument	50
3.3 Knelpunten in de Zorgverzekeringswet	52
3.3.1 Onduidelijk onderscheid tussen publieke en private verantwoordelijkheden	52
3.3.2 Ontoereikende prikkels	52
3.3.3 Gebrek aan samenhang	54

Van later zorg?

3.4	Sterke uitgavenstijging in de zorg	57
3.5	Tot slot	59
4	Agenda voor de zorg	61
4.1	Heldere afbakening van publieke en private verantwoordelijkheden	61
4.2	Doorzetten van ingezette hervormingen	62
4.3	Selectieve zorginkoop	64
4.4	Efficiencyprikkels op alle niveaus	67
4.5	Innovatieve zorg	70
4.6	Meer samenhang in de zorg	72
4.7	Zorg: ook een publieke zaak	73
4.8	Perspectief op lange termijn	74
4.9	Tot slot	76
	Literatuurlijst	77

---

## Conclusies en aanbevelingen

### Conclusies

- De uitgaven aan medische zorg en zorg voor ouderen stijgen sneller dan het bruto binnenlands product. Deze trend is al decennialang zichtbaar in alle welvarende economieën. Berekeningen in dit rapport laten zien dat de collectieve uitgaven aan medische zorg en zorg voor ouderen bij ongewijzigd beleid toenemen van 8,7% in 2008 tot 14,2% van het bbp in 2035 in een lage variant en tot 20,1% in een hoge variant.
- De belangrijkste motor achter de stijgende zorguitgaven is de vooruitgang van de medische technologie. Nieuwe medicijnen, technieken en behandelmethoden hebben er in de afgelopen decennia voor gezorgd dat de gemiddelde levensverwachting elke vijf jaar met ongeveer één jaar is toegenomen. De extra jaren vertegenwoordigen een grote welvaartswinst, maar zijn dure jaren in termen van medische consumptie. Er zijn geen aanwijzingen dat de grenzen aan de verlenging van de levensduur bereikt zijn.
- Naast de vergrijzing en de medische technologie zorgt het arbeidsintensieve karakter van de zorg voor stijgende zorguitgaven. De prijsontwikkeling in de medische sector ligt structureel 1% boven de prijsontwikkeling in de rest van de economie. Omdat de arbeidsmarkt knapper wordt in een economie die vergrijsst, blijft de opwaartse druk op de prijzen in de zorg groot.
- Sterk oplopende publieke uitgaven aan zorg kunnen andere belangrijke overheidsuitgaven, bijvoorbeeld aan onderwijs of infrastructuur, verdringen. Bovendien vergroten ze de ‘wig’ op arbeid, wat ten koste gaat van de arbeidsparticipatie en investeringen in menselijk kapitaal. Ook ondergraven zij de concurrentiepositie van bedrijven en knagen zij aan de solidariteit tussen generaties die essentieel is voor een houdbare financiering van de zorg op lange termijn.
- De sterke stijging van de publieke uitgaven aan zorg dwingt tot een scherpere afbakening van publieke en private verantwoordelijkheden op het gebied van de gezondheid en gezondheidszorg. Dit geldt zowel

#### Van later zorg?

voor zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet als de AWBZ. In de Zvw zijn helderder criteria nodig om te bepalen welke zorg thuishoort in het basispakket en welke in het aanvullende pakket. De AWBZ is toe aan een grondige herziening, die zowel de inhoud als de organisatie en de financiering van de zorg omvat.

- Het nieuwe zorgstelsel, dat mede is ingevoerd om tot een betere beheersing van zorguitgaven te komen, functioneert nog onvoldoende: de zorgmarkt is nog te weinig transparant, het selectieve inkoopbeleid van verzekeraars komt moeizaam van de grond en de ontwikkeling van het nieuwe financieringssysteem op basis van dbc's kampt met grote vertraging. De overgang naar meer vraagsturing in de zorg moet met kracht worden doorgezet om de beoogde voordelen in termen van kwaliteit, doelmatigheid en patiëntgerichtheid te realiseren.
- Het nieuwe zorgstelsel kampt niet alleen met aanloopproblemen, maar kent ook een aantal systeemfouten. Degenen die de zorgvraag bepalen – artsen en patiënten – zijn niet degenen die daarvoor betalen. Dit creëert risico's van ondoelmatigheid en afwentelingsgedrag. Gebruikers en aanbieders van zorg ondervinden te weinig prikkels om doelmatig met de schaarse middelen om te gaan.

#### Aanbevelingen

- De hervormingen in het zorgstelsel moeten met kracht worden doorgezet. Het naast elkaar bestaan van verschillende financieringssystemen verstoort het *level playing field*, verhoogt de administratieve lasten en bureaucratie, creëert onzekerheid in de markt en belemmert nieuwe initiatieven om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verbeteren. Kabinet, zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten alles op alles zetten om betrouwbare informatie over het aanbod en de kwaliteit van de zorg boven water te krijgen. Dbc's moeten worden doorontwikkeld tot integrale prijzen voor zorgaanpakken, waarbij het aantal dbc's drastisch kan worden beperkt. De *ex-post* risicoverevening moet zo snel mogelijk worden afgebouwd, zodat verzekeraars daadwerkelijk risico gaan lopen over de uitvoering van de basisverzekering.



- De voorgestelde maatstafconcurrentie in de ziekenhuiszorg zaait twijfel over de bereidheid om voort te gaan op de ingeslagen weg van vraagsturing en moet worden afgeblazen.
- De fusie- en concentratiebeweging onder verzekeraars en zorgaanbieders houdt risico's in voor effectieve mededinging. Concurrentieverhoudingen op de regionale zorginkoopmarkten moeten nauwlettend in de gaten worden gehouden.
- Verzekeraars moeten, bij voorkeur in samenwerking met consumenten- en patiëntenorganisaties, meer werk maken van de selectieve zorginkoop. Zij zullen meer kennis over kwaliteit, doelmatigheid en ketenzorg moeten opbouwen en moeten investeren in de professionalisering van hun inkoop. Daarbij zullen zij aan hun cliënten duidelijk moeten maken dat deze bij de gecontracteerde voorkeursaanbieders niet alleen goedkoper maar ook beter af zijn.
- Beslissingen over de inzet van medische zorg worden in de spreekkamer van de (huis)arts genomen. Verzekeraars kunnen daar moeilijk in treden. Daarom moeten zorgconsumenten en zorgaanbieders ook rechtstreeks worden geprikkeld om evenwichtige afwegingen met betrekking tot het beroep op zorg te maken. Eigen bijdragen kunnen met name voor minder noodzakelijke vormen van zorg, die in het aanvullende pakket thuishoren, fors omhoog. Dit verbetert niet alleen de afweging tussen kwaliteit en doelmatigheid, maar bevordert ook de houdbaarheid van het stelsel. Hetzelfde geldt voor financiële prikkels die gezond gedrag belonen en ongezond gedrag belasten.
- Beloningen van zorgaanbieders en zorginstellingen moeten meer afhankelijk worden van bereikte gezondheidsresultaten in plaats van uitgevoerde verrichtingen. Het huidige *fee-for-service* systeem vormt een perverse prikkel voor doelmatigheid in de zorg.
- In de huidige systematiek van verplichte werkgeversbijdragen aan de zorgverzekering (50% van de totale premielast) betalen werkgevers steeds meer voor mensen die niet bij hen werken. Daartegenover staan geen middelen om invloed uit te oefenen op de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg. Het is noodzakelijk is dat werkgevers greep kunnen houden op hun loonkostenontwikkeling. Dit kan worden

#### Van later zorg?

bereikt door de huidige werkgeversbijdrage te vervangen door een systematiek waarbij werkgevers uitsluitend verantwoordelijk worden voor de zorgverzekering van hun eigen werknemers. Werkgevers en werknemers kunnen dan, al dan niet in cao's, afspraken maken over de prijs en kwaliteit van de zorgverzekering (met als minimum het basispakket). In dergelijke afspraken kan een verband worden gelegd met preventie, leefstijl, veiligheid, ziekteverzuim en arbobeleid, wat bijdraagt aan kwaliteit en kostenbeheersing in de zorg.

- De AWBZ moet worden teruggebracht tot haar oorspronkelijke opzet: een volksverzekering voor langdurige, zware, onomkeerbare risico's (onverzekerbare zorg), zoals ook voorgesteld door de SER. De herstelgerichte zorg kan worden ondergebracht in de Zvw; verzorging, huishoudelijke taken en sociale ondersteuning passen beter in de WMO. Woonfuncties behoren tot het private domein en moeten niet worden gefinancierd vanuit een zorgverzekering. Het resterende AWBZ-pakket kan worden gefiscaliseerd. Er is een ruime overgangstermijn nodig om alle betrokken partijen in staat te stellen zich op de organisatorische en financiële hervormingen in de AWBZ in te stellen.
- Naast de publieke gezondheidszorg ontwikkelt zich een groeiende private markt, die voorziet in de toenemende behoefte aan maatwerk en 'luxe' (niet-noodzakelijke) zorg. De overheid heeft een belangrijke taak als kwaliteitsbewaker op deze markt en moet er op toezien dat publieke en private zorg elkaar op de juiste wijze aanvullen, dat wil zeggen dat de ontwikkeling van privaat gefinancierde zorg niet ten koste gaat van de kwaliteit en toegankelijkheid van de publieke zorg.
- Mensen weten dat zij ouder worden en vroeg of laat op hulp van anderen aangewezen zijn. Zij kunnen zich hierop voorbereiden door geld opzij te zetten (sparen) of zich te verzekeren voor goede zorg op hun oude dag. Wie om wat voor reden dan ook niet terug kan vallen op eigen voorzieningen, moet kunnen vertrouwen op een publiek vangnet voor ouderenzorg. Natuurlijk zal de overgang naar meer private inbreng in de financiering van de ouderenzorg heel geleidelijk moeten plaatsvinden, zodat mensen hiervoor tijdig voorzieningen kunnen treffen.

- Zorginstellingen en zorgverleners moeten ruimte krijgen om te ondernemen. Zij moeten risicodragend vermogen kunnen aantrekken en daarvoor een bijbehorende vergoeding kunnen bieden. Private kapitaalverschaffers en eigenaars van zorginstellingen kunnen de overheid en zorgverzekeraars ondersteunen in hun streven naar doelmatige en klantgerichte zorg. Bovendien komen extra financieringsbronnen beschikbaar voor innovatieve ontwikkelingen in de zorg.

### Slot

- Een betere afbakening van publieke en private verantwoordelijkheden, meer doelmatigheidsprikkels voor zorgverleners, zorggebruikers en verzekeraars, en betere afstemming tussen de verschillende compartimenten van zorg kunnen voorkomen dat de zorguitgaven explosief stijgen, zonder dat de kwaliteit en beschikbaarheid van goede gezondheidszorg voor iedereen die dat nodig heeft, in gevaar komen. Ook wordt daarmee voorkomen dat stijgende zorguitgaven onevenredig zwaar drukken op jongere generaties, die voor ouderen moeten betalen zonder uitzicht te hebben op adequate voorzieningen tegen de tijd dat zij zelf een hoge leeftijd hebben bereikt.

Van later zorg?

---

## Inleiding

### Achtergrond

In alle OECD-landen groeien de uitgaven aan gezondheidszorg en langdurige zorg voor ouderen en chronisch zieken sneller dan het bbp. In Nederland zijn de collectieve zorguitgaven van 6% van het bbp in 2000 gestegen tot 8,7% van het bbp in 2008. Algemeen wordt aangenomen dat de stijging van de zorguitgaven als percentage van het bbp zal doorzetten.

Dat mensen meer uitgeven aan hun gezondheid is op zich geen probleem, aangezien er ook baten (langere levensduur, betere gezondheid) tegenover staan. Bovendien is een goede gezondheidszorg belangrijk voor de economie. De zorgsector is niet alleen één van de belangrijkste groeisectoren, maar zorgt ook voor het onderhoud van de belangrijkste productiefactor in onze kennis- en diensteneconomie, namelijk het menselijk kapitaal. Een gezonde en productieve (beroeps)bevolking draagt in belangrijke mate bij aan de welvaart in de samenleving.<sup>1</sup> Het is echter wel een probleem als goede afwegingen tussen kosten en baten ontbreken en het beslag van de zorguitgaven op de collectieve middelen steeds groter wordt.

In het Financieele Dagblad van 9 augustus 2007 waarschuwt Harvard-professor Kenneth Rogoff er voor dat stijgende zorguitgaven tot een sluipende collectivisering van de economie kunnen leiden als samenlevingen weigeren om heldere keuzen te maken welke zorg wel en welke niet uit publieke middelen wordt gefinancierd en als prikkels voor patiënten en aanbieders ontbreken om de schaarse middelen op een doelmatige manier in te zetten.<sup>2</sup> In ons land heeft onder meer de RVZ er op gewezen dat er grenzen zijn aan de publieke financiering van de zorg en dat scherper moet worden nagedacht hoe die grenzen moeten worden getrokken.<sup>3</sup>

### Doel van het onderzoek

Dit onderzoek wil inzicht verschaffen in de stijging van de zorguitgaven in ons land. Aan de hand van enkele scenario's worden prognoses gegeven van

---

<sup>1</sup> NYFER, 2004: *Gezondheidszorg en welvaart*.

<sup>2</sup> 'Zorg zet kapitalisme onder druk', in: *het Financieele Dagblad*, 9 augustus 2007.

<sup>3</sup> RVZ, 2005: *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*; RVZ, 2006: *Zinnige en duurzame zorg*.

Van later zorg?

de zorguitgaven tot 2035, wanneer de vergrijzing in Nederland naar huidige inzichten op haar hoogtepunt zal zijn. Daarnaast wordt ingegaan op de economische effecten van stijgende zorguitgaven en worden suggesties gedaan voor een houdbare financiering van de gezondheidszorg op lange termijn. In het onderzoek staan de volgende vragen centraal:

1. *Welke stijging van de publiek gefinancierde uitgaven aan gezondheidszorg en langdurige zorg is op basis van thans bekende trends tot 2035 te verwachten?*
2. *Welke economische effecten zijn er aan zo'n stijging verbonden?*
3. *Waarom functioneert de Zorgverzekeringswet nog niet naar behoren?*
4. *Welke praktische beleidsopties kunnen bijdragen tot een betere werking van de Zorgverzekeringswet en een houdbare financiering van de zorguitgaven op lange termijn?*

## Opzet onderzoek

In hoofdstuk 1 wordt ingegaan op de ontwikkeling van de publiek gefinancierde zorguitgaven in de afgelopen decennia en de oorzaken van de continue uitgavenstijgingen. Daarbij wordt in het bijzonder aandacht besteed aan de invloed van medisch-technologische ontwikkelingen op de levensverwachting en de zorguitgaven. Aan de hand van de determinanten van de zorguitgaven wordt een scenario geschetst hoe de publiek gefinancierde uitgaven aan gezondheidszorg zich tot 2035 kunnen ontwikkelen.

Hoofdstuk 2 gaat in op de economische effecten die ontstaan wanneer de zorguitgaven de komende jaren sterk blijven oplopen. Hoewel een goede gezondheidszorg zeer belangrijk is voor het onderhoud van het menselijk kapitaal, zijn er aanzienlijke risico's van voortdurende kostenstijgingen en afwentelingsgedrag, wanneer de zorg niet doelmatig wordt ingericht en gefinancierd. Daarnaast kan de grens van de risico- en inkomenssolidariteit die aan ons zorgstelsel ten grondslag ligt, bereikt worden. Ook andere economische risico's van een voortgaande stijging van de publiek gefinancierde zorguitgaven, bijvoorbeeld voor de arbeidsparticipatie, worden besproken.

In hoofdstuk 3 staat de Zorgverzekeringswet (Zvw) centraal. Er wordt besproken waarom belangrijke elementen van de Zvw nog niet naar

behoren functioneren. Ook wordt ingegaan op enkele fundamentele tekortkomingen van de Zorgverzekeringswet.

Tot slot worden in hoofdstuk 4 verschillende beleidsopties voor een betere werking van de Zvw en een houdbare financiering van kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg besproken.

Van later zorg?



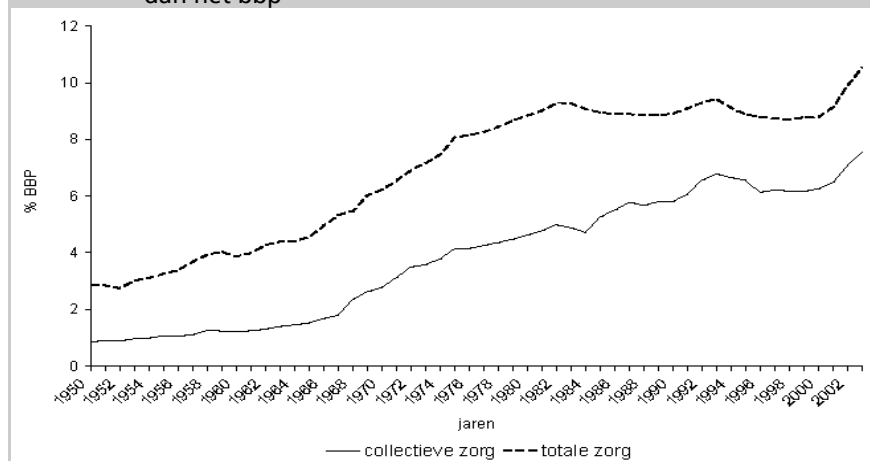
## 1 De continue stijging van de zorguitgaven

In alle OECD-landen groeien de uitgaven aan gezondheidszorg en langdurige zorg voor ouderen sneller dan het bbp. Hoe komt dat? Vaak worden de vergrijzing van de bevolking en het arbeidsintensieve karakter van de zorg als hoofdoorzaken genoemd, maar die factoren kunnen de snelle stijging van de zorguitgaven maar voor een deel verklaren. Belangrijker zijn de ontwikkeling van de medische technologie en de verlenging van de levensduur, in combinatie met de manier waarop de zorguitgaven worden gefinancierd.

### 1.1 De opmars van de medische wetenschap en de uitgaven aan zorg

Overall in de OECD groeien de uitgaven aan gezondheidszorg sneller dan het bbp. Deze trend is al vanaf het midden van de vorige eeuw zichtbaar en doet zich in vrijwel elk land voor, ongeacht de wijze van organisatie en financiering van de gezondheidszorg. Voor Nederland geeft figuur 1.1 de ontwikkeling van collectieve en totale zorguitgaven als percentage van het bbp in de periode 1950-2003 weer.

Figuur 1.1 De collectieve en totale zorguitgaven groeien al sinds 1950 harder dan het bbp

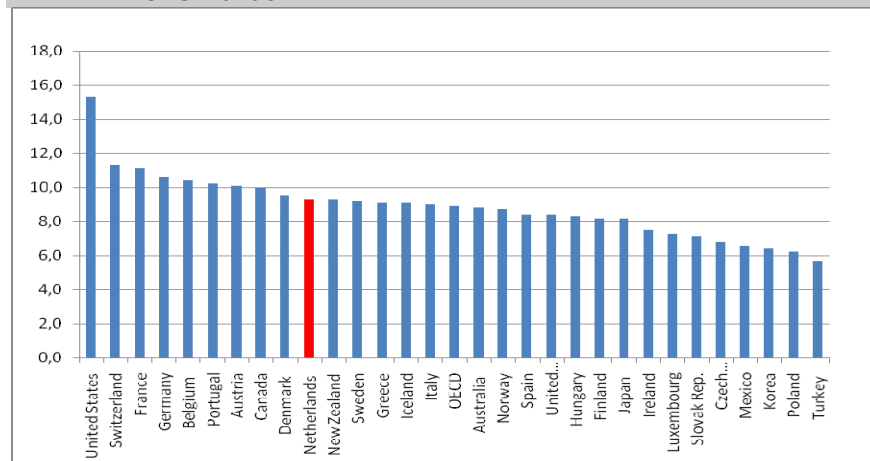


Bron: Bos, 2006

## Van later zorg?

De stijging van de zorguitgaven als percentage van het bbp is een langetermijntrend die zich in alle welvarende landen voordoet. De Amerikaanse gezondheidseconoom David Cutler heeft laten zien dat in de periode 1960-1995 de zorguitgaven in alle OECD-landen gemiddeld 2% sneller zijn toegenomen dan het bbp.<sup>4</sup> Voor Nederland becijfert het CPB over de periode 1972-2003 een iets kleiner verschil (1,7%), maar voor de periode 2008-2011 wordt een toename van 2,2% bovenop de economische groei voorzien.<sup>5</sup> Figuur 1.2 laat zien hoe de zorguitgaven in Nederland zich verhouden tot die in andere OECD-landen.

**Figuur 1.2** Uitgaven aan gezondheidszorg als percentage van het bbp in OECD-landen



Bron: OECD Health data 2008

Er is veel onderzoek naar de stijging van de zorguitgaven gedaan, waarbij is gekeken naar de invloed van de demografische ontwikkeling, de toenemende welvaart, het arbeidsintensieve karakter van de zorg, de wijze van financiering, het gevoerde overheidsbeleid enzovoort. Al deze factoren schieten echter te kort om de continue uitgavenstijging te verklaren. Steeds duidelijker blijkt uit onderzoek dat de stijging van de uitgaven aan zorg in hoge mate technologie-gedreven is. Newhouse bijvoorbeeld concludeert voor de VS dat minstens de helft en misschien zelfs wel driekwart van de stijging van de zorguitgaven is toe te schrijven aan de 'opmars van de medische wetenschap'.<sup>6</sup> Ook Weisbrod, Cutler en Jones komen tot de

<sup>4</sup> Cutler, 1996: *Health care and the public sector*.

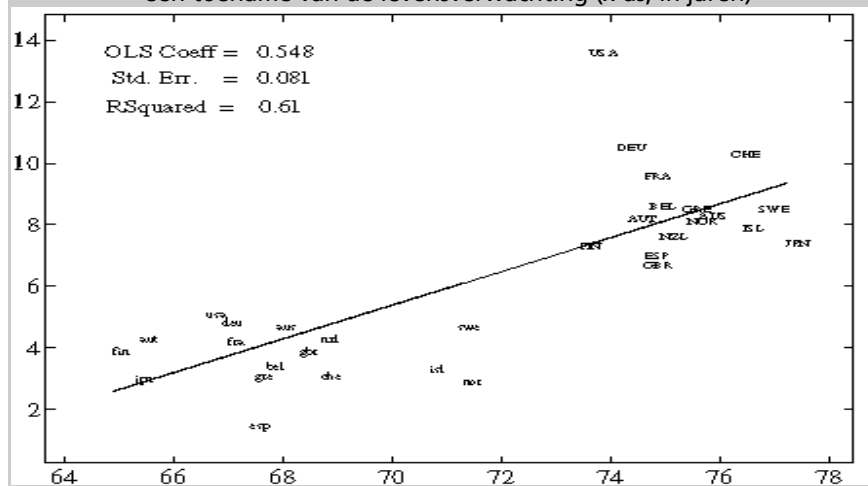
<sup>5</sup> Douven et al., 2006: *Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011*.

