Zorgkeuzes in Kaart

Zorgkeuzes in Kaart

Analyse van beleidsopties van politieke partijen voor de zorg

Centraal Planbureau
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Ministerie van Financiën

juli 2020

Zorgkeuzes in Kaart
CPB (Centraal Planbureau)
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Ministerie van Financiën

Den Haag, 2020

Eindredactie
De Moor Tekst & Uitleg

Opmaak
Textcetera, Den Haag

U kunt de publicatie downloaden via www.rijksoverheid.nl.
Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding:
CPB, Ministerie van VWS, Ministerie van Financiën (2020), *Zorgkeuzes in Kaart*.

Inhoud

1 Zorgkeuzes in Kaart 5

1.1 Aanleiding 5
1.2 Leeswijzer 5

2 Afbakening & Uitgangspunten 6

2.1 Afbakening 6
2.2 Uitgangspunten 7
2.3 Aansluiting 'Zorgkeuzes in Kaart' op 'Keuzes in Kaart' 11
2.3.1 De budgettaire grondslag 11
2.3.2 De macro-economische doorwerking 11
2.3.3 De arbeidsmarkt 12
2.3.4 De rol van inkomenseffecten 13
2.3.5 De rol van programmaeffecten 13
2.3.6 De budgettaire ondergrens 13
2.3.7 De rol van bestuurlijke akkoorden 13

3 Transitiekosten 15

3.1 Definitie en operationalisering van transitiekosten in de zorg 15
3.2 Berekeningswijze van transitiekosten in de zorg 17

4 Overzicht resultaten 22

5 Aanbevelingen 43

6 Bijlagen 45

6.1 Fiches 45
6.1.1 CARE & SOCIAAL DOMEIN 45
6.1.2 CURE 134
6.1.3 EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN 189
6.1.4 GENEES- & HULPMIDDELEN 280
6.1.5 PAKKET & VERZEKERAARS 343
6.1.6 PREVENTIE 402
6.1.7 STELSEL & TRANSITIES 444

6.2 Afgevallen maatregelen 508
6.2.1 Afgevallen maatregelen met toelichting 508
6.2.2 Afgevallen maatregelen uit ZiK 2015 en niet opnieuw ingediend 550
6.3 Rapport KPMG 551
6.4 CPB-Achtergronddocument Eigen Betalingen in de Zorgverzekeringswet 552
6.5 Taakopdracht 553
6.5.1 Aanleiding 553
6.5.2 De Technische Werkgroep ZiK 2020 553
6.5.3 De werkzaamheden 553
6.6 Samenstelling van de Technische Werkgroep en haar secretariaat 555

1 Zorgkeuzes in Kaart

1.1 Aanleiding

Het Centraal Planbureau (CPB) verzorgt op verzoek van politieke partijen sinds 1986 een doorrekening van de verkiezingsprogramma's. Hiermee beoogt het CPB op basis van zijn economische expertise een bijdrage te leveren aan het onderling vergelijkbaar maken van de verschillende verkiezingsprogramma's.

In 2014 heeft het kabinet besloten tot het instellen van de Technische Werkgroep Zorgkeuzes in Kaart om, buiten de verkiezingsperiode om, de analyse van voorstellen op het terrein van de zorg te verbeteren door ruim de tijd te nemen en experts in te zetten om zo het draagvlak voor de zorganalyses te vergroten. Dit heeft geleid tot het in 2015 verschenen rapport "Zorgkeuzes in Kaart, Analyse van beleidsopties voor de zorg van tien politieke partijen".

In navolging van het traject Zorgkeuzes in Kaart uit 2015 besloot het kabinet een nieuw traject te starten, Zorgkeuzes in Kaart 2020. Doel van Zorgkeuzes in Kaart (ZiK) is om een breed scala aan beleidsopties voor de zorg te inventariseren. De analyse is uitgevoerd door het CPB en ambtenaren van de ministeries van VWS en Financiën en wordt door de ministers van VWS en Financiën zonder kabinetsreactie aan de Tweede Kamer aangeboden.

1.2 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 gaat in op de uitgangspunten, de wijze van selectie van maatregelen en een aantal generieke richtsnoeren. Hoofdstuk 3 bespreekt transitiekosten van stelselwijzigingen en de consequentie daarvan voor ZiK. Hoofdstuk 4 geeft een overzicht van de resultaten. Hoofdstuk 5 doet nadere aanbevelingen. Hoofdstuk 6 bevat de bijlagen, met de bespreking van de afzonderlijke beleidsmaatregelen in de vorm van zogenaamde fiches. De technische uitwerking van beleidsopties is gebundeld in bijlage 6.1.

2 Afbakening & Uitgangspunten

2.1 Afbakening

Zorgkeuzes in Kaart (ZiK) richt zich op beleidsmaatregelen voor de zorg na de huidige kabinetsperiode. Het is de tweede keer dat alle politieke partijen uit de Tweede Kamer[1] de mogelijkheid hebben om, buiten de verkiezingsperiode om, beleidsmaatregelen te laten analyseren. Negen politieke partijen hebben hiertoe in juli 2019 beleidsmaatregelen aangeleverd. In de tweede helft van 2019 heeft er schriftelijke en mondelinge afstemming plaatsgevonden, om een eenduidige interpretatie te waarborgen. De aangedragen maatregelen zijn – mits passend binnen de scope van ZiK – geanonimiseerd en mogelijk gebundeld. Naast de nieuw aangedragen maatregelen bevat deze rapportage een actualisatie van de maatregelen uit ZiK 2015.

Bij de analyse van de maatregelen is uitgegaan van de inrichting van het Nederlandse zorgstelsel per 2021, inclusief lopend en voorgenomen beleid dat is opgenomen in de Middellangetermijnverkenning van het Centraal Economisch Plan (CEP).[2] Effecten van de coronacrisis en beleid dat naar aanleiding hiervan is ingezet zijn niet in de analyse verwerkt. De doorrekening van verkiezingsprogramma's in Keuzes in Kaart (KiK) houdt hier wel rekening mee.

De geanalyseerde beleidsmaatregelen kunnen eenzijdig door het Rijk worden doorgevoerd[3] en behoren tot het beleidsterrein van het Ministerie van VWS. Ook bestuurlijke akkoorden zijn in de rapportage opgenomen, mits voldaan is aan een aantal voorwaarden.[4]

Anders dan bij Keuzes in Kaart en ZiK 2015 geldt voor alle beleidsmaatregelen een budgettaire ondergrens van € 50 mln. Dat wil zeggen dat wanneer het aannemelijk is dat de budgettaire effecten jaarlijks kleiner zijn dan € 50 mln., de maatregel niet is uitgewerkt.

1 Alle politieke partijen die op 7 juni 2019 in de Tweede Kamer vertegenwoordigd waren.
2 Zie Centraal Economisch Plan 2020 (link).
3 De maatregel moet eenzijdig door het Rijk kunnen worden doorgevoerd. De maatregelen vallen niet onder de bevoegdheid van gemeenten of zorginkopers, tenzij de bevoegdheid door een stelselwijziging verschuift van de rijksoverheid naar deze partijen en vice versa.
4 De redenen voor het betrekken van bestuurlijke akkoorden en de wijze waarop hiermee wordt omgegaan, staan beschreven in paragraaf 2.2 'Uitgangspunten'.

Deze regel is ook van toepassing op beleidsmaatregelen over de financiering van de zorg (de inkomstenkant). Wel uitgewerkt worden maatregelen die per saldo een budgettair effect kleiner dan € 50 mln. hebben, maar waarvan de opbrengsten en/of uitgaven separaat groter zijn dan € 50 mln. Op deze manier worden ook verschuivingen tussen hoofdsectoren (bijvoorbeeld tussen de Wlz en de Zvw) met een grondslag groter dan € 50 mln. verkend. Bijlage 6.2 biedt een overzicht van maatregelen die de ondergrens niet halen, inclusief een korte motivatie per maatregel voor het niet halen hiervan.

Daarnaast is getoetst of de beleidsmaatregelen juridisch houdbaar en uitvoeringstechnisch haalbaar zijn.[5] De juridische toets heeft niet de zwaarte van een formele juridische analyse, maar er is wel gekeken of een maatregel past binnen de grondwettelijke en internationale wettelijke kaders.[6] Ook de uitvoeringstoets is er één op hoofdlijnen. Maatregelen die niet (wettelijk) uitvoerbaar zijn, zijn niet nader uitgewerkt. Een overzicht van deze maatregelen is te vinden in Bijlage 6.2. Voor een aantal maatregelen geldt dat deze alleen doorgevoerd kunnen worden indien een randvoorwaardelijke maatregel wordt genomen. Dit kan een maatregel uit ZiK zijn, maar dat hoeft niet. Bij de analyse van deze maatregelen is ervan uitgegaan dat de minst ingrijpende randvoorwaardelijke maatregelen zijn doorgevoerd. De randvoorwaardelijke maatregelen worden in de fiches weergegeven onder het kopje 'Uitvoering & Haalbaarheid' of het kopje 'Overige opmerkingen'. De budgettaire effecten van de randvoorwaardelijke maatregelen zijn niet meegenomen in de doorrekening van de bijbehorende beleidsmaatregel. Als verschillende maatregelen elkaar uitsluiten, of als gecombineerde invoering de budgettaire effecten beïnvloedt, dan staat dit ook onder het kopje 'Overige opmerkingen'. Dit overzicht is niet uitputtend.

2.2 Uitgangspunten

De beleidsmaatregelen hebben betrekking op de volgende kabinetsperiode en worden op de kortst mogelijke termijn ingevoerd (het zogenoemde 'ingroeipad'). Dit betekent dat de budgettaire effecten van de maatregel zichtbaar worden vanaf het moment dat de maatregel juridisch uitvoerbaar en uitvoeringstechnisch haalbaar is. Elke maatregel is geanalyseerd onder de hypothese dat er een parlementaire meerderheid voor is en de maatregel onverkort kan worden doorgevoerd.

5 Bij maatregelen die onder de budgettaire ondergrens vallen is niet op juridische houdbaarheid getoetst.

6 Maatregelen die de aanspraak op zorg veranderen moeten worden getoetst aan artikel 2 en artikel 25 van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. Beide artikelen schrijven onder meer voor dat personen met een handicap zonder discriminatie op grond van hun handicap recht hebben op het genot van het hoogst haalbare niveau van gezondheid en dat wetgeving die een stap achteruit betekent in de positie van mensen met een beperking niet in lijn is met het verdrag. Dit kan spelen bij maatregelen die een beperking van de aanspraak voorstaan of een overgang naar een andere rechtsvorm. Bij implementatie van dergelijke maatregelen is nadere toetsing op de artikelen van belang.

De beleidsmaatregelen in ZiK zijn geanalyseerd op hun effect op de netto-collectieve zorguitgaven. Collectieve zorguitgaven zijn uitgaven die worden gedaan op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet, het basispakket in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en subsidies op de Rijksbegroting die vanuit het Ministerie van VWS worden verstrekt. De netto-collectieve zorguitgaven zijn gelijk aan de collectieve zorguitgaven verminderd met eigen betalingen voor de zorg, zoals de eigen bijdragen en de eigen betalingen onder het verplicht eigen risico. De budgettaire effecten zijn berekend ten opzichte van het basispad voor de zorg. De Middellangetermijnverkenning van het CEP beschrijft welk beleid is opgenomen in het basispad.

De budgettaire grondslag van de maatregelen in ZiK is het niveau van de zorguitgaven in 2021 (basisjaar). Om tot de budgettaire effecten in 2021 te komen, zijn de budgettaire effecten van de maatregel opgehoogd door middel van een nominale groeivoet. De groeivoet hangt af van de hoofdsector waarbinnen de maatregel van toepassing is. De budgettaire effecten van de maatregelen zijn doorgaans gebaseerd op de voorlopige begrotingsstand van 2019, die opgenomen is in de begroting van 2020. De nominale groeivoet die hoort bij een ophoging van 2019 naar 2021 is opgenomen in tabel 1. Deze ophoging zal bij KiK worden aangepast, waarbij rekening wordt gehouden met de invloed van de coronacrisis op de ontwikkeling van zorguitgaven.

Tabel 1
Nominale groeivoet netto-collectieve zorguitgaven 2019-2021[7]

Hoofdsector	Groeivoet
Zvw	1,08
Wlz	1,17
Wmo/jeugd	1,10
Totaal	**1,11**

In de budgettaire tabellen die bij de beleidsmaatregelen staan, is 2022 het eerste jaar waarvoor de effecten worden gerapporteerd. Maatregelen worden 'plat' doorgerekend, wat wil zeggen dat de aanname is dat de zorguitgaven, lonen en prijzen vanaf 2021 tot in de toekomst constant blijven. De budgettaire tabellen geven ook de structurele effecten van beleidsmaatregelen weer. Uitgangspunt is dat het structurele effect gelijk is aan het budgettaire effect in het tiende jaar na invoering van de maatregel. Wanneer de structurele effecten van de maatregelen later tot wasdom komen, zoals bij enkele preventie- en pakketmaatregelen, is dit in de uitwerking expliciet aangegeven.

Sommige preventiemaatregelen in ZiK hebben tot gevolg dat de algemene gezondheid van de samenleving (of de doelgroep) verbetert. Door deze gezondheidswinst verminderen de zorguitgaven. Bij de berekening van de budgettaire effecten van de beleidsmaatregelen

7 Berekeningen door CPB op basis van Middellangetermijnverkenning zorg 2022-2025 (link)

zijn daarom opbrengsten of besparingen ingeboekt.[8] Indien van toepassing wordt deze berekening gecorrigeerd voor zogenoemde vervangende ziekten. Daarmee bedoelen we dat wanneer een bepaalde ziekte wordt teruggedrongen of voorkomen, mensen op termijn andere ziekten kunnen krijgen. Deze ziekten verkleinen de besparing op de zorguitgaven. De extra gezonde levensjaren, gewonnen door uitstel van ziekte, zijn niet budgettair berekend, maar in de uitwerking van maatregelen genoemd.
Enkele beleidsmaatregelen in ZiK veronderstellen dat (markt)partijen, zoals zorgaanbieders, verzekeraars of gemeenten, hun medewerking willen verlenen om de maatregel uit te voeren. Het Rijk heeft de mogelijkheid om hierover bestuurlijke afspraken met deze (markt)partijen te maken. Voorbeelden van deze afspraken zijn het afsluiten van hoofdlijnenakkoorden en de continuering van het macrobeheersinstrument. De budgettaire effecten van bestuurlijke akkoorden die leiden tot hogere collectieve zorguitgaven worden in ZiK berekend, als het bedrag redelijkerwijs aan het doel van de maatregel besteed kan worden. Of het doel bereikt kan worden is onzeker, omdat het Rijk daarvoor immers afhankelijk is van de medewerking van derden.

Voor bestuurlijke afspraken die leiden tot een verlaging van de collectieve zorguitgaven geldt dat de besparing (ofwel budgetkorting) gemaximeerd wordt. Tabel 2 toont de maximale korting per hoofdsector.[9] De bedragen in deze tabel zijn bepaald door de groei in het basispad per hoofdsector te korten.[10] De kortingspercentages zijn over het algemeen bepaald door de helft te nemen van de groeicomponenten inkomen per hoofd en overige groei.[11] De maximaal mogelijke korting werkt in de praktijk uit als een generieke korting, die cumulatief is en geldt voor alle maatregelen binnen een hoofdsector. Generieke kortingen zijn kortingen op budgetten zonder corresponderende beperking van de aanspraken of zonder efficiëntie-verbeterende maatregelen. Een generieke korting leidt tot (kwalitatief) mindere zorg en vermindert de werkgelegenheid in de zorg.

8 Bij preventiemaatregelen wordt rekening gehouden met besparingen op de zorguitgaven door een verbeterde gezondheid. Bij andere maatregelen is er doorgaans geen sprake van kwantificeerbare budgettaire opbrengsten door gezondheidswinst.
9 De maximale generieke korting per hoofdsector wordt in de startnotitie van KiK geactualiseerd.
10 De grondslag voor de korting van de Zvw bestaat uit ziekenhuiszorg, huisartsen en multidisciplinair, ggz en wijkverpleging. Voor al deze onderdelen geldt hetzelfde kortingspercentage.
11 Box 1 van de Middellangetermijnverkenning zorg 2022-2025 licht deze groeicomponenten verder toe. (link)

Tabel 2

Maximale kortingen bij de Zvw, Wlz en Wmo/jeugd

in mln. euro (a)	2022	2023	2024	2025
Zvw (netto-uitkeringen) (b)	0	-150	-300	-460
Wlz (netto-uitkeringen)	-130	-280	-430	-590
Wmo/jeugd-uitgaven	-60	-120	-180	-250

(a) In prijzen van 2021.