<sup>6</sup> Newhouse, 1992: 'Medical care costs: how much welfare loss?'

conclusie dat de medische technologie de hoofdoorzaak van de stijgende zorguitgaven is.<sup>7</sup> Voor Nederland vindt het CPB eveneens een belangrijke invloed van de medische technologie op de uitgaven aan zorg.<sup>8</sup>

Jones heeft voor de VS een model ontwikkeld waarin de invloed van de medische technologie op de uitgaven aan gezondheidszorg nauwkeuriger wordt geanalyseerd.<sup>9</sup> De medisch-technologische vooruitgang maakt het mogelijk ziekten te behandelen waarvoor in het verleden eenvoudigweg geen behandeling bestond. Denk aan de sterk verbeterde mogelijkheden om hart- en vaatziekten en vormen van kanker te behandelen. Ook worden voortdurend nieuwe medicijnen ontwikkeld waardoor sterftekansen afnemen. De technologische ontwikkeling zorgt er voor dat mensen steeds langer leven (zie figuur 1.3). In Nederland bijvoorbeeld is de levensverwachting voor mannen sinds 1950 gestegen met 5,8 jaar en voor vrouwen met 8,3 jaar. White heeft aangetoond dat in de tweede helft van de twintigste eeuw de levensverwachting in hoge-inkomenslanden elke vijf jaar met ongeveer één jaar is toegenomen.<sup>10</sup>

Figuur 1.3 Hogere zorguitgaven in % van het bbp (y-as) gaan gepaard met een toename van de levensverwachting (x-as, in jaren)\*



\* Kleine letters geven de zorguitgaven in 1960 weer; hoofdletters geven de uitgaven in 1997 weer.  
Bron: Jones, 2002

<sup>7</sup> Weisbrod, 1991: 'The health care quadrilemma'; Cutler, 1996: *Public policy for health care*; Jones, 2002: *Why have health expenditures as a share of GDP risen so much?*

<sup>8</sup> CPB, 2007: *Determinanten van de gezondheidszorguitgaven*.

<sup>9</sup> Jones, 2002: *Why have health expenditures as a share of GDP risen so much?*

<sup>10</sup> White, 2002: 'Longevity advances in high-income countries, 1955-96'.

Van later zorg?

Door de steeds geavanceerdere behandelmethoden zijn veel ziekten van een acute levensbedreiging teruggebracht tot een chronische aandoening. Daardoor ontstaat behoefte aan permanente medicatie, regelmatige controles enz. Patiënten blijven dus niet alleen langer leven, maar de zorgvraag neemt ook toe. Bovendien kunnen zich in het verlengde leven weer nieuwe ziekten openbaren die om behandeling vragen.

Tegenover het (meestal) kostenverhogende effect van nieuwe behandelingen staan kostenreducties bij bestaande behandelingen. Het maken van een MRI-scan bijvoorbeeld kost nu minder dan vijftien jaar geleden. Volgens Jones dalen de voor kwaliteit gecorrigeerde kosten van bestaande medische behandelingen met zo'n 1 à 2% per jaar.<sup>11</sup> Dat is echter niet voldoende om het prijsopdrijvende effect van nieuwe behandelmogelijkheden te compenseren.

Het opschuiven van de *'technological frontier'* in de medische wetenschap leidt er dus toe dat nieuwe, vaak duurdere medische oplossingen binnen bereik komen die het leven verlengen en de kwaliteit van het (nog) resterende leven verbeteren. Die gewonnen levensjaren zijn echter wel 'dure' jaren in termen van medische consumptie.

#### Box 1.1 Is er een einde aan de toename van de levensverwachting?

Demografische prognoses gaan er vaak van uit dat de levensverwachting nog wel verder zal toenemen maar minder sterk dan in het verleden omdat de biologische limiet dichterbij komt. Het is de vraag of dat correct is. In een veelbesproken artikel laten Oeppel en Vaupen zien dat ook in het verleden experts er steeds van uitgingen dat de biologische grens in zicht kwam, maar dat dat telkens onjuist bleek.<sup>12</sup> Het zou dus heel goed kunnen dat de levensverwachting onder invloed van medisch-technologische ontwikkelingen in de komende decennia trendmatig blijft stijgen in hetzelfde tempo als in de afgelopen decennia.

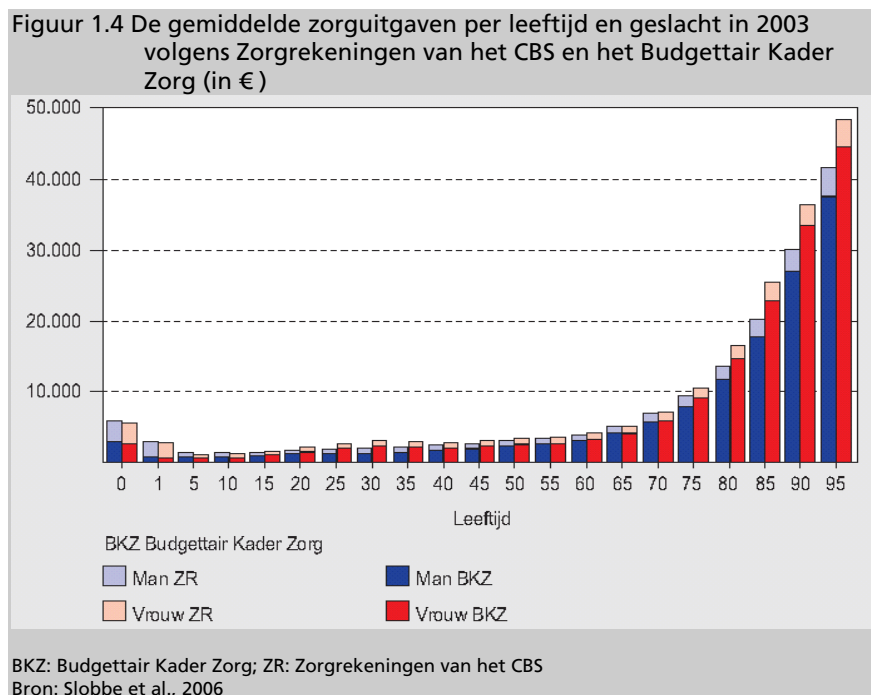
---

<sup>11</sup> Jones, 2002: *Why have health expenditures as a share of GDP risen so much?* Zie ook Cutler et al., 1998: 'Are medical prices declining?'

<sup>12</sup> Oeppel en Vaupen, 2002: 'Broken limits to life expectancy'.

## 1.2 Zorguitgaven over de levensloop

Het is bekend dat de uitgaven aan gezondheidszorg toenemen met de leeftijd. Hoe meer ouderen er in de samenleving zijn, hoe hoger de uitgaven aan curatieve zorg en care. Verlenging van de levensduur hoeft *an sich* echter niet tot hogere kosten te leiden, als mensen langer gezond blijven. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de zorguitgaven zich in hoge mate in het laatste levensjaar concentreren.<sup>13</sup> Voor Nederland is berekend dat de zorguitgaven in het laatste levensjaar twaalf keer zo hoog zijn als in een ‘gewoon’ levensjaar.<sup>14</sup> Het zou dus kunnen dat een langere levensduur alleen maar tot uitstel van zorguitgaven leidt. Uit onderzoek van Polder et al. blijkt dat deze ‘uitstelhypothese’ maar ten dele opgaat. Weliswaar vallen de meeste kosten inderdaad aan het eind van het leven, maar tegelijkertijd gaat het ouder worden ook wel degelijk gepaard met stijgende zorguitgaven.<sup>15</sup> Figuur 1.4 laat zien hoe de uitgaven aan zorg gespreid zijn over de levensloop.



<sup>13</sup> Gray, 2005: 'Population ageing and health care expenditure'.

<sup>14</sup> Polder, 2003: 'De kosten van zorg in het laatste levensjaar'.

<sup>15</sup> Polder et al., 2006: 'Health care costs in the last year of life'.

In de VS bedragen volgens Jones de 'kosten van het laatste jaar' zo'n 30% van de totale ziektekosten over de levensloop. Dit percentage blijkt opmerkelijk stabiel in de tijd. Of een dergelijk verband ook voor Nederland geldt, is niet bekend.

Een langere levensverwachting van mensen leidt ook tot een toename van uitgaven aan verzorging (*care*). Hoe ouder iemand is, hoe groter de kans dat die persoon in meer of mindere mate zorgbehoevend is. Ook hier geldt dat de betere gezondheidstoestand van ouderen, afgemeten aan hun zelfredzaamheid en fysieke en psychische belemmeringen, een zekere compensatie biedt voor het effect van het ouder worden, maar dat deze compensatie niet volledig is.<sup>16</sup> Per saldo neemt het beroep op medische zorg en andere vormen van verzorging dus toe met de leeftijd.

---

### 1.3 Nadere analyse van de uitgavenstijging

De ontwikkeling van de zorguitgaven hangt samen met verschillende factoren die hieronder worden besproken.

---

#### 1.3.1 Inkomensontwikkeling

Naarmate mensen welvarender worden, neemt de vraag naar zorg toe. Over de omvang van dat effect, verschillen de meningen. In diverse studies wordt een inkomenselasticiteit van rond de één gevonden.<sup>17</sup> Volgens het CPB ligt de inkomenselasticiteit voor de EU-15 op 0,72 of 0,99, afhankelijk van de gekozen modelspecificatie. Daarbij heeft het CPB gebruik gemaakt van OECD-data uit de periode 1970-2003. Het CPB heeft ook een schatting gemaakt op basis van alleen data voor Nederland (periode 1972-2003). Hieruit komt een inkomenselasticiteit naar voren die lager is dan voor de EU-15, namelijk 0,49. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat in landen waar het gezondheidszorgsysteem nog in opbouw is, de inkomenselasticiteit hoger is dan in landen waarin het gezondheidssysteem al voltooid is.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Zie bijvoorbeeld Jacobzone, Cambois en Robine, 2002: 'Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing?'.  
<sup>17</sup> Zie onder meer Gerdtham en Jönsson (2000) en Van Elk en Mot (2007). Leu (1986), Hitris en Posnett (1992), Roberts (1999), Clemente et al. (2004), CPB (2001).  
<sup>18</sup> CPB, 2007: *Determinanten van de gezondheidszorguitgaven*.

---

### 1.3.2 Medisch-technologische ontwikkelingen

Medisch-technologische ontwikkelingen zijn een belangrijke determinant van de zorguitgaven, zoals hierboven is beschreven. De precieze omvang van dit effect is echter moeilijk vast te stellen omdat er geen goede maatstaven zijn voor technologische ontwikkelingen in de zorg. Sommige econometrische studies kijken naar de uitgaven aan R&D of de hoeveelheid medische apparatuur, maar dat zijn gebrekkige indicatoren. Veel studies kijken daarom eerst wat de invloed van andere factoren, zoals inkomen, demografische ontwikkeling en achterblijvende productiviteit, is en schrijven dan het onverklaarde deel van de uitgavenstijging toe aan technologische ontwikkelingen.

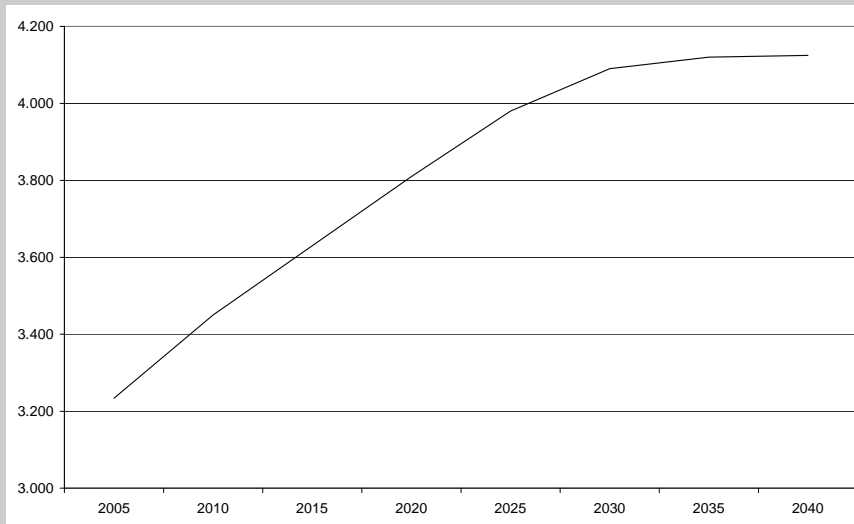
#### Box 1.2 Sterke toename medicijnuitgaven

De uitgaven aan geneesmiddelen zullen naar verwachting de komende decennia sterk toenemen. Alleen al de demografische ontwikkelingen zorgen voor sterke uitgavenstijgingen. Volgens de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) zullen wijzigingen in de bevolkingssamenstelling in 2040 zorgen voor € 714 miljoen aan extra medicijnuitgaven. Daarnaast zorgt de bevolkingsgroei voor een stijging van € 177 miljoen. Dat betekent dat de uitgaven aan geneesmiddelen van zo'n € 3,2 miljard in 2005 toenemen tot ruim € 4,1 miljard in 2040 (in constante prijzen).<sup>19</sup> Figuur 1.5 geeft dit weer.

---

<sup>19</sup> 'Geneesmiddelenbudget bestand tegen de grijze druk?', in: *Pharmaceutisch weekblad*, jg. 141, nr. 41 (12 oktober 2006).

Figuur 1.5 Verwachte ontwikkeling van de medicijnuitgaven als gevolg van demografische ontwikkelingen (x 1 miljoen euro)



Bron: SFK, 2006

De verwachting is echter dat de uitgaven aan geneesmiddelen veel sterker zullen toenemen. Dat komt onder meer door de continue ontwikkeling van nieuwe dure geneesmiddelen. Wanneer de medicijnuitgaven volgens de trend van de laatste jaren (met 7% per jaar) blijven toenemen, dan stijgen de totale uitgaven volgens het SFK tot bijna € 35 miljard in 2040. Het SFK merkt op dat het voor zo'n langetermijnprognose logischer is om de trend te berekenen via een lineaire regressie; in dat geval nemen de uitgaven toe tot bijna € 9,5 miljard (in constante prijzen).

Ook het CPB maakt geen afzonderlijke schatting van de invloed van technologische ontwikkelingen, maar ziet technologische ontwikkelingen en sociaal-culturele trends als 'restpost' bij het verklaren van de groei van de zorguitgaven. Uit deze schattingen blijkt dat in de Nederlandse raming 'technologise en overige ontwikkelingen' tot een jaarlijkse toename van de zorguitgaven met 1,07% hebben geleid.<sup>20</sup> In de schattingen voor de EU-15 is dit effect lager.

### 1.3.3 Baumol-effect

Een andere belangrijke oorzaak van de stijging van de zorguitgaven is het zogeheten Baumol-effect.<sup>21</sup> Dit houdt in dat de prijzen in de zorg (en andere

<sup>20</sup> CPB, 2007: *Determinanten van de gezondheidszorguitgaven*.

<sup>21</sup> Baumol en Bowen, 1966: *Performing Arts*.



arbeidsintensieve sectoren) sneller stijgen dan de inflatie. In een arbeidsintensieve sector als de gezondheidszorg kan arbeid minder eenvoudig worden vervangen door apparatuur, waardoor de arbeidsproductiviteit structureel achterblijft bij sectoren waar dat wel kan (bv. de industrie). Omdat de lonen in de zorg wel de algemene loonontwikkeling volgen, wordt de zorg relatief steeds duurder. Volgens het CPB was de prijsstijging in de zorg in de periode 1972-2003 in Nederland gemiddeld 1,2% hoger dan de prijsstijging in de economie als geheel, deels als gevolg van technologische ontwikkelingen.<sup>22</sup> Hartwig komt voor negentien OECD-landen in de periode 1960-2004 tot een vergelijkbare uitkomst.<sup>23</sup> Dit onderzoek uit 2006 wijst op een omvang van het Baumol-effect van ongeveer 1%.<sup>24</sup>

---

### 1.3.4 Demografische ontwikkelingen

De vergrijzing van de bevolking is ook een belangrijke oorzaak van oplopende zorguitgaven. Hoe meer ouderen er in de samenleving zijn, hoe hoger de uitgaven aan curatieve zorg en care. Polder et al. splitsen de effecten van de vergrijzing uit in drie elementen: een groeiend aantal oude mensen, een toenemende levensverwachting van ouderen en een hogere leeftijd bij overlijden.<sup>25</sup> Omdat er meer oude mensen komen, nemen de zorguitgaven in de periode 2002-2010 jaarlijks toe met 0,43% en in de periode 2010-2020 met 0,58%. De hogere levensverwachting van ouderen zorgt voor een volumegroei van 0,14% in 2002-2010 en 0,15% in 2010-2020. Het gegeven dat oudere mensen op steeds hogere leeftijd overlijden, heeft een licht kostendrukkend effect volgens Polder et al. Vanaf de leeftijd van 75 jaar dalen de kosten namelijk naarmate mensen op oudere leeftijd overlijden. In 2002-2010 ligt dit effect op -0,02%, in de jaren 2010-2020 is dit effect -0,04%. Tabel 1.1 geeft een overzicht van de effecten van demografische ontwikkelingen. Hierbij is er van uitgegaan dat de gezondheidszorg kwalitatief van hetzelfde niveau blijft als in 2002.

---

<sup>22</sup> Douven et al., 2006: *Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011*, p. 21.

<sup>23</sup> De onderzoeksperiode verschilt per land. Zo is voor Canada en Noorwegen uitgegaan van de volledige periode 1960-2004, maar is voor Frankrijk slechts uitgegaan van de periode 1990-2003 en enige jaren daarvoor.

<sup>24</sup> Hartwig, 2006: *What drives health care expenditure?*

<sup>25</sup> Polder, Jacobs en Barendrecht, 2003: 'De prijs van grijs', in: *Medisch Contact*.

**Tabel 1.1 Effecten van demografische ontwikkelingen op de zorguitgaven (in %)**

	<b>2002-2010</b>	<b>2010-2020</b>
	<i>RIVM</i>	<i>RIVM</i>
Bevolkingsgroei	0,58	0,37
Toename oude mensen	0,43	0,58
Hogere levensverwachting ouderen	0,14	0,15
Hogere leeftijd bij overlijden	-0,02	-0,04
<i>Totaal</i>	<i>1,13</i>	<i>1,06</i>

Bron: Polder et al., 2003

Ook het CPB heeft in zijn onderzoek naar de determinanten van zorguitgaven gekeken naar de effecten van demografische ontwikkelingen, zowel voor de EU-15 als voor Nederland afzonderlijk. In de raming voor Nederland zorgt de bevolkingsgroei voor een jaarlijkse toename van het zorgvolume met 0,2% en leidt de toename van het aantal 65-plussers tot een jaarlijkse volumegroei van 0,76%.<sup>26</sup> Tezamen hebben deze demografische ontwikkelingen dus een effect van 0,96%. Omdat het CPB naar het verleden kijkt en het RIVM naar de toekomst, valt het totale effect bij het CPB iets lager uit dan in de prognoses van Polder et al.

### 1.3.5 Leefstijl

Een andere factor die wel genoemd wordt als reden van de stijging van zorguitgaven, is de leefstijl van mensen. Wanneer mensen ongezonder leven, heeft dat gevolgen voor de zorguitgaven in de toekomst. Het is de vraag in hoeverre er in de afgelopen decennia sprake is geweest van een verslechterende leefstijl. Enerzijds is een negatieve ontwikkeling waarneembaar: het aantal mensen met overgewicht is in ons land sterk toegenomen, namelijk van 34,9% in 1990 tot 46,5% in 2006, en het percentage van mensen met obesitas is sinds 1980 zelfs verdubbeld van 5% tot 11% van de volwassenen. Anderzijds zijn er ook positieve

<sup>26</sup> CPB, 2007: *Determinanten van de gezondheidszorguitgaven.*

ontwikkelingen: zo is het aandeel rokers steeds verder gedaald, namelijk van 37% in 1990 tot 29,6% in 2006.<sup>27</sup>

Veranderingen in leefstijl zijn op verschillende manieren van invloed op de ontwikkeling van de zorguitgaven. Als veel Nederlanders stoppen met roken en de verwachte stijging van het aantal mensen met overgewicht niet doorzet, stijgen de uitgaven aan gezondheidszorg op korte termijn iets minder hard vanwege een vermindering van de ziektelast. Op langere termijn kunnen de zorguitgaven juist toenemen omdat mensen langer in leven blijven.<sup>28</sup> Het RIVM concludeert op basis van onderzoek dat leefstijlfactoren vanwege deze compenserende effecten per saldo geen groot effect hebben op de uitgaven aan zorg. Volgens het instituut is het effect op de groei van de zorguitgaven hooguit 0,1% per jaar.<sup>29</sup>

---

### 1.3.6 Overheidsbeleid

In de meeste landen bepaalt de overheid hoe de gezondheidszorg wordt ingericht en gefinancierd. Daarmee is het overheidsbeleid van invloed op de uitgaven aan zorg. Vanaf ongeveer 1980 hebben overheden in de meeste Europese landen uitgavenstijgingen in de zorg proberen af te remmen door budgetplafonds in te stellen. Het CPB raamt het effect hiervan op -0,4% voor de EU-15 en op -0,24% voor Nederland.<sup>30</sup>

Hoe belangrijk de invloed van budgetplafonds kan zijn, blijkt als we de ontwikkeling van de zorguitgaven in de VS vergelijken met die in het VK. Tussen 1960 en 1997 steeg het aandeel van de zorguitgaven in het bbp in de VS met 8 procentpunten en in het VK met 3 procentpunten. Volgens Jones komt dit omdat in de VS de zorguitgaven autonoom groeiden onder invloed van technologische ontwikkelingen en beslissingen van artsen om bepaalde behandelingen in te zetten, terwijl er in het VK een plafond aan de zorguitgaven was gesteld. Opmerkelijk genoeg bleek dit verschil niet samen te gaan met een groot verschil in levensverwachting; deze nam tussen 1960 en 1997 zowel in de VS als het VK met ongeveer zeven jaar toe. Wel kunnen strikte beperkingen aan de uitgavengroei in de zorg leiden tot wachtlijsten, verslechtering van de dienstverlening, vertragingen in de

---

<sup>27</sup> RIVM, 2006: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning*.

<sup>28</sup> CPB, 2006: *Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011*.

<sup>29</sup> Idem.

<sup>30</sup> CPB, 2007: *Determinanten van de gezondheidszorguitgaven*.

aanschaf van nieuwe apparatuur en andere vormen van kwaliteitsverlies.<sup>31</sup> Vroeg of laat leidt dat tot ontevredenheid onder de kiezers. In Engeland won de Labour-partij in 1997 de verkiezingen vooral dankzij de belofte om miljarden extra in de zorg te pompen. Ook in Nederland ontstond er rond de eeuwwisseling grote onvrede over de wachtlijsten in de zorg en zijn onder de noemer “boter bij de vis” honderden miljoenen extra in de zorg geïnvesteerd om wachtlijsten weg te werken.

---

## 1.4 Prognose van de zorguitgaven tot 2035

Op basis van de ontwikkelingen in het verleden en de verwachtingen in de toekomst is het mogelijk scenario's op te stellen van de uitgavenstijging in de zorg tot 2035. NYFER gaat hierbij uit van twee mogelijke scenario's.

In beide scenario's wordt een trendmatige groei van het bbp-volume met 1,75% verondersteld. Deze bbp-groei ligt lager dan de groei die in de afgelopen decennia is gerealiseerd (gemiddeld 2,5% over de periode 1971-2006), maar dat komt omdat het arbeidsaanbod ook veel minder sterk groeit. Een bbp-groei van 1,75% komt overeen met het 'voorzichtige scenario' van het CPB voor de periode 2008-2011<sup>32</sup> en is het gemiddelde van de groeiprognozes in de vier langetermijnscenario's van het CPB tot 2040.<sup>33</sup> Bij een bevolkingsgroei van 0,2% groeit het bbp per hoofd dan met 1,5%. Ten aanzien van de inkomenselasticiteit hanteren wij twee varianten. In de eerste variant wordt uitgegaan van een inkomenselasticiteit van 1,0 conform het internationale onderzoek, in de tweede van een elasticiteit van 0,5 conform het CPB-onderzoek voor Nederland. Wanneer het *inkomen per hoofd* met gemiddeld 1,5% per jaar toeneemt, leidt dat tot een stijging van het volume van de gezondheidszorg met gemiddeld 0,75 à 1,5 procentpunt per jaar.

Ten aanzien van de *technologische ontwikkeling* veronderstellen wij dat deze onverminderd doorgaat en nieuwe vraag naar zorg uitlokt.<sup>34</sup> De omvang van dit effect is met veel onzekerheid omgeven. In dit onderzoek hanteren wij

---

<sup>31</sup> NYFER, 2002: *Zorg voor het ziekenhuis*.

<sup>32</sup> CPB, 2006: *Keuzes in kaart 2008-2011*.

<sup>33</sup> CPB, 2004: *Vier vergezichten voor Nederland*.

<sup>34</sup> Het is moeilijk de effecten van inkomen, technologische ontwikkeling en relatieve prijsstijgingen (Baumol) op de uitgaven in de zorg analytisch goed te scheiden. Voor het totaalbeeld is de precieze onderverdeling echter minder belangrijk.

twee varianten. In de eerste variant zorgt de technologische ontwikkeling voor een autonome groei van de zorguitgaven met 0,5 procentpunt per jaar, in de tweede variant wordt uitgegaan van een effect van 1,0 procentpunt per jaar.

Wat betreft het *Baumol-effect* verwachten wij dat dit ook in de toekomst een belangrijke rol zal spelen in de zorg. Algemeen wordt aangenomen dat de krapte op de arbeidsmarkt toeneemt onder invloed van de vergrijzing. Dit betekent dat arbeid relatief steeds duurder wordt en dat sectoren waar weinig substitutie tussen arbeid en kapitaal mogelijk is, relatief sterk in prijs stijgen. In onze prognoses stellen wij het Baumol-effect op 1,0 procentpunt, conform het internationale onderzoek.

Voor de invloed van *demografische factoren* op de zorguitgaven sluiten wij aan bij de prognoses van het RIVM voor de periode tot 2020 en veronderstellen dat dit effect ook na 2020 in dezelfde orde van grote zal liggen (ruim 1 procentpunt per jaar). Omdat de vergrijzing in ons land pas rond 2035 haar hoogtepunt bereikt, is dit een voorzichtige schatting.

De invloed van *leefstijlfactoren* op de zorguitgaven taxeren wij op 0,1 procentpunt, conform het onderzoek van het RIVM.

Ten aanzien van het *overheidsbeleid* nemen wij aan dat de budgettering van de publieke uitgaven aan zorg stapsgewijs zal worden opgeheven. Budgettering staat haaks op de liberalisering van de zorgmarkt die met de Zorgverzekeringswet is ingezet.<sup>35</sup> Hoewel de overheid de ontwikkeling van de publieke uitgaven ongetwijfeld nauwlettend zal blijven volgen, moeten andere mechanismen, zoals vraagsturing en concurrentie voor de gewenste doelmatigheid zorgen. De invloed van budgettering stellen wij in onze scenario's derhalve op nul.

Tabel 1.2 vat het effect van de afzonderlijke factoren op de uitgavenstijging in de zorg samen. In totaal zorgen de determinanten voor een jaarlijkse uitgavenstijging van 3,35-4,6%, afhankelijk van de aannamen over het effect van inkomen en technologie. Het CPB raamt de jaarlijkse groei van het zorgvolume op middellange termijn zonder kostendrukkend beleid op 2,8-

---

<sup>35</sup> Ook de door minister Klink in het vooruitzicht gestelde maatstafconcurrentie in de ziekenhuiszorg staat haaks op de liberalisering. De maatstafconcurrentie is echter bedoeld als een tijdelijk instrument totdat de voorgenomen liberalisering volledig haar beslag krijgt. In hoofdstuk 3 wordt dieper op de maatstafconcurrentie ingegaan.

Van later zorg?

3% per jaar.<sup>36</sup> De invloed van relatieve prijsstijgingen (Baumol-effect) komt daar nog bovenop.

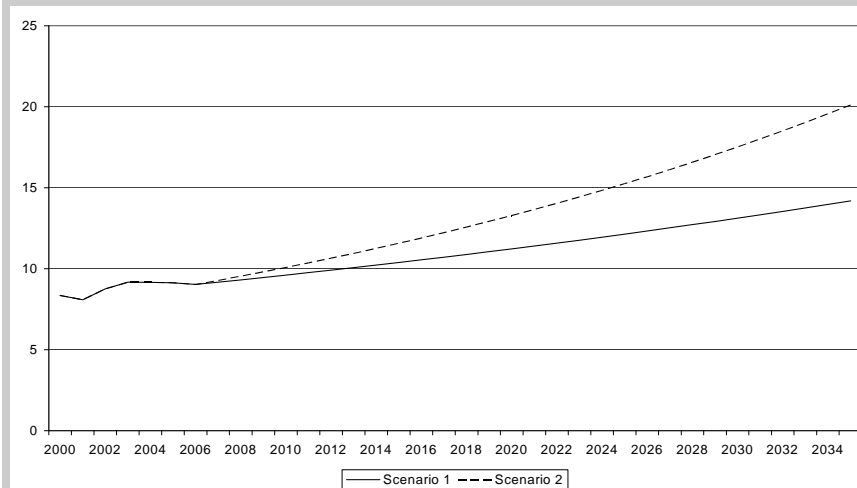
Tabel 1.2 Effecten van determinanten op de zorguitgaven (in %)

Determinant	Bijdrage aan zorguitgaven
Inkomen (bbp per hoofd)	0,75/1,5
Technologie	0,5/1,0
Baumol-effect	1,0
Demografische ontwikkelingen	1,0
Leefstijl	0,1
Overheidsbeleid (budgettering)	0
<i>Totaal</i>	<i>3,35/4,6</i>

Wanneer deze trends in de zorguitgaven worden doorgetrokken tot 2035 groeien in scenario 1 de publieke uitgaven aan zorg jaarlijks met 3,35%. In scenario 2 groeien de zorguitgaven jaarlijks met 4,6%. In beide scenario's groeien de zorguitgaven sneller dan het bbp. In scenario 1 – de lage variant – neemt het beslag van de zorguitgaven op het bbp toe van 9,2% in 2006 tot 14,2% in 2035. In scenario 2 nemen de uitgaven aan gezondheidszorg veel sterker toe, namelijk tot 20,1% van het bbp in 2035. Figuur 1.6 geeft dit weer. Bij ongewijzigd beleid zal de stijging van de zorguitgaven in hoge mate neerslaan in de publieke sector.

<sup>36</sup> CPB, 2007: *Determinanten van de gezondheidszorguitgaven*.

Figuur 1.6 Twee scenario's van de zorguitgaven als percentage van het bbp tot 2035



Bron: CBS, CPB, bewerkt door NYFER

### Box 1.2 Definities van zorguitgaven

Er is veel spraakverwarring over het begrip zorguitgaven. Volgens de Zorgrekeningen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) worden de zorguitgaven gelijkgesteld aan de totale opbrengsten van actoren binnen het zorgterrein. Ook aan zorg gerelateerde activiteiten zoals kinderopvang of ARBO-diensten worden in de Zorgrekeningen meegenomen.

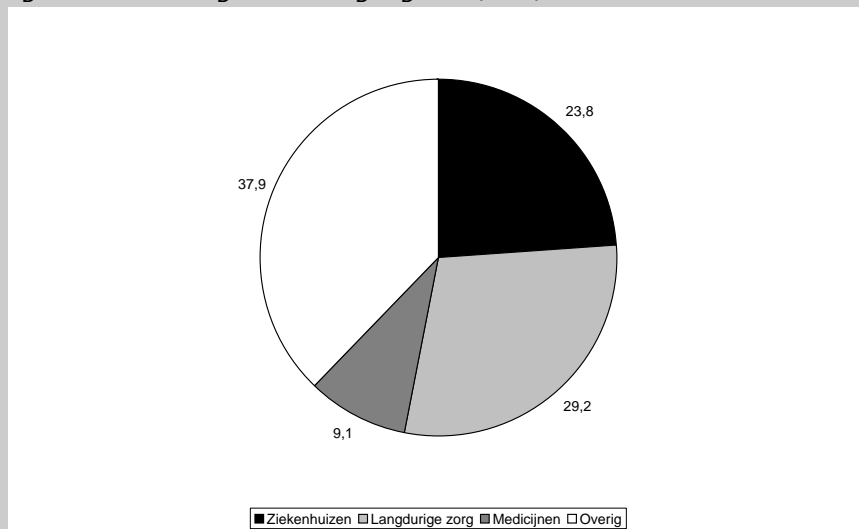
Zorguitgaven bestaan onder meer uit de kosten van langdurige zorg, ziekenhuiskosten en geneesmiddelen. De uitgaven aan langdurige zorg bedroegen in de periode 1998-2004 gemiddeld zo'n 29,2% van de totale zorguitgaven. Voor ziekenhuizen<sup>37</sup> lag dat percentage op 23,8% van de totale uitgaven aan de gezondheidszorg. Medicijnen vormden in die periode gemiddeld zo'n 9,1% van de totale zorguitgaven. Figuur 1.7 geeft dit weer.

Een andere, minder ruime, definitie van zorguitgaven wordt gehanteerd door het ministerie van VWS. In het budgettair kader zorg (BKZ) worden alle zorguitgaven meegenomen die onder directe verantwoordelijkheid van het ministerie vallen. Tot het BKZ behoren de zorgonderdelen die in de Zvw deel uitmaken van het basispakket en de AWBZ. Kinderopvang, ARBO-diensten en GGD worden dus niet meegeteld in de zorguitgaven. Ook particuliere zorguitgaven – waaronder eigen betalingen, het niet-wettelijk deel van de tandartszorg en paramedische zorg, en aanvullende verzekeringen –

<sup>37</sup> Hieronder vallen algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen en categorale ziekenhuizen.

behoren niet tot de BKZ-definitie. De BKZ-definitie is jaarlijks onderhevig aan wijzigingen in het collectief gefinancierde pakket en de hoogte van eigen bijdragen. Zo leidden een verkleining van het ziekenfondspakket en een toename van de eigen bijdragen in de AWBZ in het verleden er toe dat de zorguitgaven volgens de BKZ-definitie minder hard stegen dan volgens de CBS-definitie. In dit rapport wordt uitgegaan van de BKZ-definitie, waarbij de publieke zorguitgaven centraal staan.<sup>38</sup>

*Figuur 1.7 Verdeling van de zorguitgaven (in %)\**



\* Hierbij is uitgegaan van de gemiddelde verdeling in de periode 1998-2004  
Bron: CBS.

*Tabel 1.3 Ontwikkeling van de zorguitgaven in 2000-2006 volgens het CBS en BKZ (in miljarden euro's)*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>CBS</b>	42,1	47,1	53,0	57,5	59,9	62,9	65,7
<b>Groei</b>	7,1%	12,0%	12,5%	8,5%	4,1%	5,0%	4,4%
<b>BKZ</b>	34,9	38,6	42,5	43,7	45,0	46,5	48,3
<b>Groei</b>	6,5%	10,8%	10,2%	2,6%	3,2%	3,2%	4,0%

Bron: CBS, Ministerie van VWS, 2007

Uit tabel 1.3 blijkt dat de zorguitgaven volgens de CBS-definitie veel hoger liggen dan de BKZ-definitie. Ook blijkt dat de zorguitgaven volgens de CBS-definitie in alle jaren sterker toenemen dan volgens de BKZ-definitie.

<sup>38</sup> In internationale vergelijkingen wordt meestal uitgegaan van de OECD-definitie van zorguitgaven. Deze definitie rekent het grootste deel van de uitgaven aan verzorgingshuizen, gehandicaptenzorg en thuiszorg niet mee. Op bepaalde zorgonderdelen is de OECD-definitie echter ruimer dan de BKZ-definitie; zo worden particuliere zorguitgaven ook meegerekend.



---

## 2 Economische effecten van stijgende publieke zorguitgaven

Goede gezondheidszorg is van essentieel belang voor een actieve en productieve bevolking. Maar als de publieke uitgaven aan zorg oplopen tot 20% van het bbp in 2035, heeft dat een aantal economische gevolgen. In dit hoofdstuk worden deze effecten besproken.

---

### 2.1 Zorg: onderhoud van en investering in menselijk kapitaal

De zorgsector speelt een sleutelrol in onze vergrijzende economie. Naast goed onderwijs is goede gezondheidszorg essentieel om menselijk kapitaal – de belangrijkste bron van onze welvaart – te onderhouden en vergroten. Een goede gezondheid draagt niet alleen rechtstreeks bij aan ieders welbevinden, maar vergroot ook het productieve vermogen en de concurrentiekracht van de economie. Een gezondere bevolking is beter en langduriger in staat zich te ontplooien en goederen en diensten voort te brengen waaraan de samenleving behoefte heeft. Volgens Bloom en Canning zijn er verschillende manieren waarop gezondheid de welvaart bevordert:<sup>39</sup>

1. De arbeidsproductiviteit neemt toe. Een gezonde bevolking is lichamelijk en geestelijk beter opgewassen tegen de inspanningen die het werk vergt. Daardoor gaan er minder dagen verloren door ziekte van werknemers zelf of van familieleden waar zij voor moeten zorgen.
2. De investeringen in opleiding nemen toe. Naarmate mensen gezonder zijn en langer leven, zijn ze meer bereid om te investeren in de ontwikkeling van kennis en vaardigheden, omdat zij daar langer de vruchten van kunnen plukken. Deze investeringen zorgen voor een hogere productiviteit en dat genereert een hoger inkomen. Er blijkt een sterke samenhang te zijn tussen gezondheid en opleiding.
3. De investeringen in fysiek kapitaal nemen toe. Mensen die langer leven, zetten meer opzij voor hun oude dag. Door de accumulatie van kapitaal neemt het inkomen toe. Bovendien trekt een goed opgeleide, gezonde bevolking buitenlandse investeringen aan.
4. Er is ook een ‘demografisch dividend’. Bij een betere volksgezondheid neemt de kindersterfte af. Als gevolg daarvan daalt in welvarende

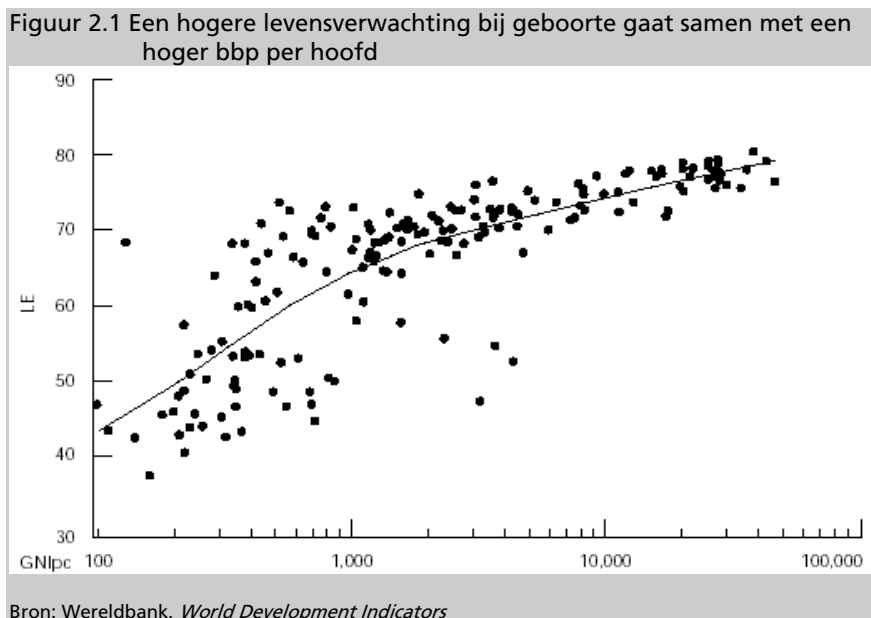
---

<sup>39</sup> Bloom en Canning, 2000: ‘The health and wealth of nations’, blz. 1208.

Van later zorg?

economieën het aantal kinderen per huishouden. Dit gaat gepaard met een stijging van het aandeel werkenden onder de bevolking, wat zorgt voor een sterke toename van het inkomen.<sup>40</sup>

Het gaat hier om een duidelijk aantoonbaar effect. In een omvangrijk onderzoek (104 landen) en over een lange periode (1970-1990) vinden Bloom, Canning en Sevilla dat één jaar verlenging van de gemiddelde levensverwachting gemiddeld over alle landen gepaard gaat met een extra economische groei van ongeveer 4%.<sup>41</sup> Behalve een individueel belang is er dus ook een groot maatschappelijk belang bij een goede gezondheidssituatie van de bevolking als geheel. Figuur 2.1 geeft een en ander weer.



Berekeningen van Nordhaus, waarin de positieve welvaartseffecten van betere gezondheidszorg (hogere levensverwachting, betere kwaliteit van leven) vergeleken worden met de welvaartseffecten van hogere consumptie, laten zien dat beide ongeveer een gelijke bijdrage leveren aan de totale welvaartsgroei.<sup>42</sup>

<sup>40</sup> Uiteraard is dit een tijdelijk effect. Op termijn neemt het aandeel ouderen toe die geen deel meer uitmaken van de werkende bevolking. Dat kan dan weer een rem zetten op de economische groei.

<sup>41</sup> Bloom, Canning en Sevilla, 2001: *The effect of health on economic growth*, p. 20.

<sup>42</sup> Nordhaus, 2002: *The health of nations: the contribution of improved health to living standards*.

Andere studies kijken meer op microniveau naar het rendement van investeringen in goede zorg. Cutler en McClellan bijvoorbeeld hebben voor de VS onderzocht hoe de medische kosten van hartaanvallen, laag geboortegewicht, depressie, staar en borstkanker zich verhouden tot de baten daarvan in termen van gezonde levensjaren (qaly's).<sup>43</sup> Daarbij stellen zij de waarde van een gezond levensjaar op \$ 100.000, wat vrij hoog is vergeleken met andere schattingen in de literatuur.<sup>44</sup> In de berekeningen wordt ook rekening gehouden met het effect dat verbeterde behandelmethoden tot extra zorgvraag leiden, dus meer patiënten die de verbeterde behandeling ontvangen. Cutler en McClellan concluderen dat bij drie van de vier aandoeningen de totale kosten (screening, diagnose, behandeling enz.) ruimschoots worden overtroffen door de bereikte gezondheidswinst. Bij borstkanker houden kosten en baten elkaar ongeveer in evenwicht.

Hoe belangrijk goede gezondheidszorg ook is voor de welvaart, de middelen die aan gezondheidszorg worden besteed, moeten natuurlijk doelmatig worden ingezet. Zoals David Cutler in zijn Tinbergen-lezing 2005 opmerkte: “we betalen evenveel voor onnodige als voor nuttige zorg, dus van allebei krijgen we een flinke hoeveelheid.”<sup>45</sup>

---

## 2.2 Publiek en privaat belang

Het grote maatschappelijke belang van goede gezondheidszorg betekent niet dat het investeren in en onderhouden van menselijk kapitaal uitsluitend een publieke verantwoordelijkheid is. Mensen zijn primair zelf verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid en profiteren er ook zelf als eersten van wanneer zij lichamelijk en geestelijk gezond zijn en hun menselijke talenten volledig kunnen ontplooiën. Het in de grondwet vastgelegde ‘recht op zorg’ leidt gemakkelijk tot de opvatting dat de overheid dan ook automatisch verantwoordelijk is voor alle kosten die met de gezondheidszorg gemoeid zijn. Het beheer van de gezondheid is echter primair ieders eigen verantwoordelijkheid. Alleen als de zorgmarkt niet goed werkt of tot

---

<sup>43</sup> Cutler en McClellan, 2001: ‘Is technological change in medicine worth it?’.

<sup>44</sup> In Australië geldt bijvoorbeeld een grens van € 25.000 en in het Verenigd Koninkrijk wordt de grens bij € 44.000 gelegd. Dit getal wordt gehanteerd bij beslissingen om nieuwe geneesmiddelen in het verstrekkingenpakket op te nemen. Zie: RIVM, 2006: ‘Gezondheid en zorg voor welvaart’, in: *Volksgezondheid toekomst verkenning 2006*.

<sup>45</sup> Cutler, 2006: ‘The economics of health system payment’.

maatschappelijk ongewenste uitkomsten leidt, is er ook een publieke verantwoordelijkheid om alle burgers van goede zorg te voorzien.

Een voorbeeld is de financiering van de ouderenzorg. Iedereen weet dat het leven eindig is: vroeg of laat raakt ons 'gezondheidskapitaal' op of versleten. Op dat moment zijn wij op de hulp van anderen aangewezen. Mensen kunnen zich daarop voorbereiden door geld opzij te zetten (sparen) of zich te verzekeren van goede zorg voor de oude dag. Wie om wat voor reden dan ook niet terug kan vallen op eigen voorzieningen, moet kunnen vertrouwen op een publiek vangnet voor ouderenzorg. Vrijwel elk ontwikkeld land kent zo'n voorziening. In Nederland is deze georganiseerd binnen de AWBZ.