(b) De huidige Bestuurlijke Akkoorden bij de Zvw lopen t/m 2022, daarom begint de reeks voor de maximaal mogelijke korting in de Zvw in 2023.

Alle bedragen in de tabellen met (budgettaire) effect zijn afgerond: bedragen groter dan € 5 mln. tot € 100 mln. zijn afgerond op vijftallen, bedragen groter dan € 100 mln. tot € 1 mld. zijn afgerond op tientallen en bedragen groter dan € 1 mld. op honderden. Bedragen kleiner dan (afgerond) € 5 mln. zijn niet opgenomen in de tabel. Deze afronding maakt de tabellen overzichtelijker, maar kan in sommige gevallen er toe leiden dat de som der delen niet overeenkomt met het totaal. Tabel 3 illustreert hoe de bedragen zijn afgerond. De hogere inkomsten vanwege de eigen bijdrage zijn € 175 mln., maar dat bedrag wordt afgerond op tientallen en dus € 180 mln. in de tabel. Daardoor lijkt het totaaleffect van € 140 mln. in de tabel niet correct. Het totaaleffect is echter wel correct omdat de onafgeronde bedragen zijn opgeteld, en daarna is afgerond.

Tabel 3

Budgettaire tabel van maatregel 71
(Vermogen eigen woning in vermogens-inkomensbijtelling Wlz en Wmo)

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**0**	**-35**	**-70**	**-140**
w.v. verandering opbrengst eigen bijdrage (Wlz)	0	0	-45	-85	-180
w.v. uitvoeringskosten	0	0	10	20	35
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wlz, remgeldeffect)	0	0	0	-5	-5
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Zvw, remgeldeffect)	0	0	0	0	5
Kwalitatief effect					
Huizenbezitters zonder maximale eigen bijdrage gaan meer betalen.					

Het kwantificeren van beleidsmaatregelen is niet altijd mogelijk gebleken, bijvoorbeeld door het ontbreken van (wetenschappelijke) literatuur. Bij deze beleidsmaatregelen is in de budgettaire tabellen een PM-post (pro memorie) opgenomen. Waar mogelijk is wel onderbouwd aangegeven of de maatregel zal leiden tot een besparing op de netto-collectieve zorguitgaven (-PM) of tot een verhoging hiervan (+PM). In KiK zullen de PM-posten, ongeacht het teken, op 'nul' worden gezet (noch opbrengen, noch besparingen).

2.3 Aansluiting 'Zorgkeuzes in Kaart' op 'Keuzes in Kaart'

De beleidsmaatregelen uit ZiK 2020 kunnen door politieke partijen worden ingebracht in de doorrekening van de verkiezingsprogramma's bij KiK 2022-2025. Er zijn echter een zevental verschillen tussen ZiK en KiK die ervoor zorgen dat de budgettaire effecten van de beleidsmaatregelen kunnen verschillen. Deze verschillen worden puntsgewijs in kaart gebracht.

2.3.1 De budgettaire grondslag

In KiK wordt de impact van beleidsmaatregelen op de totale overheidsuitgaven geanalyseerd. In ZiK is (enkel) de impact op de netto-collectieve zorguitgaven onderzocht. Dit betekent dat bij beleidsmaatregelen in ZiK die ook effect hebben op andere overheidsuitgaven (bijvoorbeeld onderwijsuitgaven), het effect op die overheidsgaven niet wordt doorgerekend in ZiK. Deze effecten worden – zover bekend – wel benoemd onder het kopje 'Overige effecten'. In KiK worden de effecten op andere overheidsuitgaven wel doorgerekend. Voor beleidsmaatregelen die effecten veroorzaken op andere overheidsuitgaven zullen de totale budgettaire effecten daarom (vaak) groter zijn bij KiK dan bij ZiK. Daarnaast houdt KiK rekening met de volumegroei na 2021 en ZiK niet.

2.3.2 De macro-economische doorwerking

Beleidsmaatregelen kunnen op twee manieren doorgerekend worden: ex-ante en ex-post. Bij een ex-ante doorrekening van beleidsmaatregelen worden de effecten van de maatregel berekend zonder de (vervolg-)effecten van die maatregel op de economie als geheel mee te rekenen. Er wordt zodoende 'in isolement' bepaald wat de impact van een maatregel is. Enkel zogenoemde 'eerste-ordegedragseffecten' zijn onderdeel van de ex-ante doorrekening. Het gaat dan om een gedragsverandering die direct gevolgen heeft voor de budgettaire grondslag van die maatregel. Bij ex-post worden bij de doorrekening van beleidsmaatregelen de effecten van de maatregelen op de economie wel doorgerekend en wordt ook rekening gehouden met verdere gedragseffecten. Zie de paragraaf hieronder over 'Gedragseffecten in Zorgkeuzes in Kaart' voor een illustratie van eerste- en meerdere-ordegedragseffecten.

In ZiK 2020 zijn de beleidsmaatregelen ex-ante doorgerekend. Voor sommige preventiemaatregelen en maatregelen die effect hebben op de eigen betalingen in de zorg zijn ook de meerdere-ordegedragseffecten berekend, vanwege de impact van deze gedragseffecten op het budgettaire effecten van de beleidsmaatregel.

Illustratie: gedragseffecten in Zorgkeuzes in Kaart

In ZiK wordt rekening gehouden met eerste-ordegedragseffecten. Een voorbeeld van een eerste-ordegedragseffect in de zorg is het remgeldeffect bij het eigen risico. Stel dat de politiek besluit het verplicht eigen risico te verlagen. Deze maatregel impliceert dat de private betalingen aan de gezondheidszorg worden verlaagd en collectieve uitgaven bij een gelijkblijvende zorgvraag evenveel toenemen. Het verminderen van de private betalingen aan de gezondheidszorg neemt de drempel voor burgers weg om (meer) zorg te vragen. De prikkel die van het eigen risico uitgaat om de vraag naar zorg af te remmen wordt het remgeldeffect genoemd. De gedragsverandering bij een verlaging van het eigen risico zorgt hierdoor voor een grotere toename van de netto-collectieve zorguitgaven.

Bij een enkele preventie- of eigen betalingenmaatregel in ZiK wordt de impact van meerdere-ordegedragseffecten op de zorguitgaven berekend. Een voorbeeld van een beleidsmaatregel met meerdere-ordegedragseffecten is het reclameverbod op alcohol. Een maatschappelijke kosten-baten analyse van het RIVM uit begin 2018[12] toont aan dat een verbod op alcoholreclame leidt tot minder alcoholconsumptie en minder alcoholgebruik. Minder alcoholgebruik leidt vervolgens onder andere tot minder ziekten die samenhangen met alcoholgebruik, minder alcoholgerelateerde zorg in de eerstelijnszorg en spoedeisende hulp. Deze vermindering van het gebruik van zorg leidt vervolgens tot een besparing op de zorguitgaven.

2.3.3 De arbeidsmarkt

Vanwege het ex-ante karakter van ZiK worden de arbeidsmarkteffecten van individuele beleidsmaatregelen niet meegenomen in de doorrekening van de effecten. Wel is – als de maatregel dit expliciet beoogt – in de uitwerking kwalitatief aangegeven dat er arbeidsmarkteffecten optreden.

In KiK wordt ervan uit gegaan dat op de arbeidsmarkt hogere lonen ten opzichte van andere sectoren noodzakelijk zijn om extra mensen in de zorg aan te kunnen nemen. Als een pakket zorgmaatregelen per saldo leidt tot een toename van de vraag naar zorgmedewerkers, dan moeten de lonen in de zorg harder stijgen dan in andere sectoren. De startnotitie van KiK zal nadere inkleuring geven aan de manier waarop de gevolgen hiervan in beeld worden gebracht.

12 Maatschappelijke kosten-batenanalyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen, RIVM, 2018. (link)

2.3.4 De rol van inkomenseffecten

ZiK neemt inkomenseffecten van (individuele) beleidsmaatregelen niet mee in de doorrekening van de budgettaire effecten. Wel is in de uitwerking kwalitatief aangegeven dat er herverdelingseffecten optreden.

2.3.5 De rol van programmaeffecten

Tot 2015 heeft het CPB zogenoemde programmaeffecten voor beleidsmaatregelen in KiK doorgerekend. Deze effecten beoogden politieke partijen en andere belangstellenden inzicht te geven in de economische, ruimtelijke, milieu en/of sociaal-maatschappelijke effecten van het pakket van beleidsmaatregelen. Programmaeffecten zijn effecten anders dan de budgettaire effecten en bestedingseffecten van beleidsmaatregelen. Sinds KiK 2018-2021 worden deze programmaeffecten niet meer doorgerekend. De programmaeffecten worden wel inzichtelijk gemaakt in de Kansrijk-reeks van SCP, PBL en CPB.

In ZiK zijn eventuele programmaeffecten van een beleidsmaatregel steeds benoemd onder het kopje 'kwalitatief effect' in de budgettaire tabel en/of benoemd in de tekst onder het kopje 'overige effecten'. Een voorbeeld hiervan is de mogelijke gezondheidswinst bij preventiemaatregelen. In KiK 2022-2025 worden de programmaeffecten van beleidsmaatregelen uit ZiK niet gerapporteerd.

2.3.6 De budgettaire ondergrens

In ZiK 2020 geldt voor alle beleidsmaatregelen dat deze nader zijn uitgewerkt als de budgettaire effecten jaarlijks € 50 mln. of hoger zijn.[13] De budgettaire ondergrens bij KiK is jaarlijks € 100 mln.

2.3.7 De rol van bestuurlijke akkoorden

Zowel ZiK als KiK boeken budgettaire effecten in voor maatregelen die de overheid eenzijdig kan nemen. Ook worden in beide publicaties bestuurlijke akkoorden gehonoreerd die leiden tot een verhoging van de collectieve zorguitgaven, mits de verhoging redelijkerwijs aansluit op het doel waaraan het bedrag besteed wordt. Of het doel behaald wordt is onzeker, omdat het Rijk afhankelijk is van de medewerking van derden. In KiK worden deze maatregelen als een taakstellende intensivering ingeboekt.

KiK kent daarentegen geen budgettaire korting toe aan bestuurlijke akkoorden *an sich*. Een generieke korting wordt daar enkel gehonoreerd wanneer het Rijk een eenzijdige maatregel kan treffen om het doel van de bestuurlijke afspraak te bereiken, als de afspraak door derden niet wordt nageleefd. Dit betekent dat:

13 Voor meer uitleg over de (toepassing van de) budgettaire ondergrens wordt verwezen naar paragraaf 2.1 'Afbakening'.

– Een partij die bestuurlijke afspraken wil opnemen die in KiK leiden tot lagere uitgaven in de Zvw, aangeeft de intentie te hebben om bestuurlijke akkoorden af te sluiten in combinatie met een eenzijdig macrobeheersinstrument (MBI).
– Een partij die bestuurlijke afspraken wil opnemen die in KiK leiden tot lagere uitgaven in de Wlz, Wmo of Jeugdwet, aangeeft bereid te zijn om bij het uitblijven van bestuurlijke afspraken een korting door te voeren op desbetreffende (hoofd)sector.[14] Voor de Wmo en Jeugdwet leidt dit tot een korting op het gemeentefonds.

Indien deze waarborgen opgenomen zijn, worden taakstellende ombuigingen voor beleidsmaatregelen ingeboekt tot aan de maximale generieke korting per hoofdsector.

14 Een generieke korting in de Wlz en Wmo/jeugd valt niet te combineren met een gelijktijdige generieke intensiveringen. Dus als partij zegt het budget met € 500 mln. te willen verhogen met oog op een bepaald doel, dat kan dat niet gecombineerd worden met een generieke korting van € 200 mln. Men zou dan immers netto slechts € 300 mln. beschikbaar stellen en zowel claimen dat men dit doel realiseert, als dat de efficiëntie toeneemt.

3 Transitiekosten

3.1 Definitie en operationalisering van transitiekosten in de zorg

De ideeën van politieke partijen over de vormgeving van de gezondheidszorg lopen uiteen. Een transitie naar een andere zorgstelsel of invulling die anders is dan de huidige praktijk neemt tijd en brengt kosten met zich mee. In opdracht van de Technische Werkgroep van ZiK 2020 heeft KPMG een verdiepend onderzoek naar transitiekosten in de zorg uitgevoerd.[1] Het rapport levert een empirische onderbouwing voor de hoogte van transitiekosten en de transitieduur. Op basis van deze twee elementen zijn in ZiK 2020 de transitiekosten bepaald.

Ten behoeve van ZiK 2015 is door SiRM[2] een conceptueel kader geïntroduceerd om transities in de zorg te analyseren en te beoordelen. In ZiK 2020 worden transitiekosten berekend voor beleidsmaatregelen die behoren tot een van de drie zorgtransities uit het conceptueel kader:

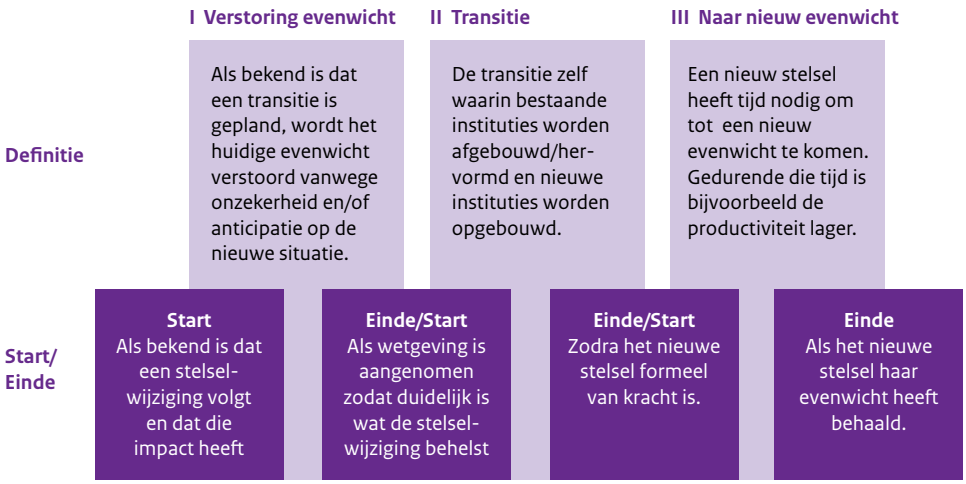
1. De overheveling van (delen van) ondersteuning of zorg van het ene naar het andere uitvoeringsregime. Een voorbeeld hiervan is het overhevelen van ouderenzorg van de Wlz langdurige zorg naar de Zvw.
2. Het toevoegen van elementen van publieke aanbodsturing aan het bestaande privaatrechtelijke stelsel en vice versa. Bijvoorbeeld het overstappen op een publiek stelsel met landelijk opererende ziekenfondsen.
3. Het doorvoeren van fundamentele aanpassingen binnen het uitvoeringsregime. Het volledig scheiden van wonen en zorg in de Wlz is hiervan een voorbeeld.

Transities in de zorg kennen drie fasen. Voorafgaand aan de daadwerkelijke transitie treedt een verstoring van het evenwicht op. Deze onzekere periode wordt afgesloten met het aannemen van nieuwe wet- en regelgeving. Vervolgens worden tijdens de feitelijke overgang bestaande instituties ontmanteld en nieuwe opgebouwd. De aansturing en het toezicht worden heringericht en de veranderde wet- en regelgeving wordt ingebed in de uitvoeringspraktijk. In de laatste fase, na de transitie, zal het enige tijd duren voordat een nieuw evenwicht wordt bereikt.

1 KPMG (2020). Transitiekosten Zorgkeuzes in Kaart. In paragraaf 3.2 'Berekeningswijze van transitiekosten in de zorg' wordt het onderzoek van KPMG nader toegelicht.
2 SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V. (2015). Transitiekosten stelselwijzigingen in de zorg.