De verwarring over de afbakening van publieke en private verantwoordelijkheden komt ook tot uitdrukking in de voortdurende discussies over de omvang van het basispakket in de zorgverzekering. Er is nu eenmaal een grens aan de omvang van de collectieve middelen die aan gezondheidszorg kunnen worden besteed, maar waar ligt die grens precies? Vele commissies hebben zich al over deze vraag gebogen. Eén van de bekendste was de commissie-Dunning, die in 1991 de zogenaamde 'trechter van Dunning' presenteerde als hulpmiddel om te bepalen welke zorg wel en welke niet voor vergoeding in aanmerking komt. In de praktijk is het echter niet eenvoudig gebleken deze trechter toe te passen.

Door de voortgaande technologische ontwikkeling en verdere verlenging van de levensduur zal de vraag naar medische zorg en andere vormen van verzorging blijven stijgen. Die zorg kan niet allemaal uit publieke middelen worden gefinancierd. Ook nu al is er een groeiende markt voor private zorg, die uit eigen middelen wordt betaald. Het ligt voor de hand dat die markt zich nog veel verder zal ontwikkelen, gegeven het grote belang dat mensen aan hun gezondheid hechten. Voor het vraagstuk van de financiering van de zorg op lange termijn is vooral van belang hoe de *publieke* zorguitgaven zich ontwikkelen.

---

### 2.3 Stijging collectieve lasten en verdringing

Toename van de publieke uitgaven aan zorg houdt in dat de premies voor de Zvw en AWBZ omhoog moeten. In 2008 bedraagt de inkomensafhankelijke Zvw-bijdrage 7,2% van het loon tot een maximum

bijdrageloon van € 31.231 en de AWBZ-premie 12,15% tot een maximum dagloon van € 177,03. In beginsel kunnen premies verder toenemen om de hogere uitgaven aan zorg te financieren. Ook kan de overheid besluiten om een groter deel van de zorguitgaven uit belastingmiddelen te financieren, zoals ook bij de AOW is gebeurd (fiscalisering). Macro-economisch maakt het weinig uit of de zorguitgaven nu uit belastingen of premies worden gefinancierd, in beide gevallen neemt de collectievelastendruk toe. Dat houdt risico's in voor het groeivermogen van de economie.

Over het verband tussen lastendruk en economische groei zijn de meningen onder economen verdeeld. Er is geen eenduidig verband tussen de belasting- en premiedruk in een land en de economische prestaties.<sup>46</sup> Landen die te weinig investeren in goede voorzieningen op het gebied van gezondheidszorg, onderwijs en infrastructuur lopen een economische achterstand op. Maar landen die te veel belastingen en premies heffen, schaden ook de economische ontwikkeling, onder meer doordat bedrijven en kenniswerkers naar andere oorden vertrekken. De internationalisering van de economie leidt tot een toenemende belastingconcurrentie tussen landen en dwingt overheden hun uitgaven in het gareel te houden. Een te groot beslag van de zorguitgaven op de overheidsfinanciën gaat linksom of rechtsom ten koste van andere belangrijke overheidstaken, zoals onderwijs, infrastructuur of veiligheid. Dat er grenzen zijn aan het tempo waarin de publieke zorguitgaven kunnen toenemen, geldt te meer omdat ook de AOW zorgt voor extra uitgaven naarmate de bevolking vergrijst.

---

## 2.4 Armoedeval en vermindering arbeidsparticipatie

Misschien nog belangrijker dan het niveau van de collectievelastendruk is de mate waarin belastingen en premies op arbeid drukken: de zogenaamde 'wig' of micro-lastendruk. Als arbeid duurder wordt doordat belastingen en premies stijgen, wordt het voor werkgevers minder aantrekkelijk om mensen in dienst te nemen. Voor werknemers wordt het minder aantrekkelijk om aan de slag te gaan, extra uren te maken, overwerk te verrichten e.d., omdat er van hun brutoloon netto minder overblijft. De arbeidsparticipatie neemt dus af, terwijl deze juist toe moet nemen om de effecten van de vergrijzing op te vangen.

---

<sup>46</sup> Easterly en Rebelo, 1993: *Fiscal policy and economic growth*.

Van later zorg?

De effecten van een hoge 'wig' zijn het sterkst bij partners van kostwinners en alleenstaanden.<sup>47</sup> Volgens berekeningen van het CPB leidt een verhoging van de marginale druk voor werknemers met 8% tot een daling van het arbeidsaanbod in uren met 5,25%. De participatiegraad van vrouwen daalt zelfs met 9,75%.<sup>48</sup> Dit staat volledig haaks op het beleid van bevordering van arbeidsparticipatie om de kosten van de vergrijzing op te vangen.

Lagere nettolonen betekenen ook dat investeringen in menselijk kapitaal (opleiding, scholing, werkervaring) minder opleveren. Het wordt dus minder aantrekkelijk om zich goed te scholen, vakkennis op te doen enz.<sup>49</sup> Dat is een groot gevaar, omdat menselijk kapitaal de belangrijkste productiefactor is in een kenniseconomie. Als mensen minder bereid zijn daarin te investeren, tast dat het productieve vermogen van de economie aan.

De overheid wil niet alleen kwalitatief hoogwaardige, maar ook voor eenieder toegankelijke (betaalbare) zorg bieden. Daarom compenseert de overheid mensen met lage inkomens door middel van zorgtoeslagen en inkomensafhankelijke premies. Een nadeel van inkomensafhankelijke regelingen is dat deze de 'armoedeval' versterken. Mensen die aan een uitkering of laag inkomen proberen te ontsnappen door (meer) te gaan werken en in zichzelf te investeren, worden daartoe ontmoedigd omdat dit nauwelijks iets oplevert.

---

## 2.5 Werkgeverslasten en concurrentiepositie

Een stijging van de zorguitgaven kan leiden tot hogere loonkosten voor werkgevers. De premiestelling Zvw is deels inkomensafhankelijk, deels nominaal. Het inkomensafhankelijke deel moet de helft van de zorgkosten opbrengen. Daarvoor wordt een percentage vastgesteld (in 2008: 7,2% over € 31.231). Werkgevers zijn verplicht voor hun werknemers de inkomensafhankelijke premie te vergoeden. In 2007 waren werkgevers € 13 miljard aan zorgkosten kwijt. In 2008 neemt dit met € 1,5 miljard toe.

---

<sup>47</sup> Evers, De Mooij en Van Vuuren, 'Arbeidsaanbodelasticiteit en beleid', in: *ESB*, 23 maart 2007.

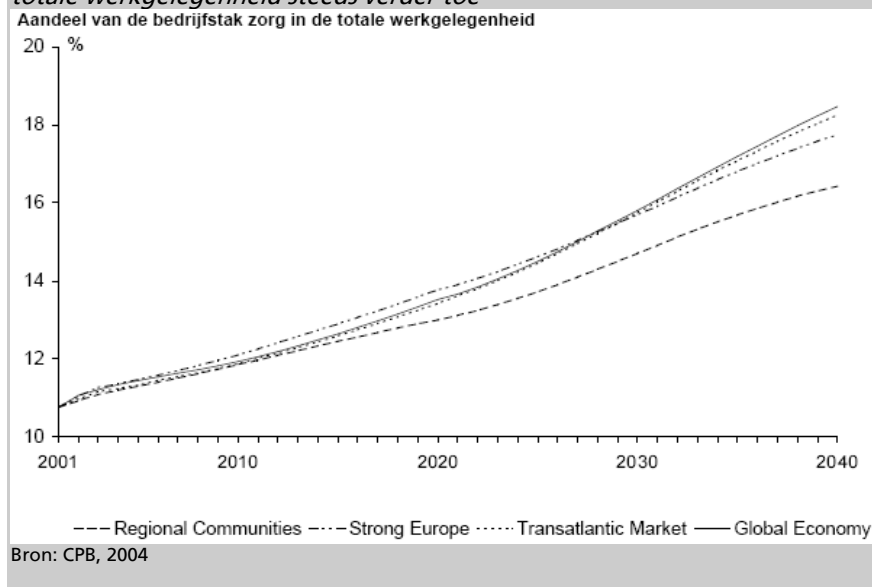
<sup>48</sup> Jacobs, De Mooij en Folmer, 2006: 'Vlaktaks en arbeidsparticipatie', p. 18.

<sup>49</sup> Voor een analyse van de versturende invloed van belastingen op menselijk kapitaal zie B. Jacobs, *Public finance and human capital*.

### Box 2.1 Arbeidsmarkt in de zorg<sup>50</sup>

Volgens prognoses van het CPB neemt het aandeel van de zorg in de totale werkgelegenheid de komende decennia sterk toe. Terwijl dat aandeel in 2001 nog op minder dan 11% lag, neemt dat – afhankelijk van het scenario – toe tot 16,4-18,5% in 2040. Een belangrijke oorzaak is dat de vergrijzing tegelijkertijd leidt tot een afname van de werkende beroepsbevolking en een stijging van de zorgvraag. Figuur 2.2 geeft een en ander weer.

*Figuur 2.2 De komende decennia neemt het aandeel van de zorgsector in de totale werkgelegenheid steeds verder toe*



De stijging van de zorguitgaven maakt arbeid duurder en verslechtert de concurrentiepositie van het bedrijfsleven. EIM heeft in opdracht van MKB-Nederland berekend dat de verhoging van de werkgeversbijdrage in 2008 10.500 banen kost.<sup>51</sup> Wanneer de werkgeversbijdrage in de toekomst onverminderd blijft stijgen, kan dit tot een veelvoud oplopen. Het is voor bedrijven en kenniswerkers steeds gemakkelijker geworden hun activiteiten over de landsgrenzen te verplaatsen. De hoogte van belastingen speelt daarbij een belangrijke rol.<sup>52</sup> Het gevaar bestaat dat bedrijven zich liever in een land vestigen waar de kwaliteit van de gezondheidszorg goed is, maar de kosten beter onder controle worden gehouden.

<sup>50</sup> CPB, 2004: *Vier toekomstscenario's voor overheid en zorg*.

<sup>51</sup> 'Stijging zorgkosten werkgever kost ruim 10.000 banen', MKB-Nederland, 25 september 2007.

<sup>52</sup> Devereux, 2006: *The impact of taxation on the location of capital, firms and profits*.

---

## 2.6 Intergenerationele solidariteit

De financiering van de gezondheidszorg is gebaseerd op intergenerationele solidariteit. Jongeren die relatief weinig zorg nodig hebben, betalen voor ouderen die relatief veel zorg nodig hebben. De zorguitgaven voor 65-plussers liggen ongeveer vier keer zo hoog als die voor mensen onder de 65 jaar. Dit is geen probleem als jongeren er van uit kunnen gaan dat toekomstige generaties voor hen zullen betalen als zij oud zijn en verzorging nodig hebben. De solidariteit tussen generaties is dus gebaseerd op een zekere wederkerigheid. Dit 'sociale contract' loopt gevaar wanneer één generatie veel méér dreigt te moeten betalen dan zij zal ontvangen wanneer zij zelf oud is. Dit is het geval wanneer de verhouding tussen het aantal jongeren (werkenden) en ouderen (niet werkenden) binnen één generatie sterk verslechtert. In een situatie van vergrijzing dus. Omdat veel ziekten in de duurste diagnosegroepen het karakter hebben van ouderdomsziekten, valt te verwachten dat de intergenerationele solidariteitsoverdrachten in de komende decennia nog sterk zullen toenemen. Jongeren kunnen daardoor in de verleiding komen het sociale contract op te zeggen en te kiezen voor een nieuw contract dat de lasten gelijkmatiger over de generaties spreidt.<sup>53</sup>

Het intergenerationele contract komt extra onder druk wanneer jongeren moeten betalen voor ouderen die zelf ruim in de financiële middelen zitten. In het afgelopen decennium is de inkomenspositie van ouderen aanzienlijk verbeterd, vooral doordat steeds meer mensen die de 65 jaar passeren over een inkomen uit aanvullend pensioen kunnen beschikken. Ramingen van het ministerie van SZW wijzen uit dat het inkomen en het vermogen van ouderen in de komende decennia verder zullen groeien.<sup>54</sup> Met name in de leeftijdscategorieën 65-69 jaar en 70-74 jaar neemt het gemiddelde vermogen sterk toe.<sup>55</sup> De mogelijkheden om van ouderen zelf een grotere bijdrage te vragen in de financiering van hun gezondheidszorg nemen dus toe. Dit kan de bereidheid onder jongeren om middelen te blijven overdragen verder onder druk zetten.

---

<sup>53</sup> Van der Geest, 2005: *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*.

<sup>54</sup> Ministerie van SZW, 2006: *De toekomstige inkomenspositie van ouderen*.

<sup>55</sup> Idem, p. 65.



---

## 2.7 Tot slot

Het rendement van investeringen in de gezondheidszorg is hoog. Door verbetering van de volksgezondheid neemt de voorraad menselijk kapitaal toe en kan de economie sneller groeien. Ook los van de economische groei dragen een betere gezondheid en een langere levensduur bij aan de welvaart van mensen. Daartegenover staat een prijs. Met name wanneer de gezondheidszorg uit publieke middelen wordt gefinancierd, gaat dat gepaard met belasting- en premieheffingen die een negatieve invloed op het aanbod van arbeid en de investeringen in menselijk kapitaal hebben. Ook de risico's van hogere kosten voor de concurrentiepositie van het bedrijfsleven moeten in ogenschouw worden genomen. Een zorgvuldige afweging van kosten en baten is noodzakelijk om extra publieke uitgaven aan gezondheidszorg te rechtvaardigen.

Van later zorg?

---

### 3 Zorguitgaven en de Zorgverzekeringswet

In 2006 is het nieuwe zorgstelsel in werking getreden. Dit stelsel vertrouwt op ‘gereguleerde marktwerking’ om mensen die medische zorg nodig hebben, adequate zorg te kunnen bieden. Een belangrijk motief voor de invoering van het nieuwe stelsel was om de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg op lange termijn te waarborgen. De zorgmarkt werkt echter nog niet zoals beoogd. Er zijn aanvullende maatregelen nodig om ongewenste uitgavenstijgingen te voorkomen.

---

#### 3.1 Filosofie van de Zorgverzekeringswet

De nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) die op 1 januari 2006 in werking is getreden, berust op drie pijlers: 1. concurrentie tussen verzekeraars; 2. concurrentie tussen zorgaanbieders; en 3. goed geïnformeerde, mondige consumenten die bewust kiezen voor de beste verzekeraar en zich oriënteren waar zij de beste zorg kunnen krijgen.

In het nieuwe zorgstelsel vervult de *verzekeraar* een sleutelrol als inkoper van zorg namens zijn verzekerden. Hiervoor is gekozen, omdat de verzekeraar meer informatie heeft over het zorgaanbod en ook over meer onderhandelingsmacht beschikt om goede zorg in te kopen. Dat is belangrijk omdat er grote verschillen in kwaliteit tussen zorgaanbieders zijn. Uit cijfers van enkele jaren geleden bleek dat er in Amsterdam en Alkmaar 70-80% meer mensen gedotterd werden dan het landelijke gemiddelde en in Groningen en Arnhem 60% minder. Ook bleek dat je in de ene regio tien keer zoveel kans hebt om voor gynaecologische klachten in het ziekenhuis te belanden als in de andere.<sup>56</sup> Recent wees de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) nog op de zeer grote verschillen tussen ziekenhuizen in aantallen heropnames in geval van hartfalen bij ouderen: de slechtst presterende ziekenhuizen hadden vier tot zelfs zeven keer zoveel heropnames als de betere ziekenhuizen.<sup>57</sup> Deze verschillen worden niet veroorzaakt door de bevolkingssamenstelling want daar is voor gecorrigeerd; ze ontstaan doordat zorgverleners lang niet altijd volgens de *best practices* handelen. Mede daardoor zijn er ook grote verschillen in de uitkomsten van behandelingen.

---

<sup>56</sup> Van Rijen en Ottes, 2004: ‘Regionale verschillen in het gebruik van zorg’.

<sup>57</sup> NZA, 2007: *Visiedocument Richting geven aan keuzes*, p. 15.

Van later zorg?

De gedachte achter de Zorgverzekeringswet was dat verzekeraars wel snel zouden ontdekken waar de zorg het beste was, vervolgens met deze aanbieders een contract zouden afsluiten en dan hun klanten naar de betreffende voorkeursaanbieders (*preferred providers*) zouden geleiden. Verzekeraars moeten dan natuurlijk wel in staat zijn om consumenten te bewegen naar de gecontracteerde (voorkeurs)aanbieders te gaan.

*Zorgaanbieders* op hun beurt moeten met elkaar concurreren om de beste kwaliteit voor de beste prijs te leveren. Door de selectieve zorginkoop kunnen zij er niet langer zeker van zijn dat er vraag is naar hun diensten; aanbieders die onvoldoende kwaliteit leveren of te hoge prijzen rekenen, zullen door de verzekeraars worden gepasseerd. Dit moet hen prikkelen om doelmatig en klantgericht te werken. De omslag van aanbod- naar vraaggerichte zorg wordt ondersteund door een nieuwe wijze van financiering (dbc-systematiek), waarbij niet langer wordt afgerekend op basis van het aantal verrichtingen, maar op basis van de gevraagde zorg (zorgaanspraken).

De derde pijler is de goed geïnformeerde, mondige *consument*, die zich oriënteert waar hij de beste zorg kan krijgen en er dan via de vrije keuze van verzekeraar en behandelaar voor zorgt dat hij die zorg ook daadwerkelijk krijgt. Hierdoor zullen aanbieders van zorg veel meer rekening moeten gaan houden met de wensen en behoeften van hun cliënten en krijgt vraagsturing in de zorg gestalte. Dit veronderstelt een goed inzicht in wat er op de zorgmarkt te koop is. Volgens Porter en Teisberg is gebrek aan transparantie de belangrijkste oorzaak waarom de markt voor gezondheidszorg niet goed werkt en de resultaten (ver) achterblijven bij wat mogelijk is.<sup>58</sup>

Voor de consument als verzekerde en als patiënt zijn in de Zvw belangrijke *waarborgen* ingebouwd. Elke inwoner is verplicht verzekerd voor een basispakket zorg dat in grote lijnen overeenkomt met het voormalige ziekenfondspakket. Verzekeraars hebben de plicht om deze zorg te leveren (zorgplicht) en iedereen die zich aanmeldt voor een ziektekostenverzekering als klant te accepteren ongeacht diens gezondheidstoestand of risicoprofiel (acceptatieplicht). Consumenten zijn ook vrij in de keuze van behandelaar. Toezicht op de kwaliteit van behandelaars en de geleverde zorg wordt uitgeoefend door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Om de

---

<sup>58</sup> Porter en Teisberg, 2004: 'Redefining competition in healthcare'.

toegankelijkheid van de zorg ook voor mensen met een beperkt inkomen te waarborgen is een deel van de premie inkomensafhankelijk; door middel van zorgtoeslagen wordt voorkomen dat het niet-inkomensafhankelijke (nominale) deel van de premie boven een bepaald percentage van het inkomen uitgaat.

Bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel is er – om begrijpelijke redenen – voor gekozen om de veranderingen in de organisatie en financiering van de zorg niet in één keer, via een *big bang*, door te voeren. Dit zou tot risico's voor de continuïteit en ongewenste prijseffecten kunnen leiden. De zorgmarkt wordt daarom stapsgewijs geliberaliseerd. “Wij willen ons er per stap van vergewissen dat het werkt”, aldus minister Klink bij de behandeling van de begroting van VWS.<sup>59</sup> Met ingang van 2008 geldt voor 20% van de markt voor ziekenhuiszorg (het z.g. B-segment) vrije prijsvorming. In 2009 wordt het vrije segment uitgebreid tot 34% van de markt voor ziekenhuiszorg.

Aanvankelijk zou de verdere liberalisatie van de markt vanaf 2009 worden gecombineerd met een vorm van prijsregulering (maatstafconcurrentie) als extra beveiliging tegen ongewenste prijsstijgingen. Maatstafconcurrentie houdt in dat de financiële prestaties van ziekenhuizen onderling worden vergeleken en dat vergoedingen worden vastgesteld op basis van een gemiddelde prijs (de maatstaf). De maatstafconcurrentie zou gaan gelden voor zorg die nog niet is vrijgegeven in het B-segment, maar wel voor prestatiebekostiging in aanmerking komt.<sup>60</sup> Zorgaanbieders en verzekeraars kunnen binnen dit segment wel vrij onderhandelen over de prijs van een dbc, maar het totaal van de declaraties dient binnen een vooraf vastgesteld plafond te blijven. Dit prijsplafond wordt gebaseerd op de gemiddelde integrale kosten per dbc in de gehele sector. De norm wordt elk jaar aangescherpt op basis van een vooraf ingeschat doelmatigheidspotentieel. Ziekenhuizen met relatief veel zware dbc's krijgen een hogere maatstaf en hoeven dus geen last te ondervinden van hun relatief dure patiëntenpopulatie. Inmiddels is de inzet van dit instrument afhankelijk gemaakt van de vraag hoe de prijzen in het B-segment zich ontwikkelen.

<sup>59</sup> 'Minister Ab Klink geeft gas, maar houdt zijn voet dicht bij de rem', in: *Het Financieele Dagblad*, 14 november 2007.

<sup>60</sup> Ministerie van VWS, 2007: *Beleidsbrief over de invoering van integrale prestatiebekostiging in de ziekenhuissector*.

---

## 3.2 Waarom de Zorgverzekeringswet (nog) niet werkt

---

### 3.2.1 Concurrentie tussen verzekeraars

Tot nu toe werkt geen van de drie pijlers al volledig zoals bedoeld. Om te beginnen de concurrentie tussen verzekeraars. In de aanloop naar het nieuwe stelsel (eind 2005) concurreerden verzekeraars fel om marktaandeel en zijn consumenten in groten getale (23 à 28%) overgestapt van de ene verzekeraar naar de andere. De premies voor de basisverzekering werden zo laag vastgesteld dat de meeste verzekeraars forse verliezen leden op hun verzekerdenbestand. Inmiddels is de markt gestabiliseerd en bieden alle verzekeraars ongeveer dezelfde service voor dezelfde prijs. Het aantal overstappers is sterk afgenomen. In 2008 is slechts een kleine 3% van de verzekerden overgestapt naar een andere aanbieder; dat is minder dan vóór de introductie van de basisverzekering.<sup>61</sup>

Tegelijkertijd heeft in de verzekeringsmarkt een sterke fusie- en concentratiebeweging plaatsgevonden. De vier grote landelijk opererende zorgverzekeraars die daaruit zijn ontstaan, hadden medio 2007 88% van de markt in handen.<sup>62</sup> Daarnaast zijn er een aantal kleinere spelers, die vooral regionaal actief zijn. Op veel regionale markten hebben één of enkele partijen een (zeer) groot marktaandeel.<sup>63</sup> Volgens de NMa hoeft dit nog niet te wijzen op een gebrek aan concurrentie, omdat ook kleinere zorgverzekeraars met zorgaanbieders onderhandelen en tegenwicht kunnen bieden aan verzekeraars met een groot marktaandeel.<sup>64</sup> Niettemin is het zaak nauwkeurig te blijven monitoren of er sprake is van effectieve concurrentie op de verzekeringsmarkt. Tot nu toe zijn er ook nog geen buitenlandse concurrenten die de markt voor ziektekostenverzekeringen hebben betreden.