Figuur 1

Conceptueel kader van het transitieproces in de zorg



De drie fasen van het transitieproces gaan gepaard met verschillende typen transitie-kosten voor de betrokken partijen (patiënten, zorgaanbieders, zorginkopers, gemeenten, rijksoverheid). Het conceptueel kader beschrijft vier typen van transitiekosten:

1. **Lopende kosten**: kosten van de dagelijkse operaties die voortvloeien uit de transitie. Voorbeelden zijn het opstellen van nieuwe wet- en regelgeving, een nieuwe structuur voor handhaving en toezicht en de ontwikkeling van een nieuw bekostigingssysteem.
2. **Waardeoverdracht en -verandering**: kosten ter compensatie voor de overdracht van eigendomsrechten en toekomstige inkomensstroom en de afkoop van bestaande contracten. Ook de kosten van versnelde afschrijving vallen hieronder, omdat bepaalde activa na de stelselwijziging niet langer nodig zijn.
3. **Onzekerheid**: het 'onbekende' kan ervoor zorgen dat extra financiële buffers worden aangelegd, investeringsbeslissingen uitgesteld en het personeelsbeleid herzien. Dit zorgt mogelijk tijdelijk voor een lagere productiviteit en dus efficiëntieverlies.
4. **Gedragseffecten**: de handelswijze van betrokken partijen verschilt per transitiefase en omvat zowel beoogde als ongewenste effecten. Door bijvoorbeeld informatie-asymmetrie hebben uitvoerders doorgaans betere informatie over kosten en opbrengsten dan de rijksoverheid. Dit betekent dat in dergelijke situaties de kans groot is dat de rijksoverheid een te hoge compensatie voor de overdracht van eigendomsrechten overeenkomt.

De lopende kosten en waardeoverdrachten en – veranderingen zijn volgens SiRM concrete, goed meetbare kosten. Deze kosten gaan gepaard met de directe effecten van de transitie, bijvoorbeeld het afschrijven van vastgoed door de opbouw van nieuwe woon-initiatieven. De kosten die gepaard gaan met onzekerheid en gedragseffecten zijn minder

goed meetbaar en volgen uit de verwachte reacties op een transitie. Een voorbeeld hiervan is het tijdelijke strategisch gedrag van patiënten bij nieuwe verzekeringsvormen. ZiK 2020 presenteert waardeoverdrachten en afschrijvingen (type 2) zoveel mogelijk afzonderlijk. Onzekerheid (type 3) en gedragseffecten (type 4) zijn niet of nauwelijks af te leiden uit begrotingen en jaarrekeningen, waardoor de transitiekosten doorgaans enkel uit lopende kosten bestaan. De gerapporteerde transitiekosten vormen daarom een ondergrens van de werkelijke transitiekosten.

3.2 Berekeningswijze van transitiekosten in de zorg

In het onderzoek naar de omvang van transitiekosten heeft KPMG zes casussen van enige omvang binnen en buiten de zorg doorgelicht, waarvan drie casussen uit Nederland en drie uit het buitenland. Het onderzoek is gebaseerd op documentatieonderzoek, interviews met experts en analyses van openbare data. De beschikbaarheid van (kwantitatieve) data was belangrijk voor het selecteren van de casussen. In kader 1 is per casus een beschrijving van het type transitiekosten weergegeven. Het gehele rapport is opgenomen in bijlage 6.3.

De transitiekosten in het KPMG- onderzoek zijn berekend aan de hand van de duur van de transitie (in jaren) en de gemiddelde transitiekosten per jaar. Uit het onderzoek volgt dat een transitie gemiddeld zes jaar duurt. De gemiddelde jaarlijkse transitiekosten bedragen 1,4% van de budgettaire grondslag van de casus (zie tabel 4).

Voor de berekening van transitiekosten in ZiK 2020 wordt allereerst getoetst of een beleidsmaatregel onder een van de drie zorgtransities uit het conceptueel kader valt (zie paragraaf 3.1.). Aangezien het conceptueel kader geen uitputtend overzicht bevat van mogelijke transities, is aanvullend op basis van maatwerk en expert judgement ingeschat of er sprake is van een transitie. In ZiK 2020 zullen hierdoor in ieder geval, maar niet uitsluitend, transitiekosten berekend worden voor drie transities, die een concrete invulling kunnen zijn van fundamentele aanpassingen binnen het uitvoeringsregime (zorgtransitie 3), namelijk:

1. De implementatie van een verdergaande (wetenschappelijke) toets voor pakketbeheer. Een voorbeeld hiervan is het verkleinen van het basispakket op basis van ziektelast.
2. Het toevoegen van een inkomensafhankelijke toets aan de bestaande uitvoeringspraktijk. Bijvoorbeeld het invoeren van een inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor de wijkverpleging.
3. Het fundamenteel wijzigen van de bekostigings-/budgetteringssystematiek en/of de indicatiestelling. Het maximeren van het aantal afgegeven indicaties in de Wlz is hiervan een voorbeeld.

Tabel 4

Transitiekosten in de zorg o.b.v. de uitkomsten van KPMG[3]

Casus	Duur transitie (in jaren)	Gemiddelde transitiekosten per jaar	Cumulatieve transitiekosten
Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007	5	2,4%	12,0%
Implementatie DOT in ziekenhuizen 2012	5	0,5%	2,3%
Vorming nationale politie 2013	6	1,0%	6,0%
National Program for IT NHS (Engeland) 2002	10	1,0%	10,0%
Invoering Quality Outcome Framework (Engeland) 2004	6	3,2%	19,2%
Invoering Health and Social Care Act (Engeland) 2012	5	0,2%	1,2%
Gemiddelde	**6,2**	**1,4%**	**8,5%**

Vervolgens is per transitie de duur bepaald. Het onderzoek van KPMG laat zien dat de transitieduur per casus varieert. Net als in ZiK 2015 worden transities daarom ingedeeld in kleine, middelgrote en grote transities. Bij kleine transities wordt uitgegaan van een transitieduur van twee jaar, bij middelgrote transities van vijf jaar en bij grote transities van acht jaar. De transitieduur is doorgaans bepaald op basis van de lengte van het wetgevings- en implementatietraject. In afzonderlijke gevallen is de transitieduur via expert judgement bepaald.

Ten slotte zijn de transitiekosten berekend door transitieduur te vermenigvuldigen met 1,5% van de budgettaire grondslag van de beleidsmaatregel.[4] In ZiK 2015 is reeds gerekend met de gemiddelde jaarlijkse transitiekosten van 1,5% van de budgettaire grondslag. Het onderzoek van KPMG toont aan dat deze rekenregel gehandhaafd kan worden in ZiK 2020. De gemiddelde jaarlijkse transitiekosten van 1,5% van de grondslag vormen

3 De transitiekosten voor de casussen 'Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007', 'National Program for IT NHS 2002' en 'Invoering Health and Social Care Act 2012' zijn door KPMG hoger ingeschat dan hier weergegeven. Bij de casussen 'Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007' en 'National Program for IT NHS 2002' worden de verliezen van aanbieders respectievelijk Local service providers als transitiekosten meegenomen. Deze kosten vallen echter niet onder de netto-collectieve zorguitgaven (budgettaire grondslag). Bij de casus 'Invoering Health and Social Care Act 2012' neemt KPMG de administratiekosten van het Department of Health als grondslag. ZiK neemt daarentegen doorgaans de totale zorguitgaven van (onderdeel van) het uitvoeringsregime waarop de transitie betrekking heeft als grondslag. Volgens die rekenregel zijn in de aangepaste berekening de totale uitgaven aan Health and Social Care gebruikt.

4 De gemiddelde jaarlijkse transitiekosten zijn gelijk aan 1,5% van de budgettaire grondslag, tenzij op basis van wetenschappelijke en/of empirische bronnen exactere berekeningen beschikbaar zijn.

een ondergrens, omdat niet alle kostencomponenten meegenomen kunnen worden (zie paragraaf 3.1). In individuele gevallen kan worden afgeweken van de vuistregel van 1,5% transitiekosten.

Een voorbeeld van een kleine transitie is het standaardiseren inkoop- en verantwoordingseisen in de Zvw. De maatregel is aangemerkt als een transitie omdat de vaststelling van de budgetten fundamenteel aangepast wordt. Om tot gestandaardiseerde inkoop- en verantwoordingseisen te komen dienen zorgverzekeraars (tezamen) een uniforme set aan inkoop- en verantwoordingseisen te ontwikkelen, worden ICT-systemen aangepast en wordt de zorginkoop aangepast. Het betreft een kleine transitie vanwege de implementatietijd (twee jaar). De totale gerapporteerde transitiekosten bedragen 3% van de budgettaire grondslag (2 jaar x 1,5%).

Het introduceren van een nieuw wettelijk kader met instellingsbudgettering voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is een voorbeeld van een middelgrote transitie. De beleidsmaatregel wordt aangemerkt als transitie naar een ander uitvoeringsregime, omdat de ggz vanuit de Zvw wordt ondergebracht in een nieuwe wet die net als de Wlz niet-risicodragend zal worden uitgevoerd. Dat betekent dat de ggz wordt overgeheveld van (private) zorgverzekeraars naar (publiek opererende) zorgkantoren. Bovendien indiceren zorgaanbieders zelf hoeveel zorg een cliënt nodig heeft en wordt de budgettering aangepast van diagnosebehandelcombinaties naar een budget per instelling. Juridisch kan deze maatregel in drie jaar worden ingevoerd, maar op basis van expert judgement is de verwachting dat de invoeringstermijn vijf jaar zal zijn. De gerapporteerde transitiekosten van de middelgrote transitie bedraagt 7,5% van de budgettaire grondslag (5 jaar x 1,5%).

Een voorbeeld van een grote transitie is de overgang van het huidige naar een publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders. Dit stelsel is vergelijkbaar met het Engelse National Health System (NHS). Deze transitie van een privaat naar een publiek stelsel verandert de vormgeving van de gezondheidszorg fundamenteel. Het recht op zorg wordt vervangen door een voorziening, zorgverzekeraars verdwijnen en regionale instituten zullen onder regie van de rijksoverheid basiszorg inkopen. Het aantal indicaties, vastgesteld door de zorginkoper, wordt gemaximeerd en de budgettering wordt aangepast (instellingsbudgettering). Alle zorgverleners komen in loondienst bij de zorginstelling en er geldt geen eigen risico, zorgtoeslag of zorgpremie. Deze opsomming is niet uitputtend, maar toont aan dat het gehele zorgstelsel aangepast moet worden naar een nieuwe praktijk (in Nederland). De implementatie van de maatregel is ten minste zes jaar maar wordt ingeschat op mogelijk acht tot tien jaar. De gerapporteerde transitiekosten van de middelgrote transitie bedraagt 12% van de budgettaire grondslag (8 jaar x 1,5%).

De berekening van de transitiekosten in ZiK 2020 betreft een beredeneerde benadering van de kosten die gemoeid zijn met een overgang in de zorg. Op het moment dat een maatregel wordt getroffen, zal opnieuw beoordeeld worden in welke mate de gerapporteerde transitiekosten zich zullen manifesteren.

Kader 1

Zes casussen met transitiekosten uit het KPMG- onderzoek

Casus 1 – Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007
Op 1 januari 2007 werd de huishoudelijke hulp uit de Wmo overgeheveld van het Rijk naar de gemeenten. Deze overheveling bracht diverse transitiekosten mee voor het Ministerie van VWS, gemeenten, zorgaanbieders en het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Gemeenten werden geconfronteerd met kosten voor de aanpassing van de dagelijkse bedrijfsvoering (lopende kosten), zoals extra personele inzet en het trainen van bestaand personeel. Ook aanbieders van huishoudelijke hulp werden geconfronteerd met personele (opleidings-)kosten, maar ook – net als het CAK – met kosten voor het wijzigen van IT-systemen.

Casus 2 – Implementatie DOT in ziekenhuizen 2012
In de gezondheidszorg worden sinds 2005 zorgproducten en prijzen inzichtelijk gemaakt via zogenaamde diagnosebehandelcombinaties (dbc). Vanaf 1 januari 2012 werden de dbc's vervangen door DOT's (dbc's op weg naar transparantie). Deze overgang zorgde met name bij ziekenhuizen voor tijdelijke verhoogde lopende kosten. De implementatie van DOT's leidde immers tot extra personeelsinzet, het opleiden en trainen van personeel, het aanpassen en/of afschaffen van bestaande IT-systemen en juridische en accountantskosten.

Casus 3 – Vorming nationale politie 2013
Op 10 juli 2012 nam de Eerste Kamer de Politiewet aan waarmee de Nationale Politie werd gevormd. De vorming van de nationale politie veroorzaakte extra personele kosten bij het Ministerie van Justitie en Veiligheid en de politie door een verhoogde inzet van personeel. De reorganisatie leidde bovendien tot transitiekosten bij de politie voor opleidings- en outplacementfaciliteiten, vergoeding van verhuiskosten en extra reiskosten voor woon- werkverkeer en vergoedingen in het kader van vrijwillig vertrek van personeel.

Casus 4 – National Program for IT NHS (Engeland) 2002
Met de aankondiging van National Program for IT (NPfIT) in juni 2002 werd binnen de Engelse gezondheidszorg een transitie in gang gezet van individuele inkoop van IT door ziekenhuizen naar een centraal geregelde en gestandaardiseerde inkoop van IT. De meeste transitiekosten werden gemaakt door NHS IT, het overheidsonderdeel dat verantwoordelijke was voor de implementatie van NPfIT. De transitiekosten bestonden uit de kosten voor het managen van het project, het opzetten van een nationale infrastructuur voor gestandaardiseerde inkoop, nationale applicaties en het opzetten en uitwisselen van een elektronisch patiëntendossier.

Casus 5 – Invoering Quality Outcome Framework (Engeland) 2004
Met de invoering van Quality Outcome Framework (QOF) in april 2004 werd gepoogd een financiële prikkel voor huisartsen in het zorgstelsel in te bouwen. Deze prikkel had tot doel de kwaliteit van de zorg te verhogen en het tekort aan huisartsen op te lossen, door een hogere beloning aan huisartsen uit te keren als zij hoger scoorden op 'good pratices'. De transitiekosten kwamen vooral voor rekening van de UK National Health Service en de huisartsen. De transitiekosten waren met name lopende kosten, zoals extra personele inzet en administratieve lasten, de implementatiekosten van NPfIT om patiëntendossiers uit te willen, het ontwikkelen van software en handleidingen en ondersteuning. Naast lopende kosten vloeide uit deze transitie ook kosten van een gedragseffect voort. De financiële beloning zorgde voor een sterke prikkel onder artsen om de geformuleerde doelen te behalen. Hierdoor voldeed in het eerste jaar 90% van de artsen aan de doelstelling in plaats van de begrote 75%. De transitiekosten voor het opstellen van nieuwe contracten met de huisartsen voor de volgende jaren waren daardoor hoger dan verwacht.

Casus 6 – Invoering *Health and Social Care Act* (Engeland) 2012
In maart 2012 werd in Engeland de Health and Social Care Act aangenomen. Om de zorgkosten te beteugelen en meer patiëntgericht te werken werd de zorginkoopmacht verschoven van centraal naar regionaal niveau. Lokale zorginkooporganisaties kregen te maken met lopende transitiekosten door aantrekken en opleiden van personeel om de decentralisatie mogelijk te maken. Daarbij kwamen ook de frictiekosten voor de overdracht van landelijke naar lokale zorginkoop voor de rekening van de lokale inkooporganisaties. Verschillende zorgaanbieders, zoals huis- en tandartsen, werden vanuit de Health and Social Care Act gefinancierd. De fundamentele reorganisatie van de zorginkoop leidde ook bij hen tot opleidingskosten en transitiekosten door het veranderen van het (declaratie-)systeem. Daarenboven werden de zorgaanbieders geconfronteerd met productiviteitsverlies door de transitie. Met het berekenen van deze kosten is een onzekerheidseffect van de transitie gekwantificeerd.