Het selectieve inkoopbeleid van verzekeraars is nog nauwelijks van de grond gekomen. De praktijk tot nu toe wijst uit dat zorgverzekeraars met vrijwel alle zorgaanbieders, goed of niet goed, contracten afsluiten. Verzekeraars zetten hun inkoopbeleid nog heel beperkt in als instrument om betere zorg

---

<sup>61</sup> [www.independen.nl](http://www.independen.nl).

<sup>62</sup> 'Concentratie verzekeraars wekt argwaan', in: *Het Financieele Dagblad*, 15 juni 2007.

<sup>63</sup> CTG/ZAio, 2006: *Monitor ziekenhuiszorg*.

<sup>64</sup> [www.nmanet.nl](http://www.nmanet.nl).

voor hun klanten te organiseren.<sup>65</sup> Daarvoor zijn verschillende redenen. Allereerst is er nog weinig ruimte voor verzekeraars om vrij te onderhandelen bij de inkoop van zorg. Zoals gezegd, geldt voor het grootste deel van de ziekenhuiszorg nog steeds het oude budgetteringssysteem.

In de tweede plaats zorgt de wijze van risicoverevening er voor dat verzekeraars nog weinig prikkels ondervinden om scherp te onderhandelen. De helft van de inkomsten van verzekeraars loopt via het vereveningsfonds. Omdat de vergoedingen uit dit fonds nog voor een flink deel gebaseerd zijn op nacalculatie op basis van gemaakte kosten (de zogenaamde *ex-post*-verevening), lopen verzekeraars daarover nauwelijks risico. Daar gaan dus ook geen prikkels tot doelmatigheid van uit.<sup>66</sup> Het is de bedoeling deze *ex-post*-verevening stapsgewijs af te bouwen.<sup>67</sup>

In de derde plaats wordt het instrument van de collectieve contracten nog te weinig gebruikt om verzekeraars aan te sporen tot het bieden van de beste prijs/kwaliteitsverhouding. Collectieve contracten kunnen een belangrijk drukmiddel zijn om verbeteringen in de zorg te bewerkstelligen. Een vereniging van diabetespatiënten bijvoorbeeld, zal met de zorgverzekeraar willen onderhandelen over betere diabeteszorg voor haar leden. Een werkgever in de bouw of de transportsector is geïnteresseerd in snelle en doelmatige zorg voor werknemers met rugklachten. Uit onderzoek van Nivel blijkt dat de tot nu toe afgesloten collectieve contracten nauwelijks kwaliteitsafspraken bevatten.<sup>68</sup> Alleen de Diabetes Vereniging Nederland heeft met enkele verzekeraars afspraken gemaakt over een polis die kwaliteitseisen bevat voor goede diabeteszorg. Voor het overige richten collectieve contracten zich vrijwel uitsluitend op een lagere premie.<sup>69</sup> Vooral werkgevers en werknemers zouden via collectieve contracten een veel grotere druk (*countervailing power*) op verzekeraars kunnen uitoefenen om goede kwaliteit voor een lage prijs te leveren. Maar dan moeten zij wel zeggenschap krijgen over de aanwending van premies die in het vereveningsfonds worden gestort.

---

<sup>65</sup> Overigens zijn er recent wel enkele initiatieven die er op duiden dat verzekeraars meer werk beginnen te maken van het selectieve inkoopbeleid.

<sup>66</sup> NZa, 2007: *Visiedocument Richting geven aan keuzes*.

<sup>67</sup> Tweede Kamer, 2007-2008: *Herziening zorgstelsel*.

<sup>68</sup> NIVEL, 2007: *De rol van collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel*.

<sup>69</sup> De gemiddelde premiekorting voor collectiviteiten op de basisverzekering bedroeg in 2007 8,1%. In: NIVEL, 2007: *De rol van collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel*, p. 18.

**Box 3.1. Werkgevers en werknemers als countervailing power in de ziektekostenverzekering**

Werkgevers hebben groot belang bij een gezonde (beroeps)bevolking. Via de verplichte inkomensafhankelijke bijdragen die in het vereveningsfonds worden gestort, betalen werkgevers voor 50% van de totale premielast mee aan de financiering van de curatieve zorg. Tegenover deze verplichte bijdragen staan geen mogelijkheden om invloed uit te oefenen op het aanbod en de kwaliteit van zorg. Een doelmatig alternatief voor de volautomatische storting van bijdragen in het vereveningsfonds is om onderscheid te maken tussen het economische belang dat werkgevers hebben bij een gezonde bevolking in het algemeen en bij gezonde werknemers in het bijzonder. Het *algemene* belang moet zoveel mogelijk gefinancierd worden uit publieke middelen, dat wil zeggen belastinggelden. In het parlement kunnen dan afwegingen worden gemaakt van de kosten en baten van een goede gezondheidszorg en kan worden bepaald welk bedrag beschikbaar wordt gesteld voor een kwalitatief hoogwaardige, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg. Via de normale kanalen (vennootschapsbelasting, BTW e.d.) leveren ondernemingen hun bijdrage aan dit algemene belang. Het *specifieke* belang van werkgevers bij de veiligheid en gezondheid van hun werknemers komt tot uitdrukking in de collectieve contracten die zij voor hun werknemers afsluiten. In de sociale zekerheid zijn directe financiële prikkels voor werkgevers zeer effectief gebleken. Werkgevers zijn zich veel bewuster geworden van de kosten van verzuim en arbeidsongeschiktheid en hebben maatregelen genomen om deze kosten te beheersen. Ook in de gezondheidszorg kan het aanscherpen van de band tussen verantwoordelijkheid en financiering ondernemers aansporen om meer in preventie, snelle behandeling e.d. te investeren, waardoor de gezondheid van werknemers verbetert. Voor werkgevers in het MKB, voor wie het vanwege de hoge transactiekosten moeilijk is passende contracten met verzekeraars te sluiten, zou dat op bedrijfstakniveau kunnen worden georganiseerd en bijvoorbeeld worden gecombineerd met de arbodienstverlening.

Ten slotte blijken verzekeraars hun cliënten nog nauwelijks naar *preferred providers* te geleiden. Juist dat zou tot prijs- en kwaliteitsverbeteringen moeten leiden. Eén van de redenen is dat ook verzekeraars nog weinig inzicht in kwaliteitsverschillen tussen de diverse aanbieders hebben. Die kennis wordt echter snel opgebouwd. Belangrijker is dat verzekeraars huiverig zijn om cliënten naar voorkeursaanbieders te geleiden, omdat dat gemakkelijk kan worden uitgelegd als een ongewenste inmenging in de keuzevrijheid van patiënten. De keuze van behandelaar wordt in de grote meerderheid van de gevallen in de spreekkamer van de huisarts bepaald. Die huisarts verwijst vooral binnen zijn eigen lokale netwerk en heeft weinig



boodschap aan lijstjes met voorkeursaanbieders van verzekeraars.<sup>70</sup> Als de huisarts zegt dat de patiënt naar een bepaalde specialist of een bepaald ziekenhuis moet gaan, dan kunnen verzekeraars weinig anders dan die zorg op dezelfde wijze vergoeden als bij hun voorkeursaanbieders.<sup>71</sup>

---

### 3.2.2 Concurrentie tussen aanbieders

Ook de concurrentie tussen aanbieders functioneert nog onvoldoende. Net als bij de zorgverzekeraars is er bij de zorgaanbieders sprake van een fusie- en concentratietendens. Op vele regionale zorginkoopmarkten domineren partijen met een zeer hoog marktaandeel. Dit kan duiden op een gebrek aan concurrentie, met nadelige gevolgen voor de kwaliteit, de toegankelijkheid en de prijzen van de betreffende zorg.<sup>72</sup>

Concurrentie wordt ook bemoeilijkt doordat er nog geen goed functionerend systeem van integrale prijzen voor zorgaanpakken (diagnosebehandelcombinaties) is. De nieuwe financieringsystematiek op basis van zorgaanpakken (dbc-systematiek) komt buitengewoon moeizaam van de grond. Alleen al voor de ziekenhuiszorg zijn zo'n 30.000 dbc's ontwikkeld. Zo'n verregaande detaillering maakt een transparante en adequate financiering van de zorg volstrekt onmogelijk en leidt tot een enorme bureaucratie en fraudegevoeligheid; de versnippering en het gebrek aan coördinatie blijven bestaan. Inmiddels heeft men ingezien dat het zo niet werkt en werken ziekenhuizen, specialisten en verzekeraars aan een clustering die recht doet aan de oorspronkelijke filosofie van productfinanciering. De bedoeling is het aantal dbc's terug te brengen tot 3000 en dbc's beter af te stemmen op de zorgvraag, ook wanneer meerdere specialismen bij de behandeling zijn betrokken.<sup>73</sup>

De versnipperde financiering belemmert de ontwikkeling van nieuwe zorgconcepten die tegemoetkomen aan de veranderde vraag naar zorg. Een steeds groter deel van de zorgvraag heeft betrekking op chronische aandoeningen. Deze stellen heel andere eisen aan de inhoud en organisatie van de zorg dan de gangbare curatieve zorg: geen korte, intensieve behandeling om de kwaal te verhelpen, maar een blijvende begeleiding van

---

<sup>70</sup> NZa, 2007: *Visiedocument Richting geven aan keuzes*, p. 9.

<sup>71</sup> Uit recente berichten blijkt dat zorgverzekeraars meer werk beginnen te maken van het selectieve inkoopbeleid.

<sup>72</sup> CTG/ZAio, 2006: *Monitor ziekenhuiszorg*, p. 29.

<sup>73</sup> Zie [www.dbc-onderhoud.nl](http://www.dbc-onderhoud.nl).

de persoon in kwestie door middel van medicatie, aanpassingen in de leefstijl en alertheid op het voorkomen van complicaties (secundaire preventie).<sup>74</sup> Onder de noemers *integrated care* en *disease management* is zo'n aanpak in de jaren negentig in de Verenigde Staten ontwikkeld en sindsdien ook in opkomst in ons land.<sup>75</sup> Een geïntegreerde en gecoördineerde benadering van zowel zorginhoud als zorgproces vereist dat de traditionele schotten in de gezondheidszorg worden doorbroken. Dit lukt alleen als ook de wijze van financiering wordt ontschot, met andere woorden als er één integrale prijs voor een compleet zorgtraject gaat gelden.

---

### 3.2.3 De keuzebewuste consument

Ook de derde pijler – de bewust kiezende consument – is nog wankel. Het is een mooie gedachte dat de goed geïnformeerde, mondige consument zich oriënteert waar hij de beste zorg kan krijgen en er dan via de vrije keuze van verzekeraar en behandelaar voor zorgt dat hij die zorg ook krijgt, maar de werkelijkheid is weerbarstiger. De medische markt is buitengewoon ondoorzichtig en alle informatie op websites als [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) ten spijt blijft het voor de individuele consument of patiënt bijzonder moeilijk zich een weloverwogen oordeel te vormen over wat goede zorg is en waar die valt te verkrijgen. Veel patiënten voelen zich onzeker en vertrouwen op het oordeel van hun behandelaars. Ook ontbreekt het aan systematische informatie over de kwaliteit van de verschillende behandelaars en zorginstellingen. In een vorig jaar verschenen rapport pleit NYFER voor de ontwikkeling van 'zorgstandaards', die per aandoening omschrijven waaraan 'hoogwaardige zorg' moet voldoen vanuit patiëntenperspectief.<sup>76</sup> Daarbij gaat het zowel om de inhoud van de zorg als de organisatie van de dienstverlening. Dergelijke zorgstandaards maken voor patiënten duidelijk wat zij mogen verwachten (en ook wat er van hen zelf wordt verwacht), leggen voor zorgaanbieders vast aan welke eisen zij – ook qua organisatie van de keten – moeten voldoen en stimuleren verzekeraars om niet alleen goedkope maar ook kwalitatief goede zorg in te kopen teneinde aan de gerechtvaardigde wensen van hun klanten tegemoet te komen. Het kabinet heeft inmiddels met zorgaanbieders afgesproken dat in 2011 voor 80 belangrijke aandoeningen betrouwbare informatie over de geleverde ziekenhuiszorg beschikbaar moet zijn. Daarbij gaat het niet alleen om de

---

<sup>74</sup> Zie ook: NYFER, 2006: *Zorgstandaards*.

<sup>75</sup> ZonMw, 2006: *Voorstel voor een stimuleringsprogramma zorgverbetering chronisch zieken*.

<sup>76</sup> NYFER, 2006: *Zorgstandaards*.

medisch-technische kwaliteit van de behandeling maar ook om indicatoren van klanttevredenheid.

Maar zelfs als al die informatie wel beschikbaar komt, betekent dit nog niet dat patiënten massaal voor instellingen of artsen met de hoogste rapportcijfers zullen kiezen. In de VS en Engeland, waar al langer met openbare kwaliteitsaanduidingen wordt gewerkt, blijkt dat consumenten zich nauwelijks door dergelijke ranglijstjes laten leiden. Ook in Nederland kiest tweederde van de patiënten helemaal niet bewust voor een bepaalde behandelaar of ziekenhuis, maar laat zich door zijn huisarts naar de dichtstbijzijnde specialist of ziekenhuis sturen.<sup>77</sup> Het grootste effect van transparantie zit er dan ook niet in dat patiënten bewuster gaan kiezen, maar dat instellingen niet onderaan de lijstjes willen bungelen en systematisch gaan inzetten op verbetering van kwaliteit. Er ontstaat veel meer drang om van elkaar te leren en ‘*best practices*’ over te nemen van instellingen die het in de ranglijsten wel goed doen. Naarmate kwaliteitsverschillen zichtbaarder worden, gaat de concurrentie zich ook veel meer daarop toespitsen in plaats van alleen maar op de laagste prijs. Dat is een grote verandering ten opzichte van de huidige situatie waarin vooral de kosten doorslaggevend zijn.

Ten slotte blijkt dat consumenten grote waarde hechten aan hun keuzevrijheid. Het idee dat een verzekeraar of werkgever zou kunnen voorschrijven in welk ziekenhuis of door welke zorgverlener iemand zich zou moeten laten behandelen, stuit velen tegen de borst. In de Verenigde Staten heeft de beperking van de keuzevrijheid in het kader van *managed care* tot groot verzet geleid, zelfs wanneer ondubbelzinnig kon worden aangetoond dat niet werd beknibbeld op dure behandelingen voor verzekerden.<sup>78</sup> Volledige keuzevrijheid en kostenbeheersing zijn echter moeilijk verenigbaar. Het is een grote uitdaging voor verzekeraars om hun cliënten er van te overtuigen dat zij via de gecontracteerde voorkeursaanbieders niet alleen goedkoper, maar ook beter af zijn.

---

<sup>77</sup> NZa, 2007: *Visiedocument Richting geven aan keuzes*, p. 30.

<sup>78</sup> Altman, Cutler en Zeckhauser, 2000: *Enrollee mix, treatment intensity, and cost in competing indemnity and HMO plans*.

---

### 3.3 Knelpunten in de Zorgverzekeringswet

De voorgaande paragraaf liet zien dat de zorgmarkt nog niet werkt zoals bedoeld. Voor een deel zijn dit aanlooppunten. De overgang van aanbodregulering naar vraagsturing in de zorg is een majeure systeemwijziging, die nu eenmaal niet van de ene dag op de andere haar beslag kan krijgen. De Zorgverzekeringswet bevat echter ook een aantal meer fundamentele tekortkomingen.

---

#### 3.3.1 Onduidelijk onderscheid tussen publieke en private verantwoordelijkheden

Een essentiële vraag die in de Zvw niet wordt beantwoord, is in hoeverre gezondheidszorg een publieke dan wel een private verantwoordelijkheid is. Het belang hiervan is in paragraaf 2.2 al aangestipt. Deze discussie speelt telkens op, met name als het gaat om de omvang van het basispakket. Er zijn heldere criteria nodig om de publieke verantwoordelijkheid af te bakenen. Dit geldt overigens zowel voor zorg die valt onder de Zvw als de AWBZ. Als dergelijke criteria ontbreken, komen keuzen vaak tot stand op basis van weinig transparante overwegingen die worden gevoed door de lobby van consumentengroepen, de media enz. Dit leidt tot een zekere mate van willekeur en betekent dat de schaarse middelen niet optimaal worden ingezet.

---

#### 3.3.2 Ontoereikende prikkels

Daarnaast ontbreekt het in de Zvw aan voldoende prikkels op het niveau van de zorgaanbieder en zorggebruiker. De Zvw vertrouwt sterk op de invloed die verzekeraars via de inkoop van zorg uitoefenen op de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Zoals hierboven uiteengezet, hebben verzekeraars echter slechts een beperkte invloed op het zorgaanbod en ook weinig middelen om hun klanten naar voorkeursaanbieders te verwijzen. Beslissingen over behandelingen worden genomen door artsen en patiënten die niet rechtstreeks worden geconfronteerd met de financiële gevolgen van hun beslissingen. Zij hoeven zich niet te bekommeren om de kosten van behandelingen, want de rekening wordt ergens anders betaald. Friedman en vele anderen zien deze *third party payment* als een belangrijke oorzaak van

ondoelmatigheden in de gezondheidszorg.<sup>79</sup> In hun optiek kunnen deze problemen alleen worden verholpen als mensen meer zelf (mee)betalen aan de zorg die zij ontvangen en als de rol van verzekeringen wordt teruggebracht tot het bieden van bescherming tegen grote medische risico's.

Wanneer mensen niet met de (financiële) gevolgen van hun keuzen worden geconfronteerd, ligt *moral hazard* op de loer. Tot de jaren zeventig van de vorige eeuw overheerste het idee dat het gebruik van gezondheidszorg alleen werd ingegeven door medische noodzaak. Het baanbrekende RAND experiment<sup>80</sup> toonde echter aan dat de vraag naar zorg ook gevoelig bleek voor het prijskaartje dat daaraan hangt. Ziektekostenverzekeringen kunnen daarom als ongewenst effect hebben dat mensen meer gebruik maken van zorgvoorzieningen of duurdere vormen van zorg kiezen dan nodig is. Er is inmiddels veel onderzoek gedaan naar de invloed van verzekeringen op zorggebruik. Het beeld dat daaruit naar voren komt, is eensluidend: hoe breder het verzekerde pakket en hoe vollediger de financiële dekking, hoe groter het morele risico.<sup>81</sup>

Overmatig beroep op zorg hoeft niet altijd voort te komen uit wensen van patiënten die (uiteraard) geen middel onbeproefd willen laten als het gaat om hun gezondheid en kwaliteit van leven. Er is ook sprake van *moral hazard* aan de aanbodkant, bij zorgaanbieders. Zorgaanbieders hebben op basis van de uitgevoerde diagnose en hun medische kennis vaak een informatievoorsprong op patiënten en kunnen die voorsprong benutten om de vraag naar zorg te beïnvloeden (*supply induced demand*). Uit empirisch onderzoek blijkt dat dit ook daadwerkelijk gebeurt.<sup>82</sup> Verschillende motieven kunnen daarbij een rol spelen. Zorgaanbieders kunnen er financieel belang bij hebben om voor bepaalde (dure) behandelingen te kiezen, ook al dragen die niet bij tot betere gezondheidsresultaten voor hun patiënten. Uit onderzoek in de VS bleek dat gynaecologen die hun inkomsten zagen teruglopen door een dalend geboortecijfer, significant meer keizersneden uitvoerden dan collega's die niet met een daling van het geboortecijfer werden geconfronteerd.<sup>83</sup> Een andere reden voor aanbodgedreven zorg kan zijn dat het de status van artsen en

<sup>79</sup> Friedman, 2001: 'How to cure health care'.

<sup>80</sup> Het RAND-experiment in de VS bracht aselect gekozen groepen verzekerden gedurende drie jaar onder in ziektekostenverzekeringen met uiteenlopende voorwaarden van eigen betalingen. Het gebruik van zorgvoorzieningen door de verschillende groepen werd nauwkeurig bijgehouden. Statistische analyse toonde aan dat er een significant negatief verband bestaat tussen het zorggebruik en de hoogte van eigen betalingen.

<sup>81</sup> Zweifel en Manning, 2000: 'Moral hazard and consumer incentives in health care', p. 423.

<sup>82</sup> Cutler en Zeckhauser, 2000: 'The anatomy of health insurance'.

<sup>83</sup> Gruber en Owings, 1994: *Physicians financial incentives and cesarean section delivery*.

andere behandelaars bevordert als zij gebruik maken van de nieuwste en duurste technieken. Ook kunnen zorgverleners zich genoodzaakt voelen om extra verrichtingen uit te voeren (bijvoorbeeld *second opinions*) om zich daarmee in te dekken tegen het risico van medische fouten en de dreiging van juridische claims die daaruit voort kunnen vloeien.<sup>84</sup>

Voor een efficiënte werking van het stelsel is het daarom essentieel dat er sterkere prikkels komen voor zowel zorgaanbieders als patiënten om doelmatig met de middelen om te gaan.<sup>85</sup> Alle partijen in de zorg moeten er belang bij krijgen dat zorgvuldige afwegingen worden gemaakt met betrekking tot kwaliteit en kosten van de zorg. Zolang dergelijke prikkels op microniveau ontbreken of te zwak zijn, ontkomt de overheid er niet aan om met macro-budgettering het deksel op de ketel te houden. Er is dan geen sprake van echte marktwerking of vraagsturing, maar van voortdurend schipperen tussen vraagsturing en aanbodregulering, met versturende gevolgen voor een doelmatige inzet van middelen.

---

### 3.3.3 Gebrek aan samenhang

Een derde fundamenteel knelpunt is het gebrek aan samenhang in het aanbod van gezondheidszorg. Eerder is al aangestipt dat de vraag naar zorg fundamenteel is veranderd. Steeds meer ziekten zijn behandelbaar, maar leiden niet tot genezing en terugkeer naar het leven van vóór de ziekte. Dit resulteert vaak in een blijvende (chronische) zorgvraag. Volgens schattingen van het RIVM heeft 10-20% van de Nederlandse bevolking een chronische aandoening; van de ouderen (boven 60 jaar) lijdt zelfs 50-60% aan één of meer chronische aandoeningen. Daarmee zijn chronische aandoeningen verantwoordelijk voor ongeveer 80% van de zorgvraag.<sup>86</sup> De organisatie van de gezondheidszorg is daar nog onvoldoende op ingericht. Met name de Zorgverzekeringswet is nog sterk gemodelleerd op het klassieke model van klacht → diagnose → behandeling → genezing, waarna de patiënt wordt ontslagen en de taak is volbracht. Dat model is in steeds minder gevallen bruikbaar.<sup>87</sup> Voor de behandeling van chronische aandoeningen is een ketenbenadering essentieel, waarbij verschillende disciplines nauw met elkaar

---

<sup>84</sup> Dijkman, 2004: 'Overconsumptie door claimcultuur?'.  
<sup>85</sup> Zie ook: Ottes, 2004: 'Prikkels voor gepast gebruik'.  
<sup>86</sup> RIVM, 2003. *Afstemming in de zorg*, p. 15.  
<sup>87</sup> WHO, 2002: *Innovative care for chronic conditions*.

samenwerken, er goede afstemming plaatsvindt over de verleende zorg en de patiënt ook zelf een veel actievere rol speelt in het zorgproces.<sup>88</sup>

Gebrek aan samenhang kenmerkt ook de relatie tussen zorg en sociale zekerheid. Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid kosten de Nederlandse economie alleen al aan directe kosten zo'n € 15 miljard per jaar (ruim € 11 miljard aan WAO-premies en ruim € 4 miljard aan doorbetaling bij ziekte). Ongeveer een derde deel daarvan wordt veroorzaakt door werkgebonden factoren.<sup>89</sup> Dit zijn kosten die in beginsel vermijdbaar zijn. In zijn advies over *Sociale zekerheid en zorg* onderstreepte de SER jaren geleden al de noodzaak om meer aandacht te besteden aan de groeiende onderlinge verwevenheid tussen de sociale zekerheid en de gezondheidszorg.<sup>90</sup> Die noodzaak is door alle hervormingen in de sociale zekerheid, waarbij steeds meer financiële risico's bij werkgever en werknemer zijn neergelegd, alleen maar toegenomen. Alleen heeft dit nog nauwelijks doorgewerkt in de inrichting van het ziektekostenstelsel. Paragraaf 4.3 gaat dieper in op mogelijkheden om de rol van werkgevers en werknemers bij de inrichting van de gezondheidszorg te versterken.

### Box 3.2 Gezondheidsmanagement binnen bedrijven

Meer dan 80% van de Amerikaanse bedrijven met 50 of meer werknemers voert een actief beleid om een goede gezondheid van hun werknemers te bevorderen. Dit kan variëren van het aanbod van fitnesscentra, gratis gezondheidstesten, goedkope vaccinaties enz. tot anti-rook programma's. Er zijn ook bedrijven die nog een stap verder gaan en hun werknemers door middel van een bonussysteem tot gezond gedrag proberen te bewegen. Wie meedoet aan de programma's krijgt bijvoorbeeld een korting op de premie van zijn ziektekostenverzekering.

Gezondheidsmanagement of 'vitaliteitsmanagement' wint ook in Nederland terrein. Het gezondheidsbeleid combineert arbo- en verzuimbeleid, preventie, reïntegratie en het beleid op het gebied van de ziektekosten binnen de onderneming. Doel is het optimaliseren van de gezondheid en het welzijn van de werknemers, waardoor hun inzetbaarheid en productiviteit worden verhoogd, terwijl de kans op uitval wegens ziekte wordt geminimaliseerd.<sup>91</sup> Zo zet een aantal bedrijven, bijvoorbeeld in de bouw, zich actief in om overgewicht onder werknemers te bestrijden, onder meer door bewegingsprogramma's en het bevorderen van gezonde voeding in het bedrijfsrestaurant. Andere bedrijven bieden hun werknemers hulp bij het

<sup>88</sup> NYFER, 2005: *Van patiënt tot partner*.

<sup>89</sup> Brief van staatssecretaris Rutte aan de Tweede Kamer, 17 juni 2003.

<sup>90</sup> SER, 1998: *Sociale zekerheid en zorg*.

<sup>91</sup> VNO-NCW, 2000: *Gezondheidsmanagement rendeert*.

stoppen met roken of organiseren regelmatig gezondheidschecks. Een belangrijk aspect is het vinden van een goede balans tussen werk en privé. Ook veel arbodiensten hebben hun werkterrein verbreed tot vitaliteitsmanagement.

Gebrek aan samenhang is er ook op het gebied van zorg en preventie. Zoals beschreven in hoofdstuk 1, kunnen veranderingen in gedrag of leefstijl van grote invloed zijn op het voorkomen van ziekten (primaire preventie). Daarnaast kunnen vroegtijdige opsporing en behandeling de ziektelast verminderen (secundaire preventie). Betere preventie kan aanzienlijke kostenbesparingen opleveren.<sup>92</sup> In een eerder rapport heeft NYFER laten zien dat de verwachte uitgavenstijging bij veelvoorkomende aandoeningen zoals diabetes, kanker, psychische aandoeningen, hartfalen en astma, door effectief preventiebeleid sterk kan worden teruggebracht.<sup>93</sup> Er dreigt echter altijd onderinvestering in preventie omdat (a) de baten vaak ver in de toekomst liggen, (b) het verband tussen investeringen in preventie en bereikte gezondheidsresultaten moeilijk aan te tonen is, en (c) de baten kunnen neerslaan bij een andere partij dan degene die de investering heeft verricht. Publieke financiering kan een oplossing voor dit probleem bieden. Uiteraard moet daarbij wel de eis worden gesteld dat alleen projecten worden gefinancierd waarvan de kosteneffectiviteit is aangetoond. Er is nog veel onderzoek nodig om beter inzicht te krijgen in de kosteneffectiviteit van preventieve maatregelen.<sup>94</sup>

Een laatste knelpunt is de verkaveling van de zorg over Zvw en AWBZ. De Zorgverzekeringswet heeft betrekking op kortdurende, op genezing gerichte zorg, de zogenaamde *cure*, de AWBZ regelt de financiering van langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning voor ouderen en gehandicapten (*care*). Het onderscheid tussen *cure* en *care* is steeds meer vervaagd door de sterke toename van het aantal mensen met een chronische aandoening, die zowel behoefte hebben aan *cure* als *care*. De verwachting is dat het aantal mensen met een chronische aandoening alleen nog maar verder zal toenemen. De 'knip' in de financiering tussen Zvw en AWBZ leidt tot ondoelmatigheden in de organisatie van de zorgverlening en werkt afwentelingsgedrag tussen beide stelsels in de hand.

---

<sup>92</sup> Dirkmaat, Van Genugten en De Wit, 2003: *De kosteneffectiviteit van preventie*.

<sup>93</sup> NYFER, 2005: *Van patiënt tot partner*, p. 67.

<sup>94</sup> RIVM, 2006: 'Wat is de kosteneffectiviteit van preventie?'



---

### 3.4 Sterke uitgavenstijging in de zorg

Sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 zijn de uitgaven aan gezondheidszorg in ons land sterker toegenomen dan voorheen. Uit onderzoek van Vektis en de Boston Consulting Group komt naar voren dat de uitgaven in het vrije B-segment in 2006 met 12% zijn toegenomen doordat het aantal behandelingen sterk is gegroeid: zo is het aantal behandelingen van kinderdiabetes gestegen met 31% en nam het aantal behandelingen van keel- en neusamandelen met 28% toe (zie ook tabel 3.1). Wat de precieze oorzaken van deze explosieve groei zijn, is niet geheel duidelijk.<sup>95</sup> Het is mogelijk dat de introductie van de nieuwe financieringsystematiek op basis van dbc's meer ruimte heeft geboden om extra verrichtingen te declareren. Ook kan het zijn dat zorgaanbieders mensen met gezondheidsproblemen sneller zijn gaan behandelen dan in het verleden.

De sterke uitgavenstijgingen worden door sommigen aangegrepen om te betogen dat het nieuwe zorgstelsel een fiasco is en dat de ingezette hervormingen moeten worden teruggedraaid. Die conclusie is op zijn minst voorbarig. Zoals in dit hoofdstuk uiteengezet, kampt het nieuwe ziektekostenstelsel nog met aanloopproblemen. Met name het declaratiestelsel op basis van dbc's is nog niet stabiel. Het selectieve inkoopbeleid van verzekeraars moet nog goeddeels vorm krijgen. En initiatieven om de zorg kwalitatief beter en doelmatiger te maken moeten tijd krijgen om zich te bewijzen. Pas dan kan een oordeel over de merites van het stelsel worden geveld.

---

<sup>95</sup> Vektis en BCG, 2008: *Liberalisatie en groei*.

Van later zorg?

**Tabel 3.1 Het aantal behandelingen is bij veel specialismen sterk toegenomen in 2006**

Specialisme	Aandoening	Stijging (aantal)	Stijging (euro)	Aandeel B-segment (euro)
kindergeneeskunde	Kinderdiabetes	31%	28%	0,9%
Urologie	Uretersteen	30%	32%	1,3%
keel-, neus- en oorheelkunde	adenoid & tonsillen (amandelen)	28%	28%	5,1%
neurochirurgie	rughernia meervoudig	26%	26%	0,9%
gastro-enterologen	Slokdarmonsteking	23%	28%	0,7%
gastro-enterologen	functionele dyspepsie (pijn rond maag)	22%	27%	0,4%
orthopedie	hernia van borstwervelkolom	19%	22%	0,8%
inwendige geneeskunde	diabetes chronische pomptherapie	19%	29%	0,2%
neurochirurgie	rughernia recidief	17%	18%	0,4%
chirurgie	Liesbreuk	16%	15%	4,7%
orthopedie	Knieslijtage	16%	17%	18,6%
urologie	Niersteen	16%	20%	1,7%
neurologie	Rughernia	15%	17%	4,2%
urologie	Blaastumor	15%	20%	4,1%
chirurgie	Spataderen	14%	12%	4,1%
oogheelkunde	cataract (staar)	11%	11%	16,1%
reumatologie	Jicht	10%	8%	0,4%
verloskunde en gynaecologie	Cervixafwijking	7%	8%	1,2%
orthopedie	Heupslijtage	6%	8%	16,2%
inwendige geneeskunde	Zwangerschapdiabetes	6%	0%	0,1%
longziekten	Longweefselaandoening	5%	8%	1,1%
inwendige geneeskunde	diabetes met complicaties	2%	4%	4,9%
verloskunde en gynaecologie	Incontinentie	1%	0%	4,9%
reumatologie	gieziekte van Bechterew	1%	-3%	0,2%
dermatologie	Spataderen	-2%	4%	1,4%
neurochirurgie	rughernia enkelvoudig	-2%	-5%	1,2%
plastische chirurgie	Mammareductie	-5%	-5%	1,6%
inwendige geneeskunde	diabetes zonder complicaties	-7%	-4%	2,5%

Bron: Vektis/BCG, 2008

### Box 3.3 De AWBZ: een bodemloze put?

Niet alleen de Zvw-, maar ook de AWBZ-uitgaven, waaronder ouderen- en gehandicaptenzorg vallen, zijn de afgelopen jaren zeer sterk toegenomen. Sinds 1997 zijn de uitgaven met gemiddeld meer dan 10% per jaar gestegen.<sup>96</sup> Sommige onderdelen van de AWBZ-uitgaven zijn de afgelopen jaren zelfs met 40% per jaar toegenomen, zoals de persoonsgebonden budgetten (pgb).<sup>97</sup> Sterker nog dan in de Zvw is er in AWBZ sprake van zorginhoudelijke en financiële knelpunten. Vier jaar geleden signaleerden de toenmalige minister Hoogervorst en staatssecretaris Ross-Van Dorp al dat er grote problemen waren in de organisatie en financiering van de langdurige zorg voor ouderen en gehandicapten:<sup>98</sup>

1. In de AWBZ is het accent teveel komen te liggen op het incasseren van (verzekerde) rechten; het beroep op de eigen verantwoordelijkheid van mensen is daarbij achtergebleven.
2. Er is te weinig samenhang tussen de bestaande voorzieningen om ouderen, gehandicapten en chronische psychiatrische patiënten zoveel en zo lang mogelijk zelfstandig te laten functioneren.
3. Het pakket van aanspraken onder de AWBZ is voortdurend gegroeid. Mede daardoor zijn de kosten explosief toegenomen; als er niets gebeurt dreigt de AWBZ onbetaalbaar te worden.
4. Verantwoordelijkheden zijn niet duidelijk geregeld, waardoor telkens nieuwe claims bij de AWBZ worden gedeponereerd; de AWBZ dreigt het 'putje van de zorg' te worden.
5. Ook de uitvoering moet sterk worden verbeterd om de groei van de uitgaven te kunnen beheersen.

Tegen deze achtergrond heeft de SER op verzoek van het kabinet advies uitgebracht over een fundamentele herziening van de AWBZ. De SER doet een groot aantal voorstellen, zowel voor de korte als de lange termijn, om de financiële houdbaarheid van langdurige zorg voor ouderen, gehandicapten en chronisch zieken te waarborgen.<sup>99</sup>

## 3.5 Tot slot

In dit hoofdstuk is uiteengezet dat verdergaande financiële en organisatorische maatregelen noodzakelijk zijn om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg op lange termijn te waarborgen. Het volgende hoofdstuk gaat dieper op deze maatregelen in.

<sup>96</sup> 'Adviseur regering is voor radicale oplossing AWBZ', in: *Het Financieele Dagblad*, 1 februari 2008.

<sup>97</sup> 'Thuiszorg uitgekleeft', in: *Het Financieele Dagblad*, 14 februari 2008.

<sup>98</sup> Ministerie van VWS, 2004: *Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning*.

<sup>99</sup> SER, 2008: *Advies toekomst van de AWBZ*.

Van later zorg?

---

## 4 Agenda voor de zorg

Uit het vorige hoofdstuk bleek dat het nieuwe zorgstelsel nog niet naar behoren functioneert. We zitten in de overgangsfase van centrale aanbodsturing naar decentrale vraagsturing. Het is belangrijk de ingezette hervormingen door te zetten, zodat alle partijen in de gezondheidszorg hun gedragingen, verwachtingen en investeringsplannen op de nieuwe inrichting en financiering van de zorg kunnen afstemmen. Daarnaast zijn aanvullende maatregelen nodig om de werking van het stelsel te verbeteren en de ontwikkeling naar kwalitatief hoogwaardige, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg op lange termijn te waarborgen.

---

### 4.1 Heldere afbakening van publieke en private verantwoordelijkheden

Allereerst is het noodzakelijk om duidelijkere criteria te ontwikkelen om vast te stellen welke zorg wij als samenleving voor elke ingezetene (jong en oud, arm en rijk, gezond en ongezond) willen garanderen. Die zorg wordt in het basispakket opgenomen. Alleen zorg waarvan is aangetoond dat zij noodzakelijk en kosteneffectief is, verdient een plaats in het basispakket.<sup>100</sup> Overige zorg kan naar behoefte en ‘op maat’ in aanvullende pakketten worden verzekerd. Daardoor zal een grotere differentiatie in aanvullende pakketten ontstaan.

#### Box 4.1 Welke zorg in het basispakket?<sup>101</sup>

De RVZ heeft onlangs voorstellen gedaan om tot een helderder besluitvormingsproces te komen over de vraag welke zorg wel en welke niet in het basispakket dient te worden opgenomen. Volgens de RVZ moet een beslissing over het al dan niet vergoeden van een interventie beginnen met een medisch-inhoudelijke en economische afweging (*assessment*). Hierin wordt nagegaan of bepaalde zorg ‘noodzakelijk’ is, d.w.z. bewezen bijdraagt tot vermindering van de ziektelast, en of die zorg ‘doelmatig’ is, d.w.z. voldoet aan bepaalde criteria op het gebied van kosteneffectiviteit. Bij wijze van voorbeeld oppert de Raad om interventies met een ziektelast van minder dan 0,1 gezond levensjaar (qaly) niet te vergoeden en ook interventies die meer kosten dan € 80.000 per gezond gewonnen levensjaar van vergoeding uit te sluiten. Vervolgens vindt een maatschappelijke

<sup>100</sup> Zie ook RVZ, 2007: *Rechtvaardige en duurzame zorg*.

<sup>101</sup> Idem.

evaluatie (*appraisal*) plaats, die ertoe kan leiden dat de uitkomsten van de zorginhoudelijke en economische afweging op maatschappelijke gronden worden gecorrigeerd. Bijvoorbeeld wanneer het gaat om zeer kostbare behandelingen voor zeer zeldzame aandoeningen. Dit moet dan echter wel expliciet worden verantwoord.

Door een helderder afbakening van het basispakket tot noodzakelijke en effectieve zorg gecombineerd met een beperkte inzet van eigen betalingen wordt het mogelijk de stijging van de publieke uitgaven aan zorg aanzienlijk terug te brengen.

---

## 4.2 Doorzetten van ingezette hervormingen

Vervolgens is het noodzakelijke de ingezette hervorming van het zorgstelsel met kracht door te zetten. In deze paragraaf wordt ingegaan op deze hervormingen.

### Verdergaande transparantie essentieel

Om een effectieve en efficiënte markt voor zorg te ontwikkelen is verdergaande transparantie essentieel. Het moet duidelijk worden wat 'goede zorg' omvat en waar die wordt geleverd, anders spitst de concurrentie op de verzekeringsmarkt zich volledig toe op de laagste premies in plaats van hoge kwaliteit. Kabinet, verzekeraars en zorgaanbieders moeten alles op alles zetten om betrouwbare informatie over het aanbod en de kwaliteit van de zorg boven water te krijgen. Het gaat daarbij niet alleen om de medisch-technische kwaliteit, maar ook om indicatoren van klanttevredenheid. Patiënten(organisaties) moeten systematisch betrokken worden bij het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren.<sup>102</sup>

### Integrale prijzen voor dbc's

Voor een doelmatige inzet van middelen moet het prijsmechanisme kunnen werken op basis van juiste prijzen. Prijzen voor dbc's moeten de integrale kosten van behandeling omvatten en het aantal dbc's moet drastisch worden beperkt. In beginsel dienen aparte behandelingen voor een bepaalde

---

<sup>102</sup> NYFER, 2006: *Zorgstandaards*.

aandoening alleen te leiden tot een aparte dbc als dit gebaseerd is op een diagnostisch onderscheid dat tot een wezenlijk andere behandeling leidt.<sup>103</sup> Dat maakt het systeem niet alleen veel doorzichtiger, maar stimuleert instellingen ook om na te denken over een efficiëntere inrichting van hun productieproces. Integrale prijzen voor zorgtrajecten vormen een stimulans voor inhoudelijke en organisatorische vernieuwingen die betere kwaliteit en doelmatigheid beloven.

### Verdere liberalisatie van de markt

Simultaan met het vergroten van de transparantie van de zorgmarkt en het oplossen van de problemen met de dbc's moet de zorgmarkt verder worden geliberaliseerd. Het is daarbij van belang om tempo te maken. Het naast elkaar bestaan van twee financieringssystemen roept problemen op, zoals kruissubsidiëring tussen zorg die nog onder de budgettering valt (A-segment) en zorg waarvoor de markt al is vrijgegeven (B-segment). Dit verstoort het *level playing field* op de zorgmarkt. Bovendien leidt het naast elkaar bestaan van twee bekostigingssystemen tot hoge administratieve lasten en een grotere kans op fouten en fraude.

Het als tijdelijk aangekondigde instrument van maatstafconcurrentie frustreert de overgang naar een geliberaliseerde markt. Het zaait twijfel over de bereidheid om voort te gaan op de ingeslagen weg. Ziekenhuizen blijven zich richten op Haagse regels en budgetten in plaats van op het organiseren van de beste zorg voor de beste prijs. Maatstafconcurrentie prikkelt zorgaanbieders om zich te specialiseren in dbc's die zij relatief goedkoop kunnen aanbieden. Dit bevordert prijsconcurrentie. Maar innovatie en investeringen in kwaliteitsverbetering worden ontmoedigd.<sup>104</sup> Bovendien dreigt een ernstige verzwaring van administratieve lasten, omdat ziekenhuizen gedetailleerde informatie moeten aanleveren over prijzen en productmix, zodat de toezichthouder voor elk afzonderlijk ziekenhuis de maatstaf kan berekenen. Er is een reëel gevaar dat het als tijdelijk bedoelde systeem van maatstafconcurrentie een blijvend karakter krijgt. Ziekenhuizen blijven dan in feite onder het oude budgetteringsregime vallen.

---

<sup>103</sup> Berg, 2006: *Kiezen in de zorg*.

<sup>104</sup> Agrell, Bogetoft, Halbertsma en Mikkers, 2007: *Yardstick competition for multi-product hospitals*.

Verdergaande liberalisatie van de markt is noodzakelijk om verbetering van kwaliteit en doelmatigheid te bereiken via specialisatie. Uit heel veel internationaal onderzoek blijkt dat artsen en ziekenhuizen die zich in bepaalde aandoeningen en verrichtingen specialiseren, betere resultaten boeken.<sup>105</sup> Dat ligt ook voor de hand: er ontstaat meer expertise, er kan betere apparatuur worden aangeschaft, er wordt gemakkelijker geleerd van fouten, enz. Ziekenhuizen en andere zorginstellingen zullen dus moeten nadenken waar zij goed in zijn en zich daarin specialiseren. Specialistische behandelingen of operaties maar weinig uitvoeren, maken aantoonbaar meer fouten. Dat leidt niet alleen tot hogere kosten, maar ook tot ernstige medische risico's, zoals hogere overlijdenskansen bij riskante operaties.<sup>106</sup> Verdere liberalisatie, gecombineerd met effectieve prikkels voor verzekeraars, zorgaanbieders en zorggebruikers, is noodzakelijk om deze kwaliteits- en doelmatigheidsvoordelen te behalen.

### Risicoverevening

De *ex-post*-risicoverevening (nacalculatie) moet zo snel mogelijk worden afgeschaft, zodat verzekeraars daadwerkelijk risico gaan lopen over de uitvoering van de basisverzekering. Nu ondervinden verzekeraars nog nauwelijks prikkels om initiatieven te ontplooien die gericht zijn op beperking van de zorguitgaven.

---

## 4.3 Selectieve zorginkoop

Een derde serie maatregelen betreft het effectiever maken van de selectieve zorginkoop – de sleutel tot kwaliteits- en doelmatigheidswinsten.

### Meer ruimte voor *preferred provider*-polissen

Verzekeraars zullen, onder druk van de concurrentie, meer werk moeten gaan maken van de selectieve zorginkoop. De eerste voorzichtige tekenen wijzen daar ook op. Zo heeft Univé onlangs een zeer gunstig geprijsde polis op de markt gebracht (de ZEKUR-polis), waarbij verzekerden kunnen kiezen uit slechts een beperkt aantal gecontracteerde aanbieders (box 4.2).

---

<sup>105</sup> Porter en Teisberg, 2004: 'Redefining competition in healthcare'.