4 Overzicht resultaten

	Maatregel	Budgettair effect					Kwalitatief effect
		Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.	
CARE & SOCIAAL DOMEIN							
1	Afschaffen particuliere keurmerken in de zorg	0	-45+PM	-45+PM	-45+PM	-45+PM	Voor de burger en zorginkoper (verzekeraar) komt er minder informatie beschikbaar over de kwaliteit van zorgaanbieders.
2	Instellen taskforce kwaliteitsimpuls gehandicaptenzorg	10	20	-PM+20	-PM+20	-PM+20	Hogere kwaliteit van zorg.
3	Beschikbaar stellen standaard softwarepakket in de thuiszorg	0	30+PM	30+PM	30+PM	30+PM	Meer doelmatige uitvoering; minder innovatie; mogelijk op termijn betere informatievoorziening rijksoverheid.
4	Terugdringen ondervoeding en uitdroging intramurale ouderenzorg	0	+PM	PM	PM	PM	Meer kwaliteit van leven en langere levensduur voor bewoners van verpleeghuizen.
5	Realiseren extra plekken in verpleeghuizen						Verschuiving van extramurale naar intramurale Wlz-zorg. Daardoor beter passende zorg; ontlasting mantelzorg.
	Variant 14.500 extra plaatsen	+PM	+PM	+PM	+PM	1.000+PM	
	Variant 5.000 extra plaatsen	+PM	+PM	+PM	+PM	360+PM	
6	Bezettingsnorm nachtdienst verpleeghuizen omhoog	0	330	660	660	660	Verlaging werkdruk en betere kwaliteit van zorg.
7	Stimuleren van wooncombinaties van jongeren en ouderen	0	50+PM	50+PM	50+PM	50+PM	Verbeterde sociale cohesie; goed voor gezondheid en welzijn van ouderen; minder eenzaamheid.
8	Bevorderen kleinschalige zorg in de Wet langdurige zorg	0	0	250	250	250	Meer kleinschalige woonvormen in de Wlz.
9	Toets op potentiële zelfredzaamheid en vitaliteit bij Wmo-toegang	0	50	-PM	-PM	-PM	Vermindering van de zorgbehoefte van de deelnemers en verhoging van hun zelfredzaamheid en vitaliteit.

10	Intensivering bemoeizorg gemeenten	+PM	+PM	+PM	+PM	PM	Zorg wordt tijdig verleend en verergering van de problematiek wordt voorkomen.
11	Maximumwachttermijn voor jongeren met complexe problematiek	0	10	10+PM	PM	PM	Administratieve lasten van met name jeugdhulpaanbieders worden groter.
12	Kostendekkende tarieven voor de jeugdzorg	0	65	65	+PM	+PM	Gemeenten kunnen niet meer primair verantwoordelijk worden gesteld voor de continuïteit van zorg.
13	Intensivering gemeentelijk domein						Extra middelen kunnen de prikkel om de jeugdzorg doelmatiger te organiseren ondergraven.
	Variant A: structurele intensivering Jeugdhulp	190	490	490	490	490	
	Variant B: structurele intensivering Wmo 2015	+PM	+PM	+PM	+PM	+PM	
14	Oormerken Sociaal Domein	0	0	+PM	+PM	+PM	Meer zekerheid dat het budget aan sociaal beleid besteed wordt, maar minder lokale beleidsvrijheid.
15	Knelpuntenfonds decentralisaties plus uniformeren indicatie en inkoop	0	0	1.200+PM	1.200+PM	1.200+PM	Vermindering van de financiële risico's voor gemeenten bij de uitvoering van de Jeugdwet en de Wmo.
16	Wegnemen van financiële prikkel voor gemeenten op doorstroom naar Wlz (en Zvw)						De stap naar een intramurale setting wordt mogelijk eerder gezet na het krijgen van een Wlz-indicatie.
	Variant A	0	0	0	0	PM	
17	Financiële prikkels voor de inzet van informele zorgverleners	0	95	95	+PM	+PM	Mantelzorgers/vrijwilligers worden meer betrokken bij de formele zorg; extra registratieverplichtingen voor zorgmedewerkers.
18	Verplichten meerjarige contracten en budgetafspraken in de Wet langdurige zorg	0	0	-55	-110	-65	Meerjarige zekerheid leidt mogelijk tot meer vaste aanstellingen en tot lagere tarieven.
19	Geen toegang tot de Wet langdurige zorg voor lichtere zorgzwaartes	0	0	-110	-450	-740	Voor een deel van de doelgroep kan het zorg- en ondersteuningsaanbod ontoereikend worden.

20	Herintroductie zorgzwaartepakketten VV2 en VV3 als toegang tot Intramurale Ouderenzorg						Meer mensen komen in aanmerking voor de Wlz, waardoor de druk op de intramurale capaciteit (vastgoed) toeneemt.
	Openstellen voor ZZP VV 2 en 3	0	0	60	180	600	
	Openstellen voor ZZP VV 3	0	0	40	130	420	
21	Zorgaanbieders indiceren zelf in de Wet langdurige zorg	5	5	40	90	160	Zorgaanbieders hebben zelf de regie op het (her-)indicatieproces in de Wlz.
22	PGB alleen in eigen beheer	0	0	PM	PM	PM	Duurdere Zorg in natura (ZIN) vervangt goedkopere zorg gefinancierd met pgb.
23	PGB-Wmo afschaffen	0	0	-PM+45	-PM+45	-PM+45	Binnen de Wmo kunnen nauwelijks nog alfahulpen worden ingezet; voor bepaalde groepen cliënten vervalt de optie tot maatwerk.
24	Meer persoonsvolgende bekostiging in de Wet langdurige zorg						Voor mensen met hoog inkomen of vermogen wordt de Wlz aantrekkelijker als bijbetalen voor extra kwaliteit is toegestaan (variant B).
	Variant A: niet bijbetalen	110	220	700+PM	800+PM	1.100+PM	
	Variant B: wel bijbetalen	110	220	1.000+PM	1.100+PM	1.400+PM	
25	Wlz-instellingen worden pgb-instellingen	110	220	600	700+PM	-820+PM	Volledig doorvoeren scheiden van wonen en zorg; behandeling naar de Zvw; iedere cliënt krijgt een gewaarborgde hulp toegewezen.
26	Introductie vouchers en mantelzorgvergoeding in de Wlz	0	0	70	-20	-90	De vergoedingen voor VPT en pgb gaan omlaag; voor wooninitiatieven gefinancierd met VPT en pgb kan het moeilijk worden de financiering rond te krijgen; voor pgb-houders kan de keuzevrijheid worden beperkt; MZF kan aan andere zaken dan zorg worden besteed.
27	Invoeren vouchers voor individuele inkoop van langdurige ouderenzorg	220	220	220	290+PM	-1.100+PM	Grotere keuzevrijheid voor de cliënt. Deze gaat kritisch kijken naar de zorgkosten omdat hij een relatief hoge eigen bijdrage betaalt.

28	Scheiden van wonen en zorg in Wlz						Bij variant 2 en 3: meer diversiteit en innovatie in het woningaanbod.
	Variant 1: geen wijziging in aanspraak	0	0	0	100	100	
	Variant 2: woonlasten uit de aanspraak, geen compensatie	450	560	660	780+PM	-1.900+PM	
	Variant 3: woonlasten uit de aanspraak, volledige compensatie	450	560	660	870+PM	860+PM	
	Variant 3: woonlasten uit de aanspraak, inkomensonafhankelijke compensatie voor 75%	450	560	660	850+PM	180+PM	
	Variant 3: woonlasten uit de aanspraak, inkomensonafhankelijke compensatie voor 50%	450	560	660	830+PM	-500+PM	
	Variant 3: woonlasten uit de aanspraak, inkomensonafhankelijke compensatie voor 25%	450	560	660	800+PM	-1.200+PM	
29	De Wet langdurige zorg wordt een voorziening	100	100	100	100	-PM+50	Minder instroom in de Wlz; groter beroep op mantelzorg, terwijl door de vergrijzing er minder mantelzorgers zijn voor meer zorgbehoevenden.
30	Introduceren objectief verdeelmodel voor de Wet langdurige zorg (deel GHZ)						Stimulans tot lagere tarieven, goedkopere leveringsvormen, doelmatige uitvoering en (bij voldoende aanbod) selectieve inkoop; risico van leegstand en niet voldoen aan de zorgplicht. Risico van leegstand en niet voldoen aan de zorgplicht.
	Variant A: alleen herverdeling regio's	40	40	40	40	0	
	Variant B1: 8 zorgkantoren meer VPT	40	40	40	40	-5	
	Variant B2: 16 zorgkantoren meer VPT	40	40	40	40	-40	
	Variant B3: 8 zorgkantoren meer extramuraal	40	40	40	40	-60	
	Variant B4: 16 zorgkantoren meer extramuraal	40	40	40	40	-150	

Maatregel		Budgettair effect					Kwalitatief effect
		Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.	
CURE							
31	Afsluiten nieuwe hoofdlijnenakkoorden en continueren macrobeheersinstrument	0	-150	-300	-460	-460	Bestuurlijke rust.
32	Maatwerk in bekostiging verschillende zorgvormen						Mogelijke meer druk op de eerstelijnszorg.
	Acute Zorg	PM+20	PM+20	PM	PM	PM	
	Planbare Zorg	PM+270	PM+270	PM	PM	PM	
	Chronische Zorg	160	160	-50	-50	-50	
33	Tarieven en prestaties wijkverpleging standaardiseren						Minder administratieve lasten voor aanbieder; meer kwaliteit en doelmatigheid van de zorg; indicaties sneller afgegeven en beter aansluitend op de zorgbehoefte van de cliënt.
	Variant A: één generieke omschrijving en tarief	PM	PM	PM	PM	PM	
	Variant B, sub 1: vast maximumbedrag per zwaartecategorie	PM	PM	PM	PM	PM	
	Variant B, sub 2: als variant B, sub1, met indicatie door wijkverpleegkundige	PM	PM	PM-15	PM-10	PM	
	Variant C: als variant B, maar tarieven niet onderhandelbaar	PM	PM	PM	PM	PM	
34	Stimuleren van anderhalvelijnszorg	0	0	0	0	-50	Opbrengst eigen risico kan dalen; arbeidsmarkt voor zorgberoepen kantelt.
35	Winstverbod alle zorgaanbieders	PM+80	PM+80	PM	PM	PM	Effecten op kwaliteit en toegankelijkheid van zorg zijn ambigu.
36	Participatiemodel voor medisch specialisten						
	Variant 1: participatie via winstuitkering	170	170	PM	PM	PM	
	Variant 2a: participatie via informatiedeling	PM	PM	PM	PM	PM	
	Variant 2b: fiscale stimuleringsmaatregelen	20	20	PM	PM	PM	

37	Regulering inkomen specialisten door verbod vrije vestiging						Lagere productieprikkel; risico op wachtlijsten.
	Variant 2a: alle artsen verplicht in loondienst	10	10	2.000	-330	-340	
	Variant 2b: nieuwe artsen verplicht in loondienst	10	10	2.000	-10	-340	
38	Nationale aanpak ziekenhuislandschap						
	Variant 1: herinrichting ziekenhuislandschap	380	380	280+PM	180+PM	-300	Basiszorg beter bereikbaar; complexe zorg minder bereikbaar; mogelijk meer kwaliteit.
	Variant 2: binnen 20 minuten in volwaardig ziekenhuis	380	380	380	380	3.000	Ziekenhuiszorg beter bereikbaar.
39	Publieke en integrale bekostiging acute zorg	20	20	55	55	-100	Langere reistijd voor patiënt en bezoekers; sluiting van SEH's verhoogt de aanrijtijd en kan bij calamiteiten leiden tot lagere kwaliteit van de zorg.
40	Beschikbaarheid spoedeisende hulp verlagen of verhogen						Sluiting van SEH's verhoogt de aanrijtijd en kan bij calamiteiten leiden tot lagere kwaliteit van de zorg; het openen van gesloten SEH's verkort de aanrijtijden en verhoogt de kwaliteit.
	Variant 1: sluiting SEH's in de nacht	0	0	0	-45	-45	
	Variant 2: openen gesloten SEH's	0	0	0	0	60	
41	Eerstelijns ggz naar Wmo en tweedelijns ggz landelijk coördineren						
	Basis ggz en POH-ggz naar Wmo	PM+5	PM+5	PM+5	PM+5	PM	Risico op meer onduidelijkheid voor de cliënt.
	Centrale aansturing gespec. ggz	PM+60	PM+60	PM+60	PM+60	PM	Minder keuzevrijheid van verzekerden.
	Bonus-malusdoorverwijzing	PM+45	PM+45	PM+45	PM+45	PM	Risico van kwaliteitsverlies door verkeerde prikkels; toename wachtlijsten eerste lijn.
42	Terugdraaien ambulantisering in de ggz	+PM+10	+PM+10	+PM	+PM	500	Mensen krijgen de juiste hulp om verergering van de situatie te voorkomen; een risico is dat eerdere en langere opname negatief kan uitwerken op de gezondheid.
43	Stimuleren centralisering inkoop ziekenhuizen						Kwaliteit kan onder druk komen te staan.
	Variant C: dwingende regels	0	0	0	0	PM	

44	Gegevensuitwisseling in de zorg standaardiseren	200	400	200	200	-340	Gezondheid kan verbeteren en ongemak door onnodig onderzoek neemt af.
45	Verplichte implementatie onder zorgaanbieders van innovatie	PM	PM	PM	PM	PM	Snellere implementatie van kosteneffectieve en arbeidsbesparende innovaties.
46	Intensiveren complementaire gezondheidszorg	0	0	0	550+PM	550+PM	Mogelijk positieve effecten op gezondheid; kwaliteit van zorg; kwaliteit van leven en inzetbaarheid van mensen op de arbeidsmarkt.
47	Intensiveren van eerstelijns wondzorg	PM	PM	100-PM	100-PM	100-PM	Betere behandeling van patiënten met slecht of niet-genezende wonden; betere kwaliteit van leven en deelname aan het arbeidsproces.
48	100% borging Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ)	0	75	150	200	570	
	Maatregel	Budgettair effect					Kwalitatief effect
		Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.	
EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT & PREMIEVRAAGSTUKKEN							
49	Verhogen van de lonen in de zorg						Hogere tarieven en op termijn mogelijk meer werkgelegenheid in de zorg.
	Variant 1: eenmalig verhogen loonindexatie met 1%	560	560	560	560	560	
	Variant 2: tweejarig verhogen loonindexatie met 1%	560	1.100	1.100	1.100	1.100	
50	Banenplan voor de langdurige zorg	0	700	1.400	1.400	1.400	Hogere kwaliteit van de langdurige zorg.
51	Betere arbeidsvoorwaarden thuiszorg	0	0	300+PM	300+PM	300+PM	Het oormerken van middelen in het gemeentefonds leidt mogelijk tot administratieve lasten.
52	Hogere lonen huishoudelijke hulp	0	0	30	55	130	Werk als huishoudelijke hulp wordt aantrekkelijker; risico op fuikeffect: minder prikkel tot doorstroming en investering in scholing.
53	Korten op opleidingsbudgetten medisch specialisten						Risico dat instellingen minder gaan opleiden.
	Variant A: opleidingsvergoeding niet meer kostendekkend	0	0	-55	-55	-55	
	Variant B: bestuurlijke afspraak curriculum	0	0	0	0	-55	

54	Aanpassen of afschaffen (vrijwillig) eigen risico						Verhoging eigen risico maakt zorg minder toegankelijk; dit kan een negatief effect hebben op de gezondheid. Voor verlaging of afschaffing geldt het omgekeerde.
	Varianten 1: aanpassen verplicht eigen risico						
	Variant 1a: € 485	0	-1.400	-1.400	-1.400	-1.400	
	Variant 1b: € 285	0	1.300	1.300	1.300	1.300	
	Variant 1c: € 220	0	0	2.300	2.300	2.300	
	Variant 1d: geen verplicht eigen risico	0	0	5.300	5.300	5.300	
	Varianten 2: aanpassen verplicht én afschaffen vrijwillig eigen risico						
	Variant 2a: € 485	0	-1.300	-1.300	-1.300	-1.300	
	Variant 2b: € 285	0	1.400	1.400	1.400	1.400	
	Variant 2c: € 220	0	0	2.400	2.400	2.400	
	Variant 2d: geen verplicht eigen risico	0	0	5.400	5.400	5.400	
55	Aanpassen vrijwillig eigen risico						
	Varianten 1: aanpassen maximaal vrijwillig eigen risico						
	Variant 1c: afschaffen, € 0	0	0	100	100	100	Verzekerden krijgen minder keuzevrijheid; de gemiddelde premieverschillen tussen gezonden en chronisch zieken nemen af, waardoor de solidariteit kan toenemen.
	Variant 2: vrijwillig verlagen verplicht eigen risico	0	0	930	930	930	Verzekerden krijgen meer keuzevrijheid; de gemiddelde premieverschillen tussen gezonden en chronisch zieken nemen toe, waardoor de solidariteit kan afnemen.