<sup>106</sup> Onlangs nog verbod de Inspectie voor Gezondheidszorg kijkoperaties bij instellingen die deze operaties niet vaak genoeg uitvoeren vanwege onaanvaardbare risico's op complicaties en sterfte.



**Box 4.2 De ZEKUR-polis: schipperen tussen doelmatigheid en risicoselectie<sup>107</sup>**

Zorgverzekeraar Univé heeft in 2007 een nieuwe zorgpolis gelanceerd: de ZEKUR-polis. Een kenmerk van de nieuwe polis is dat deze aanzienlijk goedkoper is dan andere polissen: terwijl de ZEKUR-polis ongeveer € 933 per jaar kost, bedraagt de gemiddelde premie van andere polissen zo'n € 1.057 (in 2007). Mensen met een ZEKUR-polis kunnen kiezen uit een beperkt aantal zorgaanbieders. Zo kunnen zij bijvoorbeeld terecht in slechts dertien ziekenhuizen in grote steden. Verzekerden kunnen voor huisartsenzorg momenteel nog grotendeels terecht bij iedere huisarts, maar het is de bedoeling dat dit op termijn ook alleen kan bij geselecteerde centra. Als men een andere zorgaanbieder kiest dan Univé heeft gecontracteerd, moet er 20% van de zorgkosten zelf bijbetaald worden.<sup>108</sup>

Een ander kenmerk van de ZEKUR-polis is dat de klant veel zelf via internet en telefoon moet regelen. Zo kan de polis alleen via internet worden afgesloten en worden medicijnen alleen vergoed wanneer deze via de gecontracteerde internetapotheker worden besteld. Opvallend is verder dat klanten de vrijheid hebben om de polis op elk gewenst moment te beëindigen en (na een opzegtermijn) over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Door bovengenoemde karakteristieken is de ZEKUR-polis met name interessant voor gezonde jongeren; op deze doelgroep richt Univé zich dan ook vooral.

De ZEKUR-polis is de eerste zorgpolis in Nederland waarbij uitdrukkelijk op het gebruik van *preferred providers* wordt aangestuurd. Volgens Univé is dat ook de reden waarom de polis zoveel goedkoper is. Door het selectief contracteren ontstaat de mogelijkheid om kortingen met ziekenhuizen te bedingen. Ook het feit dat veel diensten via internet worden geregeld en dat medicijnen via de gecontracteerde internetapotheker moeten worden besteld, zorgt voor lagere kosten.<sup>109</sup>

Omdat de ZEKUR-polis met name interessant is voor gezonde jongeren, de doelgroep met de laagste zorguitgaven, ontstaat er een vorm van risicoselectie. Mensen die nu of in het verleden met gezondheidsproblemen kamp(t)en, zullen eerder voor een andere polis kiezen omdat zij een grotere keuze uit zorgaanbieders willen hebben. Ook vrouwen met een kinderwens zijn waarschijnlijk minder geïnteresseerd in de ZEKUR-polis, omdat kinderziekenhuizen ontbreken op de lijst van gecontracteerde zorgaanbieders. Doelgroepen met hogere zorguitgaven kiezen dus dankzij de voorwaarden van de ZEKUR-polis liever voor een andere zorgpolis. De vrijheid om de ZEKUR-polis op elk gewenst moment te beëindigen kan er bovendien toe leiden dat mensen die zorgbehoevend worden, overstappen naar een andere verzekeraar om meer keuze uit zorgaanbieders te hebben. Daarmee ontloopt Univé de kosten van zorgverlening aan die klanten.

<sup>107</sup> Zie ook: Douven en Mannaerts, 2008: 'Doelmatige zorg versus risicoselectie'.

<sup>108</sup> In sommige gevallen, zoals spoedeisende zorg, kan iemand met een ZEKUR-polis zonder bijbetaling in ieder ziekenhuis terecht.

<sup>109</sup> Zie ook: NYFER, 2006: *Maatschappelijke effecten van internetfarmacie*.

Van later zorg?

De ZEKUR-polis is een belangrijke testcase voor het nieuwe zorgverzekeringsstelsel. Enerzijds ontstaat er meer doelmatigheid omdat verzekerden instemmen met keuze uit slechts een beperkt aantal voorkeursaanbieders. Anderzijds dreigt risicoselectie omdat de polis met name interessant is voor groepen (jongeren) die zeer weinig gebruik van zorg verwachten te maken. In beginsel corrigeert het vereveningsstelsel voor risicoverschillen tussen groepen verzekerden, maar perfecte risicoverevening is onmogelijk.

### Collectieve contracten

De mogelijkheden om door middel van collectieve contracten druk te zetten op zorgverzekeraars worden nog te weinig benut. Werkgevers en werknemers kunnen daarbij een sleutelrol vervullen. Zij moeten meer ruimte krijgen om met verzekeraars afspraken-op-maat te maken over de prijs en kwaliteit van de geleverde zorg. Werkgevers moeten daarom de mogelijkheid krijgen om inkomensafhankelijke premies die nu verplicht in het vereveningsfonds worden gestort, te gebruiken voor het afsluiten van collectieve contracten voor hun werknemers.

Collectieve contracten tussen werkgevers/werknemers en zorgverzekeraars kunnen ook bijdragen tot een betere afstemming tussen zorg en sociale zekerheid. Werkgevers lijden grote schade wanneer werknemers onnodig lang verzuimen of zelfs arbeidsongeschikt worden. Via de ontwikkeling van integraal verzuim- en arbobeleid kunnen deze risico's worden beperkt.

### Kwaliteitspolissen in samenwerking met cliënten- en patiëntenorganisaties

Ook op andere manieren kunnen zorgverzekeraars meer werk maken van hun rol als inkoopers van kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg ten behoeve van hun cliënten.<sup>110</sup> Verzekeraars kunnen bijvoorbeeld afspraken maken met patiëntenorganisaties over de kwaliteit van de zorg (bijvoorbeeld ketenzorg, aanvullende dekking specialistische zorg). In de praktijk blijkt al dat patiëntenorganisaties steeds vaker betrokken worden bij de inkoop van zorg. Daarnaast kunnen verzekeraars hun cliënten ook financieel prikkelen om voor de voorkeursaanbieders te kiezen door grotere kortingen toe te passen in de restitutievergoeding voor niet-gecontracteerde zorg.

---

<sup>110</sup> NZa, 2007: *Visiedocument Richting geven aan keuzes*.

#### 4.4 Efficiencyprikkels op alle niveaus

Een vierde groep maatregelen heeft betrekking op het versterken van efficiencyprikkels voor zorgvragers en zorgaanbieders. Hiervoor is al uiteengezet dat het nieuwe zorgstelsel nog onvoldoende oplossingen biedt voor de fundamentele problemen van *moral hazard*, *supply-induced demand* en *third party payment* in de gezondheidszorg. Natuurlijk waken verzekeraars over de doelmatigheid van ingezette behandelingen, maar zij staan te ver af van beslissingen in de spreekkamer om effectief invloed te kunnen uitoefenen. Het is ook niet hun natuurlijke taak om zich met medische behandelingen bezig te houden en wanneer zij dat wel doen, roept dat zowel bij patiënten als zorgverleners een groot wantrouwen op. Daarom is het noodzakelijk aanvullende kwaliteits- en doelmatigheidsprikkels direct bij zorgverleners en zorggebruikers te leggen.

##### Eigen risico voor zorggebruikers

Eigen betalingen zijn een effectief middel om ondoelmatig gebruik van zorg te beperken. De verschuiving van een deel van de kosten naar de individuele zorggebruiker heeft tot gevolg dat de relatie genieten-betalen wordt versterkt en dat zorgvuldiger afwegingen worden gemaakt over de noodzaak van zorg. De prijsgevoeligheid van de vraag naar zorg is echter beperkt.<sup>111</sup> Dit betekent dat vrij forse eigen bijdragen nodig zijn om het morele risico af te remmen.<sup>112</sup> Uit onderzoek blijkt dat een procentuele bijbetaling van 80% tot een maximum van € 600 per verzekerde optimaal is.<sup>113</sup> Bij zulke hoge eigen betalingen kan de toegankelijkheid van de zorg echter gevaar lopen. Een uitweg uit dit dilemma is om het basispakket van de verzekerde zorg te beperken tot alleen die vormen van zorg waarvan bewezen is dat ze effectief en noodzakelijk zijn en waarvan de kosten niet door iedereen gedragen kunnen worden. Voor zo'n beperkt basispakket gelden geringe eigen bijdragen. In het aanvullende pakket, dat minder noodzakelijke vormen van zorg bevat, kan de rol van eigen bijdragen veel groter zijn.

<sup>111</sup> In vele onderzoeken wordt een prijselasticiteit van rond de -0,2 gevonden.

<sup>112</sup> Zweifel en Manning, 2000: 'Moral hazard and consumer incentives'.

<sup>113</sup> Westerhout en Folmer, 2007: *Co-payment systems in health care: between moral hazard and risk reduction*.

## Bevordering van gezond gedrag door financiële prikkels

Ongezond gedrag veroorzaakt hogere zorguitgaven op latere leeftijd. Bevordering van gezond gedrag door de overheid of door verzekeraars kan daarom aanzienlijke effecten hebben op de ontwikkeling van de zorguitgaven. De afgelopen jaren is de overheid er onder meer door hogere belastingheffing en reclameverboden in geslaagd om het aandeel rokers in onze samenleving terug te brengen van 37% in 1990 tot 29,6% in 2006. Er kan verder worden geëxperimenteerd met financiële en gedragsprikkels om gezond gedrag te stimuleren.

### Box 4.3 Maatschappelijk draagvlak voor gedragsprikkels

Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat de meeste Nederlanders vinden dat gedragsaspecten een rol mogen spelen bij de beoordeling of iemand toegang heeft tot zorg en tegen welke prijs. Er is dus draagvlak voor maatregelen om gezond gedrag te belonen en ongezond gedrag (financieel) te bestraffen, bijvoorbeeld door middel van premiedifferentiatie en eigen betalingen. Omdat de causale relatie tussen gedrag en zorgkosten vaak niet erg duidelijk is, is het echter niet gemakkelijk om daar concrete inhoud aan te geven. Ook de sociale context waarbinnen gedrag plaatsvindt, blijkt van groot belang voor het feitelijke gedrag. Beleid moet daar rekening mee houden, wil het effectief zijn.

Stimulering van gezond gedrag door middel van financiële prikkels heeft niet alleen als voordeel dat mensen gezonder gaan leven waarmee de oplopende kosten in de zorg worden beteugeld, maar zorgt er ook voor dat het solidariteitsbeginsel in de zorg beter houdbaar is.<sup>114</sup> De financiering van de zorg wordt rechtvaardiger geacht als mensen met een gezonde levensstijl minder betalen dan mensen die ongezond leven. De stimulering van gezond gedrag door middel van prikkels heeft daarnaast nog als voordeel dat mensen meer eigen verantwoordelijkheid voelen voor hun gezondheid en zorg. Het effect hiervan op de ontwikkeling van de zorguitgaven moet echter niet worden overdreven, zoals wij in hoofdstuk 1 hebben gezien.

## Zorgaanbieders belonen op basis van resultaat

Zolang het vergoedingstelsel nog in hoge mate gebaseerd is op afzonderlijke verrichtingen (*fee-for-service*), worden zorgaanbieders niet geprikkeld om op een doelmatige manier met de middelen om te gaan. Meer

---

<sup>114</sup> Van der Geest, 2005: *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*.

verrichtingen leiden in dit systeem tot een hoger inkomen voor de aanbieder. Betere zorg, die leidt tot minder diagnostische tests, doktersbezoeken of ziekenhuisdagen, wordt in zo'n beloningsstructuur niet gewaardeerd maar juist afgestraft. Daarmee is het verrichtingenstelsel een perverse prikkel voor doelmatigheid en kwaliteit in de zorg.<sup>115</sup>

Ervaringen in het buitenland wijzen uit dat het wel degelijk mogelijk is prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid bij zorgaanbieders neer te leggen. De beloning van zorgverleners moet dan worden gekoppeld aan gezondheidsresultaten in plaats van verrichtingen.<sup>116</sup> In de Verenigde Staten hebben de verzamelde *Centres for Medicare and Medicaid Services* (CMS) onder druk van de sterk oplopende zorguitgaven en achterblijvende kwaliteitsverbeteringen een reeks benaderingen ontwikkeld om goede prestaties te belonen en prikkels in te bouwen voor kwaliteitsverbeteringen.<sup>117</sup> Deze initiatieven zijn samengebracht onder de noemer '*pay for performance*' (P4P). Hoewel P4P nog een betrekkelijk nieuw fenomeen is, lijkt het goede mogelijkheden te bieden in de gezondheidszorgsector, waar vergoedingen traditioneel gebaseerd zijn op de levering van diensten en patiënten vaak niet in staat zijn kwaliteit te onderscheiden.<sup>118</sup>

#### Box 4.4 Optimale beloning voor huisartsen

In Nederland heeft de NZa onderzoek gedaan naar het beste beloningssysteem voor huisartsen.<sup>119</sup> Dit onderzoek concludeert dat een gemengd bekostigingssysteem, deels op basis van vergoedingen per ingeschreven patiënt (abonnementensysteem), deels op basis van verrichtingen (*fee-for-service*), optimaal is. De inschrijving van patiënten bij een artspraktijk zorgt er voor dat zich een waardevolle vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt kan ontwikkelen. Omdat een gedeelte van het inkomen uit een vaste vergoeding per ingeschreven patiënt bestaat, kan het tarief voor afzonderlijke verrichtingen omlaag en ondervindt de arts geen sterke prikkels om te veel te produceren; andersom matigt het *fee-for-service* element het risico dat huisartsen te weinig zorg zouden verlenen omdat hun inkomen toch al gegarandeerd is.

<sup>115</sup> Cutler en Zeckhauser, 2000: 'The anatomy of health insurance'.

<sup>116</sup> Di Piero en Sanders, 2005: 'Condition based payment: improving care of chronic illness'.

<sup>117</sup> Sorian, 2006: *Measuring, reporting, and rewarding performance in health care*.

<sup>118</sup> Rosenthal, 2005: *Examining pay-for-performance measures and other trends in employer-sponsored health care*.

<sup>119</sup> NZa, 2007: *An optimal remuneration system for General Practitioners*.

---

## 4.5 Innovatieve zorg

Een geliberaliseerde zorgmarkt biedt meer ruimte voor ondernemerschap en innovatie. Ondernemende zorgaanbieders kunnen experimenteren met nieuwe zorgconcepten en organisatievormen (bijvoorbeeld ketenzorg), waarmee zij beter kunnen inspelen op de behoeften van patiënten.<sup>120</sup> Daardoor ontstaat er een grotere variatie in het aanbod en worden de keuzemogelijkheden verruimd.

Nieuwe, meer geïntegreerde zorgvormen kunnen veel bijdragen tot het schrappen van bestaande inefficiënties, zoals dubbel werk in diagnostiek en onnodige verrichtingen. Via taakherschikking en andere inrichting van bepaalde onderdelen van het zorgproces (bijvoorbeeld groepsconsulten) kunnen kostenbesparingen worden gerealiseerd zonder aan kwaliteit in te boeten.

### Box 4.5 Productiviteitsverhoging in de zorg

De productiviteitsontwikkeling in de zorg blijft ver achter bij die in andere sectoren. Behalve door een doelmatiger organisatie valt ook veel winst te boeken met het gebruik van ict. Wie wat mankeert, gaat naar de dokter. Als hij niet meer de deur uit kan, komt de arts of verpleegkundige langs om de situatie te bekijken of een medische handeling te verrichten. In veel situaties zou dat helemaal niet nodig zijn. Er zijn tal van elektronische mogelijkheden om patiënten op afstand te helpen bij het bewaken van hun gezondheidssituatie. Zo zijn er apparaatjes waarmee diabetespatiënten hun bloedsuikergehalte eenvoudig zelf kunnen meten en het resultaat met een muisklik naar een arts of andere behandelaar kunnen doorsturen. Voor hartpatiënten zijn er shirts met elektronica, die informatie over hartritme en transpiratie kunnen registreren en doorsturen. Ook bestaan er camera's ter grootte van een pil, die kunnen worden ingeslikt en informatie over de spijsvertering kunnen doorsturen aan een medisch specialist. Juist voor chronische patiënten kunnen deze elektronische hulpmiddelen een uitkomst zijn, omdat zij het mogelijk maken zeer intensieve zorg te bieden zonder dat daar altijd fysieke aanwezigheid voor nodig is.

In de niet zo verre toekomst kan vrijwel elke medische behandeling online worden uitgevoerd, gevolgd, gemeten en bewaakt. Dit maakt het mogelijk de patiënt werkelijk tot het middelpunt te maken van een meer geavanceerde zorg. Tal van behandelingen en operaties, die nu nog in klinieken en ziekenhuizen plaatsvinden, zouden naar de thuisomgeving kunnen worden verplaatst, waarbij specialisten de behandeling op afstand

---

<sup>120</sup> Zie bijvoorbeeld: Hofmarcher, Oxley en Rusticelli, 2007: *Improved health system performance through better care coordination*.

uitvoeren of monitoren. De toepassing hiervan stuit niet op beperkingen van de techniek, maar op organisatorische knelpunten. Het vereist dat de behoefte van de cliënt werkelijk centraal wordt gesteld en dat de zorg daaromheen wordt georganiseerd.

## Winst in de zorg

Als zorgaanbieders meer risico lopen over de organisatie en financiering van de dienstverlening, moeten zij ook werkelijk de ruimte krijgen om te ondernemen. Dit betekent dat zij privaat risicodragend vermogen moeten kunnen inzetten en aantrekken. Kapitaalverschaffers zullen daarvoor vanzelfsprekend een marktconforme beloning willen ontvangen. Er is veel maatschappelijke discussie over de vraag of winst maken in de gezondheidszorg toelaatbaar is. Anders dan vaak wordt verondersteld staan privaat eigendom en winst maken niet haaks op het leveren van goede zorg. Uit onderzoek naar de relatieve prestaties van profit- en non-profitorganisaties in de zorg, blijkt dat er geen systematische kwaliteitsverschillen tussen beide typen organisaties zijn.<sup>121</sup> Bepalend voor de kwaliteit en doelmatigheid zijn niet zozeer de eigendomsverhoudingen als wel de mate van concurrentie.

### Box 4.6 Rent-inkomen

In de discussie over winst in de zorg wordt vaak over het hoofd gezien dat er ook in het oude stelsel allerlei vormen van rent-inkomen bestaan, die echter niet als winst worden betiteld. Het rent-inkomen zit verscholen in excessieve tarieven van specialisten, bonussen en kortingen voor apothekers, hoge prijzen voor hulpmiddelen, dure apparatuur enz. Ook lekt veel geld weg in ondoelmatige praktijken die langdurig kunnen voortbestaan omdat niemand zich daar uiteindelijk financieel verantwoordelijk voor voelt. Private kapitaalverschaffers en private eigenaars van zorginstellingen kunnen zorgaanbieders scherp houden om optimaal in te spelen op de wensen van de klant en tegelijk goed te letten op de kosten. De overheid en zorgverzekeraars krijgen op deze manier een medestander in het bevorderen van doelmatigheid en klantgerichtheid. Bovendien stroomt er meer privaat geld naar de zorgsector. Uiteindelijk zijn niet zozeer de eigendomsverhoudingen als wel de mate van concurrentie (inclusief vrije toetreding) bepalend voor de kwaliteit en doelmatigheid.<sup>122</sup>

<sup>121</sup> Sloan, 2000: 'Not-for-profit ownership and hospital behavior'.

<sup>122</sup> Bovenberg, 2007: 'Toekomstagenda voor de zorg'.

Van later zorg?

Als zorginstellingen zelf de verantwoordelijkheid dragen voor de organisatie en financiering van hun dienstverlening kan allerlei bureaucratische regelgeving worden afgeschaft. De toenemende bureaucratie is een bron van ergernis voor vele professionals in de zorg en maakt het werken in de sector minder aantrekkelijk. Minder bureaucratie en meer arbeidsvreugde kunnen helpen voorkomen dat werkers in de zorg uitvallen of vroegtijdig stoppen met hun werk. Een aantrekkelijk werkklimaat versterkt de positie van de zorgsector op de arbeidsmarkt.

Meer ruimte voor ondernemerschap in de zorg betekent dat zich naast de publieke gezondheidszorg een groeiende ‘vrije’ markt zal ontwikkelen voor zorg die buiten het verzekerde pakket valt. Er zal meer differentiatie op de markt ontstaan. Daarmee kan beter worden ingespeeld op de steeds gevarieerdere voorkeuren en behoeften van mensen aan zorg.

---

## **4.6 Meer samenhang in de zorg**

Een zesde groep maatregelen heeft betrekking op bevordering van de samenhang in de zorg

### **Hervorming van de AWBZ**

In de afgelopen jaren zijn de kosten van de AWBZ explosief toegenomen (zie box 3.3). Omdat het aanbod van zorg niet duidelijk is afgebakend en verantwoordelijkheden niet duidelijk zijn geregeld, worden telkens nieuwe claims bij de AWBZ gedeponereerd. Het is noodzakelijk om de AWBZ terug te brengen tot haar oorspronkelijke opzet: een volksverzekering voor langdurige, zware, onomkeerbare risico's, zoals geestelijke en lichamelijke handicaps, zoals geadviseerd door de SER. Het gaat daarbij om risico's waarvan de kosten particulier niet op te brengen zijn en die ook niet verzekeraar zijn. Voor deze risico's is een publiek gefinancierde (volks)verzekering noodzakelijk. De op genezing gerichte zorg kan worden overgeheveld naar de Zvw; de huishoudelijke verzorging en maatschappelijke ondersteuning die nu uit de AWBZ worden gefinancierd, horen thuis in de WMO. Op die manier ontstaat een stelsel dat niet alleen inhoudelijk meer samenhang vertoont en beter aansluit bij de vraag naar zorg, maar dat ook meer waarborgen biedt voor een doelmatige inzet van middelen.



## Meer geld voor preventie

Preventie moet een sleutelrol spelen in de strijd tegen chronische ziekten. Maar in een markt waarin verzekerden gemakkelijk van verzekeraar kunnen wisselen, worden verzekeraars ontmoedigd om in preventie te investeren. Een oplossing voor dit coördinatieprobleem is om investeringen in preventie waarvan de kosteneffectiviteit onomstotelijk is aangetoond, te financieren uit het vereveningsfonds.

---

## 4.7 Zorg: ook een publieke zaak

Liberalisering van de zorgmarkt betekent niet dat de overheid zich uit de zorgmarkt terugtrekt. Belangrijke kenmerken van de zorgmarkt, zoals ongelijke informatie tussen vragers en aanbieders en de wens om elke burger toegang tot kwalitatief goede zorg te bieden, brengen met zich dat de overheid belangrijke taken op het gebied van de gezondheidszorg zal moeten blijven vervullen. Wel zal scherper afgebakend moeten worden wat die publieke verantwoordelijkheden precies zijn en welke zorg aan het private initiatief kan worden overgelaten.

### Heldere doelen en meer vertrouwen in professionals

Eén van de belangrijkste overheidstaken is om de maatschappelijke doelen ten aanzien van de volksgezondheid en gezondheidszorg zo helder mogelijk te formuleren en daar vervolgens de organisatie en financiering van de zorg op af te stemmen. De overheid zit hier in een lastig dilemma.<sup>123</sup> De zorg is bij uitstek een sector waarin inzet, kwaliteit en bereikte (gezondheids)resultaten moeilijk meetbaar zijn. Dit betekent dat moet worden vertrouwd op de inzet van professionals die de beste informatie hebben over wat er wenselijk en nodig is. Als de overheid zelf alle touwtjes (ook financieel) strak in handen houdt, ontmoedigt dat uitvoerders om zich optimaal in te zetten voor een goed resultaat. Overmatige controle, regelzucht en rapportageverplichtingen doden het initiatief, de creativiteit en de ondernemende cultuur die voor een goede uitvoering van zorg nodig zijn. Door ruimte en vertrouwen te schenken aan uitvoerende professionals vermindert de overheid echter haar mogelijkheden om grip te houden op

---

<sup>123</sup> Teulings, Bovenberg en Van Dalen, 2003: *De calculus van het publieke belang*.

zaken waarop zij in de politieke arena nadrukkelijk wordt aangesproken. Een uitweg uit dit dilemma is dat de overheid haar doelstellingen zo scherp mogelijk formuleert, maar zich vervolgens committeert om zo min mogelijk in de uitvoering in te grijpen, tenzij het publieke belang dat onontkoombaar maakt. Een dergelijke ‘zelfbeperking’ is voor de overheid moeilijk, zeker waar het zulke gevoelige kwesties als de gezondheid van kiezers betreft. Toch is het voor de ontwikkeling van de zorgmarkt essentieel dat de overheid zich een betrouwbare partner toont, die heldere kaders formuleert maar niet voortdurend in de uitvoering ingrijpt.

---

## **4.8 Perspectief op lange termijn**

### **Zorg wordt niet goedkoper**

Vaak wordt verondersteld dat marktwerking in de zorg tot lagere kosten zal leiden. Dit is een misvatting. Door medisch-technologische en demografische ontwikkelingen en het Baumol-effect zullen de zorguitgaven de komende decennia verder blijven toenemen (zie hoofdstuk 1). Concurrentie kan er wél voor zorgen dat de kwaliteit, de variëteit in het aanbod en de dienstverlening aan de cliënt verbeteren.

### **Groter aandeel private markt**

De vraag naar medische zorg en andere vormen van verzorging is oneindig groot en naarmate mensen welvarender (en ouder) worden, zullen ze meer (medische) zorg en verzorging willen genieten. Die zorg kan niet allemaal uit publieke middelen worden gefinancierd. Nu al ontwikkelt zich een groeiende markt voor private zorg, die uit eigen middelen wordt gefinancierd. Deze markt zal verder groeien. Voor het vraagstuk van de financiering van de zorg op lange termijn is vooral van belang hoe de publieke zorguitgaven zich ontwikkelen.

### **Private financiering ouderenzorg**

Ook in de ouderenzorg is een geleidelijke verschuiving van publieke naar private middelen mogelijk. Wel zal er altijd een publiek vangnet nodig blijven voor mensen die over onvoldoende middelen beschikken uit eigen besparingen of verzekeringen.

**Box 4.7 Private markt voor ouderenzorg**

Ouderen zullen in de toekomst gemiddeld welvarender zijn dan ouderen nu. Dit opent mogelijkheden om private middelen een belangrijke rol te laten spelen in de financiering van de ouderenzorg. Vanwege diverse vormen van marktfalen komen private besparingen en private verzekeringen voor langdurige ouderenzorg echter moeilijk van de grond. Een belangrijk knelpunt is dat private verzekeraars die polissen voor langdurige ouderenzorg willen aanbieden, zich geplaatst zien voor zeer grote, niet te calculeren ('catastrofale') risico's. Wanneer de overheid zich in een romp-AWBZ garant stelt voor deze onverzekerbare risico's, kan zich gemakkelijker een particuliere markt voor de wel te overziene risico's ontwikkelen.

Een belangrijk deel van de langdurige ouderenzorg kan worden overgelaten aan de private markt en eventueel worden ondergebracht in de aanvullende polis van de ziektekostenverzekering. Het is onvermijdelijk dat daarbij een differentiatie in premies en pakketten ontstaat. Dit bevordert doelmatigheid en doet recht aan verschillende risicovoorkeuren en wensen ten aanzien van de hoeveelheid en kwaliteit van de geleverde zorg.

De prijselasticiteit van de vraag naar ouderenzorg en het gevaar van 'moreel risico' wijzen in de richting van hogere eigen bijdragen en eigen risico's in de ouderenzorgverzekering, op straffe van ondoelmatigheid.<sup>124</sup> Hiervoor moet ruimte worden geboden op de verzekeringsmarkt. Het onvermijdelijke gevolg is dat er een meer gediversifieerde markt voor ouderenzorg ontstaat, waarbij mensen die zich duurder hebben verzekerd, ook meer en kwalitatief betere zorg ontvangen dan degenen die voor een (door de overheid gegarandeerd) minimumpakket kiezen.

Vanzelfsprekend kan de verschuiving van publieke naar private verantwoordelijkheid voor ouderenzorg niet van de ene dag op de andere plaatsvinden. Mensen moeten in de gelegenheid zijn om hiervoor tijdig in hun actieve levensfase voorzieningen te treffen. Dat betekent dat hiervoor een zeer lange overgangstermijn noodzakelijk is.

**Herziening werkgeversbijdrage**

Als een belangrijk deel van de huidige AWBZ-zorg naar de Zvw wordt overgeheveld, neemt deze in omvang toe en zullen de premies moeten stijgen. Dit betekent dat een herziening noodzakelijk is van de huidige systematiek waarin werkgevers via inkomensafhankelijke bijdragen de helft van de Zvw-uitgaven betalen. Eerder is al uiteengezet dat de huidige

---

<sup>124</sup> Garber, 1996: *To comfort always*.

Van later zorg?

systematiek van werkgeversbijdragen tekort schiet, omdat er geen verband is tussen betalen en bepalen. Hierdoor blijven belangrijke mogelijkheden om druk uit te oefenen ter verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg onbenut.

Logischer en doelmatiger is het om werkgevers primair verantwoordelijk te maken voor de kosten van gezondheidszorg van hun werknemers en familieleden. Omdat werkgevers een rechtstreeks belang hebben bij het onderhouden van het menselijk kapitaal, waaronder het gezondheidskapitaal, van hun werknemers, zullen zij samen met verzekeraars willen investeren in adequate voorzieningen die de gezondheid op peil houden en bevorderen.

---

## 4.9 Tot slot

Bovenstaande voorstellen kunnen tot een aanzienlijke beperking van de (publieke) uitgavenstijging leiden, zonder negatieve effecten op de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Daardoor kan de gezondheidszorg haar essentiële bijdrage aan het onderhouden van menselijk kapitaal blijven leveren, zonder dat dit leidt tot explosieve uitgavenstijgingen die het concurrentievermogen van de economie schaden. Integendeel, een goed georganiseerde en doelmatig gefinancierde zorgsector helpt het gezondheidskapitaal in stand te houden en verder te vergroten.

Een aldus vormgegeven stelsel waarborgt dat de toegang tot kwalitatief goede en betaalbare zorg voor iedereen op lange termijn beschikbaar is. Dit komt tegemoet aan maatschappelijke opvattingen van rechtvaardigheid. Buiten het publieke domein ontwikkelt zich een groeiende private zorgmarkt, waarop mensen terecht kunnen voor hun verdere behoeften aan medische en sociale zorg en ondersteuning, in overeenstemming met ieders individuele wensen en voorkeuren.

Binnen een zorgvuldiger afgebakend publiek stelsel is het ook beter mogelijk de intergenerationele solidariteit te waarborgen. Niet langer worden de stijgende zorguitgaven eenzijdig afgewenteld op jongere generaties, die de rekening voor ouderen moeten betalen zonder dat zij uitzicht hebben op adequate voorzieningen tegen de tijd dat zij zelf een hoge leeftijd hebben bereikt.

---

## Literatuurlijst

- Agrell, P.J., P. Bogetoft, R. Halbertsma en M.C. Mikkers, 2007: *Yardstick competition for multi-product hospitals. An analysis of the proposed Dutch yardstick mechanism*, NZa, Utrecht
- Altman, D., D.C. Cutler en R. Zeckhauser, 2000: *Enrollee mix, treatment intensity, and cost in competing indemnity and HMO plans*, NBER Working Paper nr. 7832
- Baumol, W., en W. Bowen, 1966: *Performing arts: the economic dilemma*, The Twentieth Century Fund, New York
- Berg, M., 2006: *Kiezen in de zorg. Publieke rapportage van prestatie-informatie in het nieuwe zorgstelsel*
- Bloom, D.E. en D. Canning, 2000: 'The health and wealth of nations', in: *Science*, vol. 287, p. 1207-1208
- Bloom, D.E., D. Canning en J. Sevilla, 2001: *The effect of health on economic growth: theory and evidence*, NBER Working Paper nr. W8587
- Bos, F., 2006: *De Nederlandse collectieve uitgaven in historisch perspectief*, CPB, Den Haag
- Bovenberg, L., 2007: 'Toekomstagenda voor de zorg', in: *ESB*, jg. 92, nr. 4518
- Centraal Planbureau, 2001: *Uitgavenontwikkelingen in de gezondheidszorg*, CPB, Den Haag
- Centraal Planbureau, 2004: *Vier vergezichten voor Nederland. Productie, arbeid en sectorstructuur in vier scenario's tot 2040*, CPB, Den Haag
- Centraal Planbureau, 2004: *Vier toekomstscenario's voor overheid en zorg*, CPB, Den Haag
- Centraal Planbureau, 2006: *Keuzes in kaart 2008-2011. Economische effecten van acht verkiezingsprogramma's*, CPB, Den Haag

Van later zorg?

Centraal Planbureau, 2007: *Determinanten van de gezondheidszorguitgaven*, CPB, Den Haag

Clemente, J. et al., 2004, 'On the international stability of health care expenditure functions: are government and private functions similar?', in: *Journal of Health Economics*, vol. 23, p. 589-613

CTG/ZAio, 2006: *Monitor ziekenhuiszorg. Analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment in 2006*

Cutler, D.M. et al., 1996: *Are Medical Prices Declining?*, NBER Working Paper nr. 5750

Cutler, D.M. en R. Zeckhauser, 2000: 'The anatomy of health insurance', in A.J. Culyer en J.P. Newhouse, 2000: *Handbook of health economics*, vol. 1A, p. 563-643

Cutler, D.M. en M. McClellan, 2001: 'Is technological change in medicine worth it?', in: *Health Affairs*, vol. 20, nr. 5

Cutler, D.M., 2002: *Health care and the public sector*, NBER Working Paper nr. 8802

Cutler, D.M., 2006: 'The economics of health system payment', in: *De Economist*, vol. 154, nr. 1, p. 1-18

Dijkman, J., 2004: 'Overconsumptie door claimcultuur?', in: RVZ, *Met het oog opgepaste zorg*, RVZ, Zoetermeer

Di Piero, A., en D.G. Sanders, 2005: 'Condition based payment: improving care of chronic illness', in: *British Medical Journal*, vol. 330, p. 654-657

Dirkmaat, T., M.L.L. van Genugten en G.A. de Wit, 2003: *De kosteneffectiviteit van preventie: een verkennende studie*, RIVM, Bilthoven

Douven, R., R. Ligthart, H. Mannaerts en I. Woittiez, 2006: *Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011*, CPB, Den Haag

Douven, R. en H. Mannaerts, 2008: 'Doelmatige zorg versus risicoselectie', in: *Economisch Statistische Berichten*, vol. 4530, p. 132-135

Elk, R., en E. Mot, 2007: *International comparisons of health care expenditures*, Paper for WP6, AHEAD

Friedman, M., 2001: 'How to cure health care', in: *Public Interest*, vol. 142, p. 3-32

Garber, A.M., 1995: *To comfort always: the prospects of expanded social responsibility for long-term care*, NBER Working Paper nr. W5034

Geest, L. van der, 2005: *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg. Schippenen tussen rechtvaardigheid, doelmatigheid en betrokkenheid*, NYFER, Breukelen

Gerdtham, U.G. en B. Jönsson, 2000: 'International comparisons of health expenditure: theory, data and econometric analysis', in: Culyer, A.J. en J.P. Newhouse, red.: *Handbook of Health Economics*, vol. 1A, p. 11-53

Gray, A., 2005: 'Population ageing and health care expenditure', in: *Aging Horizons*, nr. 2, p. 15-20

Gruber, J. en M. Owings, 1994: *Physicians financial incentives and cesarean section delivery*, NBER Working Paper nr. W4933

Hartwig, J., 2006: *What drives health care expenditure? Baumol's model of 'unbalanced growth' revisited*, Working Papers nr. 133, KOF Swiss Economic Institute, ETH Zurich

Hitiris, T. en P. Posnett, 2000: 'Determinants and effects of health expenditure in developed countries', in: *Journal of Health Economics*, nr. 11, p. 173-181

Hofmarcher, M.M., H. Oxley en E. Rusticelli, 2007: *Improved health system performance through better care coordination*, OECD, Parijs

Jacobs, B., 2002: *Public finance and human capital*, Thela Thesis, Amsterdam

Jacobs, B., R.A. de Mooij en H. Folmer, 2006: 'Vlaktaks en arbeidsparticipatie', in: A.P. Ros en F. de Kam (red.), *De Vlaktaks: Naar een Inkomstenbelasting met een Uniform Tarief?*, Wim Drees Stichting voor Openbare Financiën, Den Haag

Van later zorg?

Jacobzone, S., E. Cambois en J.M. Robine, 2002: 'Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing?', in: *OECD Economic Studies*, vol. 30, p. 149-190

Jones, C.I., 2002: *Why have health expenditures as a share of GDP risen so much?*, NBER Working papers nr. 9325

Kommer, G.J., L.C.J. Slobbe en J.J. Polder, 2005: *Risicosolidariteit en zorguitgaven*, RVZ Achtergrondstudies, Zoetermeer

Leu, R.E., 1986: 'The public-private mix and international health care costs', in: A.J. Culyer en B. Jönsson, red., *Public and Private Health Services*, Basil Blackwell, Oxford

Ministerie van SZW, 2006: *De toekomstige inkomenspositie van ouderen*, Ministerie van SZW, Den Haag

Ministerie van VWS, 2004: *Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning*, Tweede Kamer 2003-2004, 29538, nr. 1

Ministerie van VWS, 2007: *Adviesaanvraag toekomst van de AWBZ*, Brief aan de voorzitter van de Sociaal-Economische Raad

Ministerie van VWS, 2007: *Beleidsbrief over de invoering van integrale prestatiebekostiging in de ziekenhuissector*

Nederlandse Zorgautoriteit, 2006: *Monitor Ziekenhuiszorg 2006*, NZa, Utrecht

Nederlandse Zorgautoriteit, 2007: *Visiedocument Richting geven aan keuzes. Kunnen verzekeraars consumenten stimuleren naar gecontracteerde voorkeursaanbieders te gaan?*, NZa, Utrecht

Nederlandse Zorgautoriteit, 2007: *An optimal remuneration system for General Practitioners*, NZa, Utrecht

Newhouse, J.P., 1992: 'Medical care costs: how much welfare loss?', in: *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6, nr. 3, p. 3-21



NIVEL, 2007: *De rol van collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel. Keuzes, verloop en uitkomsten van de onderhandelingen over de collectieve zorgverzekering voor 2006 en 2007*, NIVEL, Utrecht

NYFER, 2002: *Zorg voor het ziekenhuis*, NYFER, Breukelen

NYFER, 2004: *Gezondheidszorg en welvaart*, NYFER, Breukelen

NYFER, 2005: *Van patiënt tot partner*, NYFER, Breukelen

NYFER, 2006: *Maatschappelijke effecten van internetfarmacie*, NYFER, Breukelen

NYFER, 2006: *Zorgstandaards*, NYFER, Breukelen

Nordhaus, W., 2002: *The health of nations: the contribution of improved health to living standards*, NBER Working Paper 8818

OECD, 2006: *OECD Health data 2006*, OECD, Parijs

Oeppel, J. en J.W. Vaupen, 2002: 'Broken limits to life expectancy', in: *Science*, vol. 296, p. 1029-1031

Ottes, 2004: 'Prakkels voor gepast gebruik. Wat kunnen we van andere landen leren?', in: RVZ, *Met het oog op gepaste zorg*, RVZ, Zoetermeer

Polder, J.J., Jacobs en J. Barendrecht, 2003: 'De prijs van grijs', in: *Medisch Contact*, vol. 52, p. 2034-2038

Polder, J.J., 2003: 'De kosten van zorg in het laatste levensjaar', in: *Vektis Zorgthermometer*, Zeist

Polder J., J. Barendrecht en J. van Oers, 2006: 'Health care costs in the last year of life. The Dutch experience', in: *Social Science & Medicine*, vol. 63, p. 1720-1731

Porter, M.E. en E.O. Teisberg, 2004: 'Redefining competition in health care', in: *Harvard Business Review*, vol. 82, nr. 6, p. 65-76

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005: *Hondbare solidariteit in de gezondheidszorg*, RVZ, Zoetermeer

Van later zorg?

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

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

Rijen, A.J.G. van en L. Ottes, 2004: 'Regionale verschillen in het gebruik van zorg', in: RVZ, *Met het oog op gepaste zorg*, RVZ, Zoetermeer

RIVM, 2003: *Afstemming in de zorg: een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening*, RIVM, Bilthoven

RIVM, 2006: *Kosten van ziekten in Nederland 2003: Zorg voor euro's*, RIVM, Bilthoven

RIVM, 2006: *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid toekomst verkenning 2006*, RIVM, Bilthoven

RIVM, 2006: 'Wat is de kosteneffectiviteit van preventie?', in: *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid toekomst verkenning*, RIVM, Bilthoven

Roberts, J., 1999: 'Sensitivity of elasticity estimates for OECD health care spending: analysis of a dynamic heterogeneous data field', in: *Health Economics*, vol. 8, p. 459-472

Sloan, F.A., 2000: 'Not-for-profit ownership and hospital behavior', in: A.J. Culyer. en J.P. Newhouse, red.: *Handbook of Health Economics*, vol. 1B, p. 1141-1174

Smith, P.C. en N. York, 2004: 'Quality incentives: the case of UK general practitioners', in: *Health Affairs*, vol. 23, nr. 3, p. 112-119

Sociaal en Cultureel Planbureau, 2004: *Advies ramingen verpleging en verzorging*, SCP, Den Haag

Sociaal en Cultureel Planbureau, 2005: *Cijfermatige ontwikkelingen in de verstandelijk-gehandicaptenzorg. Een vraagmodel*, SCP, Den Haag

Sociaal-Economische Raad, 1998: *Sociale zekerheid en zorg*, SER, Den Haag

- Sociaal-Economische Raad, 2008: *Advies toekomst van de AWBZ*, SER, Den Haag
- Sorian, R., 2006: *Measuring, reporting, and rewarding performance in health care*, The Commonwealth Fund
- Teulings, C.N., A.L. Bovenberg en H.P. van Dalen, 2003: *De calculus van het publieke belang*, Kenniscentrum voor Ordeningsvraagstukken, Den Haag
- Tweede Kamer, 2007-2008: *Herziening zorgstelsel*, 29689, nr. 129 en nr. 164
- Vektis en The Boston Consulting Group, 2008: *Liberalisatie en groei. Eerste indicatie van kostengroei in de ziekenhuiszorg binnen het geliberaliseerde B-segment*, Vektis/BCG, Utrecht/Amsterdam
- VNO-NCW, 2000: *Gezondheidsmanagement rendeert. Het belang van gezondheidsbeleid in ondernemingen*, VNO-NCW, Den Haag
- Weisbrod, B.A., 1991: 'The health care quadrilemma. An essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment', in: *Journal of Economic Literature*, vol. 29, nr. 2, p. 523-552
- Westerhout, E. en K. Folmer, 2007: *Co-payment systems in health care: between moral hazard and risk reduction*, CPB Discussion Paper, no 78, CPB, Den Haag
- White, K.M., 2002: 'Longevity advances in high-income countries, 1955-96', in: *Population and Development Review*, vol. 28, nr. 1, p. 59-76
- World Health Organization, 2002: *Innovative care for chronic conditions*, WHO, Genève
- ZonMw, 2006: *Voorstel voor een Stimuleringsprogramma Zorgverbetering Chronisch Zieken*, ZonMW, Den Haag
- Zweifel, P. en W.G. Manning, 2000: 'Moral hazard and consumer incentives in health care', in: A.J. Culyer and J.P. Newhouse, *Handbook of Health Economics*, vol. 1A, p. 409-459

Van later zorg?

## Artikelen

‘Adviseur regering is voor radicale oplossing AWBZ’, in: *Het Financieele Dagblad*, 1 februari 2008

Brief van staatssecretaris Rutte aan de Tweede Kamer, 17 juni 2003.

‘Concentratie verzekeraars wekt argwaan’, in: *Het Financieele Dagblad*, 15 juni 2007

‘Employers promoting healthy lifestyles’, in: *Cincinnati Enquirer*, 19 april 2004

‘Geneesmiddelenbudget bestand tegen de grijze druk?’, in: *Pharmaceutisch weekblad*, jg. 141, nr. 41, 12 oktober 2006

‘King County offers reward for workers’ healthy lifestyle: plan might save money, but some chafe at intrusion’, in: *Seattle Post*, 18 april 2005

‘Minister Ab Klink geeft gas, maar houdt zijn voet dicht bij de rem’, in: *Het Financieele Dagblad*, 14 november 2007

‘Staying fit by offering health and wellness programs to consumers, insurers are developing healthier members while reducing costs’, in: *Best’s Review*, november 2003

‘Stijging zorgkosten werkgever kost ruim 10.000 banen’, MKB-Nederland, 25 september 2007

‘Thuiszorg uitgekleeft’, in: *Het Financieele Dagblad*, 14 februari 2008.

‘Vraagtekens bij stijging ziekenhuiskosten’, in: *NRC Handelsblad*, 31 januari 2008

‘Zorg zet kapitalisme onder druk’, in: *Het Financieele Dagblad*, 9 augustus 2007

## Websites

[www.dbc-onderhoud.nl](http://www.dbc-onderhoud.nl)

[www.independender.nl](http://www.independender.nl)

[www.nmanet.nl](http://www.nmanet.nl)