56	Invoeren procentueel eigen risico in de Zvw						Verzekerden gaan minder zorg gebruiken, wat een negatief effect kan hebben op hun gezondheid. Daarnaast neemt de risicosolidariteit tussen ziek en gezond (vooral in varianten 2) af.
	Variant 1a: 23,5%, maximale eigen betaling € 385	0	500	500	500	500	
	Variant 1b: 25%, maximale eigen betaling € 385	0	450	450	450	450	
	Variant 1c: 50%, maximale eigen betaling € 385	0	60	60	60	60	
	Variant 1d: 75%, maximale eigen betaling € 385	0	-10	-10	-10	-10	
	Variant 2a: 25%, maximale eigen betaling € 670	0	0	-1.800	-1.800	-1.800	
	Variant 2b: 50%, maximale eigen betaling € 480	0	0	-1.000	-1.000	-1.000	
	Variant 2c: 75%, maximale eigen betaling € 420	0	0	-450	-450	-450	
57	Two-tier-systeem (het Zwitserse systeem)						
	Variant 2: two-tier-systeem met grens X op € 300 en grens Y op € 680	0	0	-95	-95	-95	Verzekerden gaan minder zorg gebruiken, wat een negatief effect kan hebben op hun gezondheid. Daarnaast neemt de risicosolidariteit tussen ziek en gezond af.
58	Verschoven eigen risico						
	Variant A: generiek verschoven eigen risico	0	0	80	80	80	
	Variant B: gedifferentieerd verschoven eigen risico	0	0	20	180	180	Verzekerden gaan minder zorg gebruiken, mogelijk negatief effect op hun gezondheid.
59	Inkomensafhankelijk eigen risico	0	0	50	50	-55	De maatregel werkt nivellerend.
60	Herintroduceren van de verplichte no-claimkorting	0	0	800	800	800	Verzekerden gaan meer zorg gebruiken, met mogelijk positief effect op de gezondheid, vooral bij lage inkomens.

61	Vaste eigen bijdrage per dbc						Verzekerden gaan minder zorg gebruiken, met mogelijk negatief effect op hun gezondheid. Het systeem van eigen betalingen wordt complexer en moeilijker voor verzekerden te begrijpen.
	Variant 1a: € 150 per dbc met verplicht eigen risico van € 385	0	0	-50	-50	-50	
	Variant 1b: € 150 per dbc met verplicht eigen risico van € 885	0	0	-4.500	-4.500	-4.500	
	Variant 2: € 90 per dbc met maximum van 4 trajecten (€ 360)	0	0	80	80	80	
	Variant 3: € 120 per dbc met maximum van 3 trajecten (€ 360)	0	0	0	0	0	
	Variant 4: € 140 euro voor 1e dbc, € 100 voor 2e dbc, € 80 voor 3e dbc en € 60 voor 4e dbc	0	0	-20	-20	-20	
	Variant 5: € 120 per zorgtraject met maximum van 3 trajecten (€ 360)	0	0	50	50	50	
	Variant 6: € 120 per specialismen met maximum van 3 specialismen (€ 360)	0	0	70	70	70	
62	Gepaste eigen betalingen						Sterkere solidariteit bij aandoeningen met een hoge ziektelast en/of kosteneffectieve dbc's; risico dat zorgverleners de ziektelast onnodig hoog vaststellen; gevaar van risicoselectie op de verzekeringsmarkt.
	Variant A: bijdrage geneesmiddelen	110	110	30	30	PM+30	
	Variant B: bijdrage behandelingen (dbc's)	110	110	30	30	PM+30	
63	Huisartsenzorg onder het eigen risico	0	-810	-810	-810	-810	Verzekerden gaan minder zorg gebruiken, wat een negatief effect kan hebben op hun gezondheid.
64	Invoeren eigen bijdrage voor bezoek aan de huisartsenpost						Mogelijk zorgmijding of onnodig beroep op SEH.
	Variant A: alle volwassenen	0	-95	-95	-95	-95	
65	Invoeren eigen bijdrage voor extramurale geneesmiddelen						Mogelijk zorgmijding en extra uitleg nodig bij de apotheek.
	Variant 1: € 3 per receptregel	0	-340	-340	-340	-340	
	Variant 2: € 4 per receptregel	0	-470	-470	-470	-470	
	Variant 3: € 5 per receptregel	0	-580	-580	-580	-580	
	Variant 4: 25% per receptregel	0	-320	-320	-320	-320	

66	Invoeren eigen risico voor hulpmiddelen in de Zvw	0	-290	-290	-290	-290	Gezondheid en kwaliteit van leven kan afnemen voor sommige mensen die stoppen met het gebruik van hulpmiddelen.
67	Invoeren eigen bijdrage bij verblijf in het ziekenhuis	0	-55	-55	-55	-55	Mogelijk betalingsproblemen na ziekenhuisopname.
68	Invoeren eigen bijdrage voor wijkverpleging						
	Variant A: inkomensafhankelijke eigen bijdrage per uur	0	0	5	5	-390+PM	Mogelijk gaan cliënten waardevolle zorg mijden, met negatieve gevolgen voor de gezondheid. Mensen met veel zorguren gaan een hoge eigen bijdrage betalen.
	Variant B: vaste eigen bijdrage per uur	0	0	-450+PM	-450+PM	-450+PM	Mogelijk gaan cliënten waardevolle zorg mijden, met negatieve gevolgen voor de gezondheid. Cliënten met een laag inkomen en veel zorguren betalen een relatief hoge eigen bijdrage.
	Variant C: vaste uurbijdrage met inkomens-afhankelijk maximum per jaar	0	0	5	5	-210+PM	Mogelijk gaan cliënten waardevolle zorg mijden, met negatieve gevolgen voor de gezondheid. Door het maximum per jaar pakt deze variant beter uit voor cliënten met een laag inkomen en veel zorguren.
	Varianten D: eigen bijdrage van 20% vanaf maximum aantal uren per week						Mogelijk gaan cliënten waardevolle zorg mijden, met negatieve gevolgen voor de gezondheid. Cliënten met veel zorguren betalen een (zeer) hoge eigen bijdrage.
	Variant D1: maximum 12 u per week	0	0	-110+PM	-110+PM	-110+PM	
	Variant D2: maximum 16 u per week	0	0	-65+PM	-65+PM	-65+PM	
	Variant D3: maximum 20 u per week	0	0	-40+PM	-40+PM	-40+PM	
69	Inkomensafhankelijk eigenbetalingensysteem						Personen met een bovenmodaal inkomen die Zvw-zorg gebruiken gaan meer betalen.
	Variant A: regeling Zvw, Wlz en Wmo	0	0	85	85	1.000	
	Variant B: regeling Zvw en Wmo	0	0	85	85	600	

70	Effect van vermogen op eigen betalingen Wmo en Wlz aanpassen					
	Varianten A1: aanpassing VIB Wlz en Wmo BW					
	Variant 0%	0	80	80	80	80
	Variant 4%	0	0	0	0	0
	Variant 8%	0	-60	-60	-60	-60
	Variant 10%	0	-85	-85	-85	-85
	Variant 12%	0	-110	-110	-110	-110
	Variant 14%	0	-130	-130	-130	-130
	Variant 15%	0	-140	-140	-140	-140
	Variant 100%	0	-390	-390	-390	-390
	Varianten A2: aanpassing VIB Wlz en Wmo BW en verhoogd heffingsvrij vermogen					
	Variant 0%	0	80	80	80	80
	Variant 4%	0	25	25	25	25
	Variant 8%	0	-10	-10	-10	-10
	Variant 10%	0	-25	-25	-25	-25
	Variant 12%	0	-40	-40	-40	-40
	Variant 14%	0	-50	-50	-50	-50
	Variant 15%	0	-55	-55	-55	-55
	Variant 100%	0	-160	-160	-160	-160
	Varianten B1: aanpassing VIB Wlz en Wmo					
	Variant 0%	0	80	85	85	-170
	Variant 4%	0	0	5	5	-250
	Variant 8%	0	-60	-55	-55	-310
	Variant 10%	0	-85	-80	-80	-340
	Variant 12%	0	-110	-100	-100	-370
	Variant 14%	0	-130	-120	-120	-390

	Variant 15%	0	-140	-130	-130	-400	
	Variant 100%	0	-390	-380	-380	-690	
	Varianten B2: aanpassing VIB Wlz en Wmo en verhoogd heffingsvrij vermogen						
	Variant 0%	0	80	85	85	-170	
	Variant 4%	0	25	30	30	-230	
	Variant 8%	0	-10	0	0	-270	
	Variant 10%	0	-25	-20	-20	-280	
	Variant 12%	0	-40	-35	-35	-300	
	Variant 14%	0	-50	-45	-45	-310	
	Variant 15%	0	-55	-50	-50	-320	
	Variant 100%	0	-160	-160	-160	-440	
71	Vermogen eigen woning in vermogensinkomensbijtelling Wlz en Wmo	0	0	-35	-70	-140	Huizenbezitters zonder maximale eigen bijdrage gaan meer betalen.
72	Afschaffen eigen bijdrage Wlz						Toename van wachtlijsten met mogelijk grote gevolgen voor mensen met zware zorgvraag die langer in thuissituatie blijven.
	Variant A1: afschaffen eigen bijdragen Wlz en Wmo beschermd wonen	0	0	4.800+PM	4.800+PM	4.700+PM	
	Variant A2: afschaffen eigen bijdragen Wlz en Wmo beschermd wonen, eigen bijdrage voor wonen en voeding	0	0	10	10	740	
	Variant B1: afschaffen eigen bijdragen Wlz voor mensen met een beperking	0	0	560	560	560	
	Variant B2: afschaffen eigen bijdragen Wlz voor mensen met een beperking, eigen bijdrage voor wonen en voeding	0	0	10	10	50	
73	Hoge eigen bijdrage eerste vier maanden intramurale zorg in Wlz en Wmo beschermd wonen	0	-90	-90	-90	-90	Mensen kunnen in de schulden raken als ze niet snel hun huis kunnen verkopen.
74	Afschaffen eigen bijdrage Wmo	0	0	380	380	370	Minder stapeling van kosten voor cliënten; mogelijk negatieve gezondheidseffect door langer wachten met aanvragen passende zorg.

75	Huishoudelijke hulp (en woning-aanpassingen) uit de Wmo						Vermindering toegankelijkheid woningaanpassingen.
	Variant A: huishoudelijke hulp uit de Wmo	0	0	-500	-500	-500	
	Varianten B en C: huishoudelijke hulp en woningaanpassingen uit de Wmo	0	0	-470	-470	-460	
76	Korten op huishoudelijke hulp in de Wmo						Deze maatregel werkt denivellerend.
	Variant A: verhogen eigen bijdrage huishoudelijke hulp door het verhogen van het abonnementstarief voor huishoudelijke hulp in de Wmo	0	0	-80	-80	-80	
77	Nominale premie Zvw verlagen						Mogelijke inkomensherverdeling en een afname van wanbetaling.
	Variant C: premieverlaging naar € 500 (+ afschaf zorgtoeslag)	0	0	20	-50	-60	
	Variant D: premieverlaging naar € 0 (+ afschaf zorgtoeslag)	0	0	20	PM-10	PM-20	
	Maatregel	Budgettair effect					Kwalitatief effect
		Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.	
GENEES- & HULPMIDDELEN							
78	Aanbesteden productie van commercieel niet-interessante geneesmiddelen	0	0	+PM	+PM	+PM	Betere kwaliteit van zorg.
79	Aanbesteding van ontwikkeling en productie van commercieel niet-interessante geneesmiddelen	0	0	+PM	+PM	+PM	Mogelijk hogere kwaliteit van zorg.
80	Open sourcing van geneesmiddelenonderzoek	0	0	-PM	-PM	-PM	Mogelijk minder geneesmiddelen beschikbaar.
81	Investeren in innovatieve modellen voor geneesmiddelenontwikkeling	0	50	150	250-PM	500-PM	Mogelijk hogere kwaliteit van zorg.
82	Instellen onafhankelijk nationaal geneesmiddelenonderzoek(sfonds)	0	PM	PM	PM	PM	Mogelijk hogere kwaliteit van zorg.
83	Fonds ter financiering van onderzoek van (dure) medicijnen in de praktijk	0	PM	PM	PM	PM	Effectievere inzet van geneesmiddelen.
84	Royalty Fund essentiële medicijnen	0	25-PM	50-PM	50-PM	0	

85	Octrooien – Dwanglicenties	PM	PM	PM	PM	PM	Mogelijk verminderd vestigingsklimaat; verminderde innovatie en handelssancties.
86	Afschaffen financiële arrangementen dure geneesmiddelen	0	170	340	500	500	Snellere toegang tot geneesmiddelen.
87	Uitkomsten geneesmiddelenonderhandelingen overheid openbaar	0	100	200	300	300	Transparantie over de uitkomsten van prijsonderhandelingen door de overheid.
88	Afschaffen speciale procedure beoordeling weesgeneesmiddelen	0	0	-PM	-PM	-PM	Geen toegang Nederlandse patiënten tot bepaalde dure weesgeneesmiddelen.
89	Toelaten geneesmiddelen in lijn met Duits model	0	170	340+PM	630+PM	630+PM	Snellere toegang tot geneesmiddelen.
90	Invoeren maximum introductieprijs voor nieuwe geneesmiddelen	0	0	PM	PM	PM	Patiënten hebben later en mogelijk minder toegang tot geneesmiddelen.
91	Instellen prijswaakhond dure geneesmiddelen	0	0	-PM+5	-PM+5	-PM+5	
92	Aanpassen Wet geneesmiddelenprijzen	0	0	-50	-50	-50	Beschikbaarheid geneesmiddelen wordt mogelijk vertraagd en verminderd.
93	Pay for performance	0	PM	PM	PM	PM	Administratieve lasten nemen toe; kans op overbehandeling.
94	Centrale inkoop genees- en hulpmiddelen door de rijksoverheid						Latere toegang tot geneesmiddelen.
	Variant A: alle genees- en hulpmiddelen	0	0	PM	PM	PM	
	Variant B: dure genees- en hulpmiddelen	0	-15	-30-PM	-40-PM	-110-PM	
95	Verplichte centrale inkoop genees- en hulpmiddelen door ziekenhuizen	0	0	0	0	PM	
96	Declaratie dure geneesmiddelen ziekenhuizen	0	0	PM	PM	PM	Margeverslechtering ziekenhuizen.
97	Afschaffen Geneesmiddelen-vergoedingssysteem	0	0	160+PM	160+PM	160+PM	
98	Invoeren inschrijftarief apothekers	0	80	180	PM+100	PM+100	Integrale begeleiding bij medicatiegebruik kan therapietrouw en medicatieveiligheid verhogen.
99	Transparantieregister zorg	0	0	PM	PM	PM	Meer mogelijkheden om misstanden in de farmaceutische sector op te sporen.
100	Intensivering uitkomstgerichte zorg	40	65	-PM+80	-PM+100	-PM+110	Verbetering kwaliteit en doelmatigheid van zorg.

Maatregel		Budgettair effect					Kwalitatief effect
		Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.	
PAKKET & VERZEKERAARS							
101	Afschaffen verbod premiedifferentiatie Zvw	0	0	0	0	PM	Gezonder leefstijl wordt gestimuleerd; verzekeraars kunnen aan risicoselectie doen; solidariteit tussen gezond en ziek neemt af.
102	Opnemen medisch noodzakelijke zorg uit aanvullende verzekeringen in het basispakket	0	2.800	2.800	2.800	2.800	De toegankelijkheid en solidariteit voor medisch noodzakelijke zorg wordt vergroot.
103	Afschaffen collectiviteitskorting basisverzekering	0	PM	PM	PM	PM	Draagt bij aan een transparanter polisaanbod.
104	De restitutiepolis wordt afgeschaft	0	PM	PM	PM	PM	Een overzichtelijker polisaanbod.
105	Verlagen vergoeding ongecontracteerde zorg						Het wordt lastiger om zorgfraude te plegen; innovatie wordt mogelijk belemmerd.
	Variant A: maximeren verplichte vergoeding niet-gecontracteerde zorg op 60%	0	0	-100	-100	-100	
	Variant B: afschaffen verplichting tot vergoeding niet-gecontracteerde zorg	0	0	-300	-300	-300	
106	Contractering door de preferente zorgverzekeraar	100	100	510	100	PM	Betere samenwerking en sturing op gewenste ontwikkelingen (bv. integrale zorg).
107	Standaardisatie inkoop- en verantwoordingseisen Zvw	25	25	-350	-350	-350	Minder administratieve lasten zorgverleners.
108	Versterking toetsing (kosten)effectiviteit basispakket						
	Variant A1: aangescherpte toetsing	0	0	-PM	-PM	-PM	
	Variant A2: bewezen effectieve zorg in kwal. standaarden	0	0	-PM	-PM	-PM	
	Variant B1: introductie QALY-norm in het basispakket	0	0	-PM	-PM	-PM	
	Variant B2: toetsing op kosteneffectiviteit	0	0	-PM	-PM	-PM	
	Variant B3: kosteneffectiviteit in kwaliteitsstandaarden	0	0	-PM	-PM	-PM	

	Variant C: verkleining pakket op basis van ziektelast 0,05	0	0	-PM	-PM	-PM	
	Flankerend beleid bij varianten A1, A2, B1, B2, C	120	120	120	120	120	
	Flankerend beleid bij variant B3	150	150	150	150	150	
109	Gepast gebruik en zinnige zorg	120	120	120	120	120+PM	Mogelijk meer gepast gebruik; dit komt de kwaliteit van zorg ten goede.
110	Beschikbare tijd per huisartsenconsult vergroten	PM	15+PM	30+PM	45+PM	600+PM	Mogelijke herschikking van het takenpakket van de huisarts.
111	Verplichten gebruik effectieve e-health-oplossingen	PM+10	PM+10	PM+10	PM+10	PM+10	De maatregel bevordert in potentie het effect van behandelingen en daarmee de kwaliteit van zorg voor bepaalde doelgroepen.
112	Basispakket uitbreiden met tandheelkundige zorg						Betere gezondheidsuitkomsten.
	Variant A: alleen periodieke controle	0	250	250	250	250	
	Variant B: alle volwassenen tandheelkunde in basispakket	0	1.500	1.500	1.500	1.500	
	Variant C: alleen voor ouderen	0	460	460	460	460	
113	Uitbreiden basispakket met paramedische zorg	0	1.100-PM	1.100-PM	1.100-PM	1.100-PM	Mogelijk toename kwaliteit van leven; mogelijk kunnen mensen langer thuis blijven wonen; mogelijk meer participatie; mogelijk afname werkdruk huisarts.
114	Aantal behandelingen 'zonder medische noodzaak' in pakket	PM	25+PM	25+PM	25+PM	25+PM	Anticonceptiepil (21+) in het pakket draagt bij aan family-planning/tegengaan van ongewenste zwangerschap. Opname andere maatregelen maakt medische hulp bij gezinsvorming voor vrouwen met vruchtbaarheidsproblemen, vrouwen zonder (mannelijke) partner en twee homoseksuele wensvaders financieel toegankelijker.
115	Anticonceptie in basispakket						De (financiele) toegankelijkheid van anticonceptiemiddelen neemt toe.
	Variant A: anticonceptie vergoed	60	60	60	60	60	

116	Beperken recht op kraamzorg						Indien vrouwen kraamzorg gaan mijden, kan dit negatieve gevolgen hebben voor de gezondheid van moeder en kind; risico dat vrouwen na bevalling langer in ziekenhuis verblijven.
	Variant A: beperken recht op kraamzorg en inkomensafhankelijke eigen bijdrage	0	0	-250	-250	-250	
	Variant B: kraamzorg volledig uit basispakket	0	0	-350	-350	-350	
117	Langdurige wijkverpleging vervalt als aanspraak in het basispakket Zvw	0	0	-460	-950	-1.900	Mogelijk gaan cliënten minder zorg gebruiken met negatief effect op de gezondheid; de kosten voor cliënten kunnen oplopen als zij zich niet aanvullend (kunnen) verzekeren.
	Maatregel	Budgettair effect					Kwalitatief effect
		Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.	
PREVENTIE							
118	Voorlichting risicogedrag bij pubers in het voortgezet onderwijs	0	0	50-PM	50-PM	50-PM	Ruim 900.000 jongeren krijgen meer inzicht in betere gezondheidsvaardigheden.
119	Zorgteams op alle scholen	0	0	50+PM	50+PM	50+PM	Vroegsignalering en preventie op alle scholen.
120	Meer contactmomenten met consultatiebureau en/of schoolarts om gezonde voeding te stimuleren	0	50-PM	50-PM	50-PM	50-PM	Meer aandacht voor gezonde voeding en het voorkomen van overgewicht van 0 tot 18 jarigen.
121	Warme, gezonde lunch voor kinderen op voor- en basisschool	0	0	0	0	PM	Alle basisschoolleerlingen krijgen een warme, gezonde lunch.
122	Gratis groente en fruit op de basisschool	40+PM	40+PM	45+PM	45+PM	45+PM	Gezonder eetpatroon bij kinderen.
123	Sportstimulering via gemeenten	-PM+50	-PM+50	-PM+50	-PM+50	-PM+50	Meer gezonde levensjaren en kwaliteit van leven.
124	Leefstijlinterventies gericht op mensen met overgewicht en/of diabetes type 2	0	0	0	-PM+20	-PM+20	Gezondheidswinst.
125	Duurzame inzetbaarheid van werknemers verder stimuleren	0	50	50	50	50-PM	Minder verzuim; meer arbeidsparticipatie; gezondheidswinst.
126	Persoonlijke Gezondheidscheck	0	5	20+PM	20+PM	20+PM	Mogelijk een positief effect op de gezondheid en kwaliteit van leven van volwassenen.
127	Preventie van hart- en vaatziekten met de polypil	0	0	140-PM	140-PM	140-PM	Afname van hart- en vaatziekten; risico op bijwerkingen.
128	Valpreventie bij 65-plussers	0	35	-10	-30	-75	Gezondheidswinst, oplopend tot structureel 12.900 minder DALY's in jaar 10; kleiner beroep op mantelzorg; verminderde druk op SEH's en verpleeghuizen.

129	Nationaal preventiefonds						Meer gezonde levensjaren.
	Variant 1: 1% van geraamde Zvw-premies	0	0	470-PM	470-PM	470-PM	
	Variant 2: 10% van geraamde tabaksaccijns	0	0	300-PM	300-PM	300-PM	
130	Totaalverbod alcoholreclame	0	0	-80	-85	-80	Minder alcoholverslaving en verbetering kwaliteit van leven voor gebruikers en naasten.
131	Voorkomen en vroegtijdige signalering van huidkanker						Ruim 10.000 mensen overlijden niet langer aan huidkanker; aantal gezonde levensjaren neemt toe.
	Totaal effect varianten 1+2+3A	0	5	5	5	-75	
	Totaal effect varianten 1+2+3B	0	5	5	5	-80	
	Maatregel	Budgettair effect					Kwalitatief effect
		Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.	
STELSEL & TRANSITIES							
132	Zorgkantoren afschaffen en zorgverzekeraars als inkopers van Wlz-zorg	380	380	380	380	PM	Prikkels om zorg voor ouderen, gehandicapten en langdurige ggz-cliënten beter af te stemmen; er kan risicoselectie optreden.
133	(Deel) Ouderenzorg van Wlz naar Wmo, Zvw of speciale ouderenwet						
	Variant A: ouderenzorg naar Wmo	310	420	530	630	760+PM	De kwaliteit van zorg kan per gemeente verschillen.
	Variant B1: ouderenzorg naar Zvw	260	260	90	90	-170+PM	Verzekeraars krijgen de prikkel om ouderen langer zelfstandig te laten functioneren.
	Variant B2: extramurale ouderenzorg naar Zvw	10	10	10	10	PM	Verzekeraars krijgen de prikkel om de zorg voor ouderen goed op elkaar af te stemmen; dit kan de kwaliteit ten goede komen.
	Variant C: verpleeghuiszorg en wijkverpleging naar Wmo	380	500	600	700	760+PM	Gemeenten krijgen de prikkel om ouderen zo veel en lang mogelijk zelfstandig te laten functioneren, al dan niet met hulp van hun netwerk.
	Variant D: verpleeghuiszorg, wijkverpleging en Wmo naar nieuwe ouderenwet	140	140	-170	-170	-170+PM	Zorgkantoren zijn nauwelijks risicodragend en krijgen weinig prikkel om zwaardere zorg te voorkomen.
134	Integrale domeinoverstijgende zorg voor kwetsbare ouderen thuis	110	110	180	180	180	Meer integrale zorg; naar verwachting minder van acute, duurdere zorg.

135	De wijkverpleging naar de Wet langdurige zorg	65	70	-610	-610	-610	
136	Centralisering Wmo 2015	380	670	970	1.300	1.500	Eenduidige aanspraken op zorg en ondersteuning; minder ruimte voor maatwerk dicht bij de burger.
137	Eén wettelijk kader met instellings-budgettering voor de ggz	120	120	120	PM+50	PM-55	Onduidelijk effect op kwaliteit van zorg door verplaatsen van schotten; nivellerend effect.
138	Jeugd-ggz centraliseren naar Zvw	15	15	190+PM	190+PM	190+PM	Het schot tussen jeugd- en volwassenen-ggz verdwijnt; er ontstaat een nieuw schot tussen jeugd-ggz en jeugdhulp.
139	Expertisecentra specialistische jeugdhulp						Integrale gezinshulp wordt bemoeilijkt. De inkoopmacht van verzekeraars kan de doelmatigheid in variant A versterken. In variant B bestaat een risico op wachtlijsten bij te krappe budgettering.
	Variant A: overhevelen jeugd-ggz naar Zvw	0	0	0	0	0	
	Variant B: overhevelen jeugd-ggz naar nieuwe wet	0	0	PM	PM	PM	
140	Publiek stelsel met Centrale Aansturing en Regionale Uitvoerders (NHS)	750	750	750+PM	750	PM	Betere samenwerking en maatwerk; meer overheidssturing mogelijk; geen financiële drempel voor zorggebruik.
141	Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders	750	750	750+PM	750	PM	Verdwijning financieringsschotten maakt substitutie mogelijk en maatwerk door betere samenwerking; meer sturing mogelijk op gezondheidsuitkomsten; wegvallen van concurrentie kan leiden tot minder doelmatige zorg en minder kwaliteit en innovatie.
142	Publiek stelsel met landelijk opererende ziekenfondsen ('Krankenkassen' en/of 'Deens model')	25	25	2.300+PM	25	PM	Mogelijk meer ruimte voor overheidssturing en regulering; premies worden sterk inkomensafhankelijk.
143	Publiek stelsel met regionaal opererende ziekenfondsen ('zorgkantoren')	750	750	3.100+PM	750	PM	Stimulering van regionale samenwerking; geen concurrentie zorgkantoren; minder prikkels tot kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing.

144	Invoeren populatiebekostiging						Mogelijk meer prikkels tot samenwerking tussen zorgaanbieders, prikkels tot gepast gebruik, en prikkels voor preventie; kans op onderbehandeling en wachtlijsten; zorgaanbieders lopen meer risico; minder transparantie van uitgaven, wat verantwoording lastiger kan maken.
	Variant A: Wlz, Zvw en Wmo	1.200	1.200	3.500+PM	1.200	PM	
	Variant B: Zvw en Wmo	820	820	3.100+PM	820	PM	
	Variant C: Zvw	750	750	750	750	PM	
	Variant D: wijkverpleging	65	65	65	65	PM	
	Variant E: chronische zorg	160	160	160	160	PM	
	Variant F1: Wlz	380	380	380	380	PM	
	Variant F2: ouderenzorg	200	200	200	200	PM	
	Variant G: sociaal domein en eerstelijnszorg	260	260	260	260	PM	
145	Populatiebekostiging invoeren op wijkniveau voor huisartsen, apothekers en anderhalve lijn zorg	170	170	170	170	PM	Mogelijk meer prikkels tot samenwerking tussen zorgaanbieders, prikkels tot gepast gebruik, prikkels voor meer preventie; kans op onderbehandeling en wachtlijsten; zorgaanbieders gaan meer risico lopen; minder transparantie van uitgaven, wat verantwoording lastiger kan maken.
146	Winst intramurale zorg	160	160	160+PM	160+PM	PM	Meer investeringen in innovatie bij nieuwe en bestaande partijen; meer aandacht voor patiënten ervaringen; positieve effecten door intrinsieke motivatie door eigendom; risico op verslechtering van zorginhoudelijke kwaliteit als deze niet inzichtelijk is. Risico op verslechtering van zorginhoudelijke kwaliteit als deze niet inzichtelijk is.
147	Verruimde bekostiging palliatieve zorg						Verbetering palliatieve zorg door opheffen van financiële belemmeringen; betere netwerkzorg in de regio en betere toegankelijkheid van hospices.
	Variant A: investering	50-PM	50-PM	50-PM	50-PM	50-PM	
	Variant B: subsidieregeling	50-PM	50-PM	50-PM	50-PM	0	

5 Aanbevelingen

Het CPB en de Ministeries van VWS en Financiën hebben met Zorgkeuzes in Kaart (ZiK) beleidsopties geanalyseerd voor een volgend regeerakkoord. De Technische Werkgroep beoogt met deze rapportage de politieke besluitvorming over de zorg te ondersteunen. Bij invoering van deze maatregelen in een latere fase dienen de berekeningen te worden geactualiseerd op basis van de meest recente inzichten en data en de specifieke uitwerking van de voornemens.

Het is voor een aantal beleidsopties nog niet mogelijk gebleken budgettaire effecten te berekenen. Dit is vooral het gevolg van beperkte informatie. Dit komt deels doordat landelijke zorgdata in Nederland over veel beheerders is verdeeld[1]; dat compliceert de analyse van de impact van (potentieel) beleid. Door zorginformatie beter te verzamelen, ontsluiten, combineren en benutten, kunnen zorgverleners, zorginkopers en beleidsmakers met patiënten- en cliëntenorganisaties samenwerken aan een doelmatiger inrichting van het zorglandschap. Eerste stap kan zijn om het informatielandschap in de zorg in kaart te brengen en op basis hiervan de transparantie te vergroten.

Naast deze oproep tot informatiedeling en verzameling in het algemeen, is er ook een aantal beleidsthema's waarbij wij van belang achten dat verdiepend beleidsonderzoek voortvarend wordt opgepakt om in het vervolg tot een betere beoordeling van mogelijke voorstellen te komen. Hierbij denken wij aan de volgende thema's:

- Wat zijn de belangrijkste verwachte gedragseffecten – voor patiënten, zorgverleners en zorginkopers – bij structurele aanpassingen aan het zorgstelsel, zoals de overgang naar een publiek stelsel, de verplaatsing van ouderenzorg naar de Wmo, het veranderen van de Wlz naar een voorziening of het verplichten van loondienst?

- Welke vormen van populatiebekostiging kunnen worden onderscheiden, welke maatregelen moet de overheid nemen om populatiebekostiging te realiseren, en wat zijn de verwachte effecten bij invoering hiervan?

- Wat zijn de mogelijkheden om via integrale overheidsinterventies een gezonde leefstijl te bevorderen en daarmee preventie van ziekte en gezondheidsproblemen? Welke (financiële) prikkels kunnen worden ingezet en/of versterkt en wat zijn de verwachte financiële en maatschappelijke opbrengsten?

1 Van alle OESO-landen zijn zorgdata in Nederland over het grootste aantal beheerders verdeeld, zie: OECD (2015), Health Data Governance: Privacy, Monitoring and Research, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. (link)

– Welke mogelijkheden zijn er (ten opzichte van het huidige beleid) om door middel van beheer van het basispakket de beheersbaarheid van zorguitgaven te vergroten, welke maatregelen moet de overheid nemen om tot effectief pakketbeheer te komen, en wat zijn de verwachte effecten hiervan?

– Welke mogelijkheden zijn er om domeinoverstijgende samenwerking, benutting van E-health en digitaal ondersteunde zorg, en verplaatsing van zorg dichterbij mensen thuis als het kan en verder weg als het moet, te vergroten en zijn de verwachte effecten hiervan?[2]

2 Zie voor meer voorbeelden de kennisagenda Juiste Zorg Op de Juiste Plek (2020).

6 Bijlagen

6.1 Fiches

6.1.1 CARE & SOCIAAL DOMEIN

Nr	Naam
1	Afschaffen particuliere keurmerken in de zorg
2	Instellen taskforce kwaliteitsimpuls gehandicaptenzorg
3	Beschikbaar stellen standaard softwarepakket in de thuiszorg
4	Terugdringen ondervoeding en uitdroging intramurale ouderenzorg
5	Realiseren extra plekken in verpleeghuizen
6	Bezettingsnorm nachtdienst verpleeghuizen omhoog
7	Stimuleren van wooncombinaties van jongeren en ouderen
8	Bevorderen kleinschalige zorg in de Wet langdurige zorg
9	Toets op potentiële zelfredzaamheid en vitaliteit bij Wmo-toegang
10	Intensivering bemoeizorg gemeenten
11	Maximumwachttermijn voor jongeren met complexe problematiek
12	Kostendekkende tarieven voor de jeugdzorg
13	Intensivering gemeentelijk domein
14	Oormerken Sociaal Domein
15	Knelpuntenfonds decentralisaties plus uniformeren indicatie en inkoop
16	Wegnemen van financiële prikkel voor gemeenten op doorstroom naar Wlz (en Zvw)
17	Financiële prikkels voor de inzet van informele zorgverleners
18	Verplichten meerjarige contracten en budgetafspraken in de Wet langdurige zorg
19	Geen toegang tot de Wet langdurige zorg voor lichtere zorgzwaartes
20	Herintroductie zorgzwaartepakketten VV2 en VV3 als toegang tot Intramurale Ouderenzorg
21	Zorgaanbieders indiceren zelf in de Wet langdurige zorg
22	Pgb alleen in eigen beheer
23	Pgb-Wmo afschaffen
24	Meer persoonsvolgende bekostiging in de Wet langdurige zorg
25	Wlz-instellingen worden pgb-instellingen
26	Introductie vouchers en mantelzorgvergoeding in de Wlz
27	Invoeren vouchers voor individuele inkoop van langdurige ouderenzorg
28	Scheiden van wonen en zorg in Wlz
29	De Wet langdurige zorg wordt een voorziening
30	Introduceren objectief verdeelmodel voor de Wet langdurige zorg (deel GHZ)

1 Afschaffen particuliere keurmerken in de zorg

Het Rijk sluit een zorgbreed bestuurlijk akkoord, waarin met de sector wordt afgesproken dat particuliere keurmerken in zowel de cure als de care niet meer worden gehanteerd.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**-45+PM**	**-45+PM**	**-45+PM**	**-45+PM**
w.v. besparing van kosten om keurmerken te verkrijgen	0	-45	-45	-45	-45
w.v. doelmatigheidsverlies door minder beschikbare kwaliteitsinformatie	0	+PM	+PM	+PM	+PM
w.v. besparing op tijd door minder administratie lasten	0	-PM	-PM	-PM	-PM
Kwalitatief effect					
Voor de burger en zorginkoper (verzekeraar) komt er minder informatie beschikbaar over de kwaliteit van zorgaanbieders.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Zorgaanbieders zijn als private ondernemers vrij om gebruik te maken van particuliere keurmerken. Zij maken daartoe zelf de afweging. Op dit moment zijn verschillende instellingen kritisch aan het kijken welke keurmerken zij willen handhaven en welke geen of beperkte meerwaarde hebben. Ook VWS voert beleid om administratieve lasten te verminderen en daar hoort ook het afschaffen van keurmerken bij. Sommige instellingen gebruiken verschillende keurmerken al niet meer. Andere instellingen zien het gebruik van keurmerken als een service richting de burger om zichtbaar te maken dat zij aan bepaalde kwaliteitsnormen voldoen.

Het meest recente overzicht van particuliere keurmerken betreft een inventarisatie van Nictiz die samen met het Zorginstituut in 2014 is opgesteld.[1] Uit deze inventarisatie blijkt dat er 74 keurmerken zijn. Deze gaan onder meer over de kwaliteit van de zorg, de instelling, de websites, de ICT en medische hulpmiddelen.

De inventarisatie laat ook zien hoeveel instellingen een keurmerk kregen en hoeveel kosten daaraan zijn verbonden. Drie keurmerken zijn aan meer dan duizend zorginstellingen verleend. Veertien keurmerken zijn aan honderd tot duizend instellingen verleend.

1 https://www.nictiz.nl/boeken/keurmerken-certificaten-en-kwaliteitsverklaringen-in-de-zorg/

De overige keurmerken zijn aan minder dan honderd instellingen verleend. 27 van de 74 keurmerken kosten niets om te verkrijgen of hebben niet direct te maken met de zorg. Bij de overige keurmerken lopen de kosten uiteen van enkele honderden euro's tot meer dan € 10.000.

Om particuliere keurmerken af te schaffen moet de rijksoverheid met de sector een bestuurlijke afspraak maken. Daarvoor is een jaar nodig. Een bestuurlijke afspraak heeft geen dwingend karakter.

Budgettaire effecten

Op basis van de inventarisatie van Nictiz is een schatting gemaakt van de kosten die instellingen maken om de keurmerken te verkrijgen. Het gaat om € 45 mln. (na indexatie tot niveau 2021). Dit bedrag houden de instellingen die particuliere keurmerken gebruiken, over als deze keurmerken worden afgeschaft. In een zorgbreed bestuurlijk akkoord kan afgesproken worden hoe dit vrijgevallen bedrag ingezet kan worden voor extra zorg.

Het is niet bekend hoeveel tijdwinst het afschaffen van de particuliere keurmerken voor zorgmedewerkers oplevert door minder administratieve lasten, zoals het niet meer hoeven invullen van afvinklijstjes (-PM).

Zonder keurmerken kunnen zorgaanbieders minder goed vergeleken worden. Dit kan leiden tot minder doelmatigheid en daardoor hogere kosten. Het bedrag dat hiermee gemoeid is, is echter onbekend (+PM).

Overige effecten

Als particuliere keurmerken worden afgeschaft, komt er minder informatie beschikbaar voor zorgvragers en zorginkopers over de kwaliteit van zorgaanbieders.

← **Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

2 Instellen taskforce kwaliteitsimpuls gehandicaptenzorg

Er komt een taskforce Kwaliteitsimpuls gehandicaptenzorg die succesvol uitgevoerde kwaliteitsimpulsen landelijk uitrolt. Succesvol waren bijvoorbeeld het programma InVoorZorg!, het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI) en het programma Waardigheid en Trots. Daarmee wordt de kwaliteit van zorg verbeterd en doelmatigheidswinst geboekt. Bij de taskforce horen ook tariefafspraken. Beide moeten geregeld worden in een bestuurlijk akkoord met veldpartijen.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**10**	**20**	**-PM+20**	**-PM+20**	**-PM+20**
w.v. kosten taskforce	10	20	20	20	20
w.v. doelmatigheidswinst	0	0	-PM	-PM	-PM
Kwalitatief effect					
Hogere kwaliteit van zorg.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De taskforce Kwaliteitsimpuls Gehandicaptenzorg kan door het kabinet ingesteld worden. Daar is geen wetswijziging voor nodig, maar wel concrete afspraken met veldpartijen over inhoud en uitvoering. De taskforce stimuleert zorgaanbieders extra in te zetten op een goede kwaliteit van zorg. Het kost een half jaar voorbereidingstijd om de taskforce te starten.

Het is mogelijk (maar niet zeker) dat daardoor ook de doelmatigheid in de gehandicaptenzorg verbetert. Om de financiële opbrengsten daarvan ten goede te laten komen aan de maatschappij, dienen ook tariefafspraken gemaakt te worden. Zowel de taskforce als de tariefafspraken moeten geregeld worden in een bestuurlijk akkoord met betrokken partijen.

De maatregel heeft alleen betrekking op de (intramurale) gehandicaptenzorg en dus niet op de intramurale ouderenzorg. Die laatste heeft met Waardigheid en Trots op locatie al een forse kwaliteitsimpuls gekregen en heeft daar al doelmatigheidswinst geboekt.

Om aanbieders te ondersteunen bij een dergelijke kwaliteitsimpuls moet er een intensief traject worden ingericht dat vergelijkbaar is met Waardigheid en Trots op locatie in de

verpleeghuiszorg. Dit vraagt om draagvlak bij aanbieders, waarbij een drietal inzichten belangrijk zijn:

– De gehandicaptenzorg is zeer divers in populatie, problematiek, wijze van huisvesting, duur van zorg en ondersteuning (levenslang).
– Er zijn minder aanbieders dan in de verpleeghuiszorg, maar veel meer locaties (meer dan 6.000).
– De gehandicaptenzorg kent ook een kwaliteitskader, maar anders dan in de verpleeghuissector beschrijft dit processen om tot goede zorg te komen en minder geeft het kader harde normen waaraan men moet voldoen.

Budgettaire effecten

Het budgettaire effect bestaat uit de kosten van de taskforce en de eventueel te realiseren doelmatigheidswinst. Voor de kosten van de taskforce wordt uitgegaan van de kosten van het eerder genoemde programma Waardigheid en Trots op locatie voor de verpleeghuiszorg. De kwaliteitsimpuls wordt structureel toegepast met een budget van € 20 mln. per jaar, met een oploop in het eerste jaar.

De mate waarin het opzetten van een taskforce leidt tot doelmatigheidswinst is niet te kwantificeren. Hiervoor moeten de kwaliteitsstandaarden waaraan instellingen moeten voldoen, eerst concreter gemaakt worden. Op basis daarvan kunnen we doelmatigheidsverschillen tussen instellingen voor die eisen kwantificeren. Om hierin stappen te kunnen zetten, is het noodzakelijk om de kwaliteitsnormen in het Kwaliteitskader van de sector – in overleg met het veld – nader te concretiseren en meetbaar te maken. De maatregel kan wel een aanzuigend effect hebben vanwege betere kwaliteit.

Overige effecten

Verhoging van de kwaliteit van zorg.

← Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN
← Terug naar overzicht resultaten

3 Beschikbaar stellen standaard softwarepakket thuiszorg

De rijksoverheid stelt een bestaand automatiseringspakket gratis beschikbaar aan thuiszorgaanbieders. Daarmee wordt een impuls gegeven aan standaardisering in de informatie-uitwisseling met gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**30+PM**	**30+PM**	**30+PM**	**30+PM**
w.v. licentie- en abonnementskosten	0	30	30	30	30
w.v. uitvoeringskosten	0	PM	PM	PM	PM
Kwalitatief effect					
Meer doelmatige uitvoering; minder innovatie; mogelijk op termijn betere informatievoorziening rijksoverheid.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Er zijn meerdere softwarepakketten voor de zorg op de markt. Gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars stellen geen uniforme eisen. In het huidige beleid heeft de overheid geen bemoeienis met de manier waarop verantwoordingsinformatie wordt overgedragen tussen partijen.

Met deze maatregel verandert dit. De overheid stelt een standaardsoftwarepakket beschikbaar dat geschikt is voor het werken met laptop, tablet en smartphone. Bovendien zorgt de overheid ervoor dat de verantwoordingseisen die gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars aan thuiszorg-aanbieders opleggen, verenigbaar zijn met dit softwarepakket. Waar nodig sluit de overheid hierover met deze partijen een bestuurlijk akkoord.

De maatregel is juridisch uitvoerbaar, mits men zich houdt aan de Europese aanbestedingsregels. Gezien het bedrag (> € 250.000) kan de overheid zelf geen pakket kopen. Zij dient altijd een Europese aanbesteding te organiseren, waarin een partij gedurende x jaar het pakket aan gemeenten en zorgaanbieders ter beschikking stelt.

De maatregel beperkt de markt van thuiszorgsoftwareproducten. Tevens spelen hierbij aspecten van intellectueel eigendom en softwarelicenties een rol. Het is niet zonder meer geoorloofd software ter beschikking te stellen aan derden, hiermee worden de auteursrechten geschonden. Ook wordt bij software vaak met licenties gewerkt. Bij de uitvoering dient met deze aspecten rekening gehouden te worden.

Budgettaire effecten

De maatregel is zo geïnterpreteerd dat de overheid de software koopt en ter beschikking stelt. De hardware (tablets, telefoons, laptops) blijft voor rekening van aanbieders. Het gebruik hiervan is bovendien staande praktijk. De kosten voor de rijksoverheid zijn de (jaarlijkse) afkoop van de licentie- en abonnementskosten en bedragen € 30 mln. Vanwege schaalvoordelen daalt de prijs van de software.

Er zijn structurele uitvoeringskosten in de vorm van beheers- en onderhoudskosten, zodat de thuiszorgsoftware kan blijven communiceren met systemen van (andere) zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten. Een concrete inschatting hiervan is niet te maken.

Overige effecten

Thuiszorginstellingen zullen overstappen op het gratis pakket als dat goed werkt en vanwege de zekerheid dat een door de overheid geselecteerd registratiepakket biedt. De overheid dient erop toe te zien dat de software voldoet aan eisen omtrent veiligheid en gegevensuitwisseling.

Bij periodieke aanbesteding krijgt één aanbieder tijdelijk het alleenrecht. Gegeven de impact die een wisseling van softwarepakket voor alle gebruikers kan hebben, zal de overheid terughoudend zijn om van softwareleverancier te wisselen. Dit kan ertoe leiden dat andere leveranciers zich terugtrekken.

Zorgpartijen zullen hun bedrijfsvoering waarschijnlijk geheel afstemmen op het gratis te gebruiken registratiesysteem en willen dit dan graag blijven gebruiken. Het gekozen systeem bepaalt zo in hoge mate de werkwijze van thuiszorgorganisaties en de toekomstige ontwikkeling van de registratie. Grotere vernieuwingen zullen daardoor minder makkelijk doorbreken.

Standaardisatie kan leiden tot meer efficiency in de registratieketen. De vermindering van de administratieve lasten kan bij zorgaanbieders tot besparing op personeelskosten en/of tot kwaliteitsverbetering leiden. Ook gemeenten en verzekeraars kunnen baat hebben bij de gestandaardiseerde informatie die zij van de thuisorganisaties binnen hun verzorgingsgebied ontvangen. Dit kan opnieuw efficiencywinst opleveren. Dit zal naar verwachting eerder leiden tot een meer doelmatige uitvoering dan tot kostenbesparing.

Mogelijk biedt het softwarepakket de kans om ook de informatievoorziening aan de rijksoverheid te verbeteren. Er zijn dan afspraken nodig over welke informatie op welke manier door de overheid ontsloten kan worden. Deze kan dan op termijn beschikken over uitgebreide, gestandaardiseerde informatie over de geleverde thuiszorg in Nederland. Dit kan bijdragen aan het effectief vormgeven van toekomstig beleid.

← Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN
← Terug naar overzicht resultaten

4 Terugdringen ondervoeding en uitdroging intramurale ouderenzorg

Ondervoeding en uitdroging in de intramurale ouderenzorg worden teruggedrongen via een bonus voor instellingen die de prevalentie ervan onder de 4% krijgen.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**+PM**	**PM**	**PM**	**PM**
w.v. kosten van de bonus	0	0	+PM	+PM	+PM
w.v. extra activiteiten om ondervoeding en uitdroging te beperken (+administratieve lasten)	0	+PM	+PM	+PM	+PM
w.v. beperken zorguitgaven door lagere prevalentie ondervoeding en uitdroging	0	0	-PM	-PM	-PM
w.v. hoger gebruik Wlz door langere levensduur	0	0	+PM	+PM	+PM
Kwalitatief effect					
Meer kwaliteit van leven en langere levensduur voor bewoners van verpleeghuizen.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Deze maatregel is uitvoerbaar door zorgkantoren de ruimte te geven om een bonus te verstrekken aan zorgaanbieders die de prevalentie van ondervoeding en uitdroging weten terug te dringen. Wlz-uitvoerders kunnen dit regelen in hun zorginkoopkader. Hoewel de minister niet over dit zorginkoopkader gaat, kan bestuurlijk akkoord ervoor zorgen dat de maatregel erin opgenomen wordt.

De maatregel vereist dat er een betrouwbare meetmethodiek ontwikkeld wordt om de prevalentie van ondervoeding en uitdroging bij zorgaanbieders inzichtelijk te maken. Deze methodiek dient ook rekening te houden met de mate waarin zorgaanbieders invloed hebben op ondervoeding en uitdroging. Dit hangt onder andere af van de cliëntpopulatie die in hun instellingen verblijft. Het landelijk ontwikkelen en invoeren van deze methodiek kost circa twee jaar.

In de maatregel wordt uitgegaan van 4% als de grens voor het verkrijgen van de bonus. Gegeven de huidige gemiddelde prevalentie (15% in 2017) in verpleeghuizen is dat erg ambitieus. Er zullen immers altijd cliënten zijn die door het ziektestadium waarin ze verkeren (te) weinig voedsel en drinken tot zich (kunnen) nemen en daardoor ondervoed of

uitgedroogd zijn. Het is de vraag in hoeverre een instelling direct invloed heeft op de mate van ondervoeding en uitdroging. Daarom zou er bij de implementatie van de maatregel ook een andere grens gehanteerd kunnen worden, die mogelijk rekening houdt met verschillen in de populatie tussen verpleeghuizen.

Budgettaire effecten

Het budgettaire effect van de maatregel bestaat uit vier elementen met tegengestelde effecten op de uitgaven:

1. de kosten van de bonus (hogere uitgaven);
2. extra (zorg-)activiteiten om ondervoeding en uitdroging te beperken, inclusief een toename van de administratieve lasten (hogere uitgaven);
3. lagere zorguitgaven door minder ondervoeding en uitdroging (lagere uitgaven);
4. een langer leven en verblijf in een instelling van cliënten (hogere uitgaven).

Er bestaan niet of nauwelijks betrouwbare bronnen om deze effecten inzichtelijk te kunnen maken. Om die reden is het budgettair effect op PM gezet.

Wel is bekend dat de prevalentie van ondervoeding in verpleeghuizen in 2017 ten opzichte van 2015 is afgenomen van 19,4% naar 15,5%.[1] Gerelateerd aan het huidige aantal bewoners zou dit laatste cijfer betekenen dat circa 20.000 personen in verpleeghuizen ondervoed zijn. Daarnaast was er in 2015 sprake van een grote spreiding tussen verpleeghuizen.

De maatregel kan een aanzuigend effect hebben vanwege betere kwaliteit.

Uit recent buitenlands onderzoek komt naar voren dat er kosteneffectieve interventies bestaan om ondervoeding en uitdroging in verpleeghuizen terug te dringen. In dat onderzoek wordt echter geen rekening gehouden met de kosten als gevolg van langer leven en de bonus en administratieve lasten die met de maatregel gepaard gaan.[2]

Overige effecten

Als de maatregel succesvol is, dan verhoogt dat de kwaliteit van leven en leven bewoners van verpleeghuizen langer.

1 Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2015 en Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit 2017.
2 Cost-effectiveness of food, supplement and environmental interventions to address malnutrition in residential aged care: a systematic review, 2018

Overige opmerkingen

Deze maatregel interfereert met andere maatregelen die gaan over de doelgroep van de intramurale ouderenzorg: maatregel 19 (Geen toegang tot de Wet langdurige zorg voor lichtere zorgzwaartes) en 20 (Herintroductie zorgzwaartepakketten VV2 en VV3 als toegang tot Intramurale Ouderenzorg). Daarnaast interfereert deze maatregel met maatregelen die andere financiering van de Wlz voorstellen: maatregel 24 (Meer persoonsvolgende bekostiging in de Wet langdurige zorg) en 25 (Wlz-instellingen worden pgb-instellingen).

← Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN
← Terug naar overzicht resultaten

5 Realiseren extra plekken in verpleeghuizen

Er wordt extra capaciteit gecreëerd voor cliënten met een Wlz-indicatie en een opnamewens. Budget wordt vrijgemaakt voor het realiseren van 14.500 extra verpleeghuisplekken. Daarbij voeren zorgkantoren de regie. Er zijn regionale plannen nodig die voorzien in die extra plekken in bestaand of nieuw vastgoed. Een variant voor 5.000 plekken is ook uitgerekend.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant 14.500 extra plaatsen	**+PM**	**+PM**	**+PM**	**+PM**	**1.000 +PM**
w.v. netto-effect contracteerruimte Wlz	+PM	+PM	+PM	+PM	+1.400
w.v. kosten Zvw medische basiszorg	-PM	-PM	-PM	-PM	-210
w.v. netto-effect eigen bijdrage	-PM	-PM	-PM	-PM	-150
w.v. kosten van aanvullende maatregelen/ afspraken	+PM	+PM	+PM	+PM	+PM
Variant 5.000 extra plaatsen	**+PM**	**+PM**	**+PM**	**+PM**	**360 +PM**
w.v. netto-effect contracteerruimte Wlz	+PM	+PM	+PM	+PM	+480
w.v. kosten Zvw medische basiszorg	-PM	-PM	-PM	-PM	-70
w.v. netto-effect eigen bijdrage	-PM	-PM	-PM	-PM	-50
w.v. kosten van aanvullende maatregelen/ afspraken	+PM	+PM	+PM	+PM	+PM
Kwalitatief effect					
Verschuiving van extramurale naar intramurale Wlz-zorg. Daardoor beter passende zorg; ontlasting mantelzorg.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De maatregel is geïnterpreteerd als een aanvullende investering in de intramurale capaciteit waardoor ouderen met opnamewens die Wlz-zorg met een pgb en/of MPT afnemen, de zorg eerder in een intramurale setting kunnen ontvangen. Er is ook een variant uitgerekend voor 5.000 extra plekken, omdat de maatregel een aanzienlijke uitbreiding van de huidige intramurale capaciteit behelst (circa 12%), en een deel van de cliënten met opnamewens nog tevreden is met extramurale zorg.

De maatregel is technisch uitvoerbaar maar extra budget biedt geen harde garanties dat de capaciteit wordt gerealiseerd. Zorgkantoren kunnen uitbreidingsinvesteringen niet bij verpleeghuizen afdwingen. Regionale samenwerking is nodig voor het vinden van geschikte locaties en het oplossen van personeelstekorten. Mogelijk zijn aanvullende

afspraken met lokale partijen noodzakelijk om knelpunten op te lossen. Omdat de inhoud van deze afspraken op dit moment niet bekend is, kan de juridische haalbaarheid van de maatregel niet worden beoordeeld.

Budgettaire effecten

Deze paragraaf werkt de berekening voor de variant met 14.500 extra plaatsen uit. Budgettaire effecten voor de variant met 5.000 extra plaatsen zijn naar rato berekend.

Het netto-effect op de contracteerruimte Wlz (€ 1.400 mln.) bestaat uit het verschil tussen de kosten van verblijf (zzp-tarieven) en de kosten van MPT en pgb die cliënten tijdens het wachten ontvangen. Dat bedraagt € 1.080 mln. plus € 320 mln. om te kunnen voldoen aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

De gemiddelde kosten van een verpleeghuisplek (met behandeling) zijn aanzienlijk hoger dan de gemiddelde kosten van MPT of pgb. Circa 90% van de cliënten op de wachtlijst ontvangt overbruggingszorg. De kosten van Wlz-zorg wordt voor deze groep in totaal € 930 mln. hoger. Voor de 1.450 cliënten zonder overbruggingszorg gaat het om € 150 mln.

Daarnaast is rekening gehouden met inzet van kosten in verband met de invulling van het Kwaliteitskader. Het gaat dan om € 320 mln. Dit bedrag is gebaseerd op het bedrag (€ 2,1 mld.) dat hiervoor in 2017 structureel is vrijgemaakt per plaats VPT (volledig pakket thuis) of verblijf (130.000 personen).

De kosten voor medische basiszorg zullen dalen. Aangenomen is dat cliënten op de wachtlijst instromen op een verpleeghuisplek met behandeling. Dit leidt dit tot een verschuiving van kosten van de Zvw naar de Wlz. Verondersteld is dat bij de Zvw een besparing optreedt die gelijk is aan de norm voor behandeling in de zzp-tarieven (€ 210 mln.).

Het netto-effect op de eigen bijdrage bedraagt € 150 mln. Dit is het verschil tussen de totaal verschuldigde eigen bijdrage voor verblijf voor de 14.500 cliënten en de bijdrage voor MPT en pgb van de cliënten met overbruggingszorg. Voor de berekening is uitgegaan van de in 2018 door het CAK gefactureerde eigen bijdrage van Wlz-cliënten met AOW-leeftijd of ouder naar leveringsvorm. Deze bedragen per maand € 807,82 voor verblijf en € 70,26 voor mpt- en € 147,33 voor de pgb-houders. Alle bedragen in de tabel zijn opgehoogd naar prijsniveau 2021.

Mogelijk zijn kosten noodzakelijk voor het maken van aanvullende afspraken met lokale partijen om knelpunten op te lossen.

Het is onduidelijk in welk tempo de eerste jaren nieuwe intramurale capaciteit kan worden gerealiseerd. Dit is afhankelijk van onbenut bestaand vastgoed. De budgettaire effecten

in jaar 1 tot en met jaar 4 zijn daarom op PM gezet. De structurele budgettaire effecten zijn wel in kaart gebracht.

Overige effecten

De maatregel draagt bij aan passende kwalitatief goede zorg voor cliënten met een opnamewens. Bovendien is de opname essentieel voor de gezondheid van cliënten als in de thuissituatie het noodzakelijke permanente toezicht onvoldoende kan worden geborgd. Cliënten op de wachtlijst worden doorgaans intensief ondersteund door partner en/of kinderen die wellicht minder zijn gaan werken. Een opname leidt tot ontlasting van de mantelzorg en biedt voor de kinderen ruimte om meer te gaan werken.

Overige opmerkingen

Het tempo waarin capaciteit kan ontstaan is afhankelijk of deze gemaakt kan worden in niet–benutte capaciteit bij verpleeghuizen (binnen een jaar te realiseren), in bestaand vastgoed (te realiseren in circa drie jaar) of in nieuw te bouwen vastgoed (over circa zeven jaar). Volstaan wordt met het budgettaire effect in de eindsituatie.

Deze maatregel interfereert met meerdere andere maatregelen: **19** (Geen toegang tot de Wet langdurige zorg voor lichtere zorgzwaartes), **20** (Herintroductie zorgzwaartepakketten VV2 en VV3 als toegang tot Intramurale Ouderenzorg), **25** (Wlz-instellingen worden pgb-instellingen), **26** (Introductie vouchers en mantelzorgvergoeding in de wlz), **27** (Invoeren vouchers voor individuele inkoop van langdurige ouderenzorg), **28** (Scheiden van wonen en zorg in Wlz), **29** (De Wet langdurige zorg wordt een voorziening).

← **Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

6 Bezettingsnorm nachtdienst verpleeghuizen omhoog

De bezettingsnorm in de nachtdienst wordt in de verpleeghuizen verdubbeld: van 0,25 zorgmedewerker per acht bewoners naar 0,50. De rijksoverheid kan deze maatregel niet zelf nemen. In een bestuurlijk akkoord kunnen hier wel afspraken over worden gemaakt met de sector.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**330**	**660**	**660**	**660**
w.v. arbeidskosten	0	300	610	610	610
w.v. aanzuigende werking	0	30	55	55	55
Kwalitatief effect					
Verlaging werkdruk en betere kwaliteit van zorg.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De personeelsnorm in de verpleeghuiszorg is onderdeel van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. In dat kader is geen expliciete norm voor de nachtdienst opgenomen. De huidige norm van 0,25 per acht bewoners is de vertaling van de NZa van het Kwaliteitskader voor de door haar uitgevoerde impactanalyse.[1]

Het expliciet opnemen van een norm voor de nachtdienst van 0,50 per acht bewoners kan dus niet eenvoudig door de overheid als maatregel genomen worden. Een verandering in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg kan alleen na een voorstel daartoe van de tripartiete partijen (beroepsorganisaties, zorgaanbieders en zorgkantoren) aan het Zorginstituut (ZIN), die ze – na toetsing – inschrijft in het Openbaar Register. Voor het doorvoeren van de maatregel is de overheid dus afhankelijk van tripartiete partijen. Het kabinet kan wel stimuleren dat deze partijen een dergelijk voorstel bij het Zorginstituut indienen, bijvoorbeeld via een bestuurlijk akkoord.

Als het op die manier niet lukt, kan het op de meerjarenagenda van het ZIN geplaatst worden en kan de doorzettingsmacht van de Kwaliteitsraad van het ZIN ingezet worden. Dit vergt meerdere jaren. Als de overheid het wettelijk wil vastleggen, vergt dat eerst een stelselwijziging (onder anderen Zvw en Wkkgz) waardoor de overheid (mede)verantwoordelijk

1 NZa: Rapport Impactanalyse verpleeghuiszorg, 2017.

wordt voor de inhoudelijke kwaliteit van zorg. Een dergelijke stelselwijziging heeft consequenties voor de gehele zorg en vergt meerdere jaren.

Budgettaire effecten

Het budgettaire effect bestaat uit de totale arbeidskosten voor het extra in te zetten personeel in de nachtdienst. Voor de berekening is uitgegaan van de impactanalyse die de NZa gemaakt heeft om de kosten van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg door te rekenen. Verdubbeling van de bezetting in de nachtdienst betekent dat er 0,0625 fte per cliënt extra ingezet gaat worden. Gegeven het aantal cliënten (130.000 in 2019) en de arbeidskosten per fte nachtdienst (€ 63.612 in 2019[2]), bedragen de structurele kosten € 517 mln. per jaar.

Daar komt de aanzuigende werking als gevolg van kwaliteitsverhoging bij. Bij een verondersteld elasticiteit van 0,3 betekent het dat er 1.680 meer cliënten bijkomen. De kosten daarvan bedragen € 45 mln. Daarmee komen de totale kosten van de maatregel uit op € 562 mln. (prijsniveau 2019). Dit is afgerond € 660 mln. per jaar in prijsniveau 2021.

De maatregel kan in het tweede jaar geëffectueerd worden. Voor het werven van de ruim 13.000 extra werknemers zal een termijn van twee jaar nodig zijn.

Overige effecten

De maatregel beoogt om de werkdruk voor het zorgpersoneel in de nachtdienst te verlagen en de kwaliteit van zorg te verhogen. Daarmee kan het de aantrekkelijkheid van het werken in de verpleeghuiszorg vergroten. Maar daar staat tegenover dat meer personeel in de nachtdienst moet gaan werken en nachtdiensten niet erg populair zijn. Dat vermindert de aantrekkelijkheid van het werken in de verpleeghuiszorg juist.

← **Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

2 Hierbij is uitgegaan van de recent afgesloten CAO VVT.

7 Stimuleren van wooncombinaties van jongeren en ouderen

Via een landelijke subsidieregeling van € 50 mln. per jaar worden intergenerationele woonvormen (tussen jongeren en ouderen) gestimuleerd. Via de regeling krijgen studenten korting op hun huur in zo'n woonvorm.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**50+PM**	**50+PM**	**50+PM**	**50+PM**
w.v. stimuleringsregeling	0	50	50	50	50
w.v. besparing op zorguitgaven voor ouderen	0	PM	PM	PM	PM
Kwalitatief effect					
Verbeterde sociale cohesie; goed voor gezondheid en welzijn van ouderen; minder eenzaamheid.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Op dit moment kennen we zes plekken in Nederland waar studenten samenwonen met ouderen. Landelijke branchevereniging van woningcorporaties Aedes noemt als drijfveren om een project te starten: contact, wederkerigheid, sociale cohesie tussen de generaties en beter leefklimaat door een levendige sfeer.[1] Via waardigheidentrots.nl. zijn voorbeelden te vinden.

Zo wonen in Human Deventer zes studenten die ieder € 300 krijgen voor 30 uur per maand inzet in het huis: 15 uur helpen bij de maaltijd en 15 uur contact met ouderen.[2] In de Posten Enschede betalen studenten maandelijks een lage huur van € 185 in ruil voor tijd met ouderen doorbrengen. De landelijke organisatie SoLink bemiddelt tussen ouderen die een kamer beschikbaar hebben en studenten die een kamer nodig hebben.

1 https://www.kcwz.nl/doc/woonvariaties/Generaties-huizen-samen-web.pdf
2 Achtergrondinformatie: http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/informatiecentrum/DEL-nr6_LR_p12_Pionieren-maakt-zorgcentrum-tot-kloppend-hart-van-de-wijk.pdf

Intergenerationeel wonen kan worden opgezet als nieuwbouwproject, maar ook een bestaand huis kan aangepast worden met bijvoorbeeld een gemeenschappelijke ruimte voor activiteiten.[3] Humanitas onderzoekt wat werkt bij intergenerationeel wonen.[4]

De € 50 mln. impuls komt volledig ten goede aan studenten door hen korting te geven op de huur. Van staatssteun is er geen sprake: studenten zijn particulieren. En met de korting op de huur aan studenten krijgen zorginstellingen of woningbouwcorporaties geen voordeel.

Budgettaire effecten

De maatregel is niet bedoeld ter financiële ondersteuning van Wlz-plekken voor de zorgorganisatie. De zorgaanbieders en woningbouwcorporaties dienen de financiële ondersteuning te gebruiken om intergenerationeel wonen te stimuleren via huurverlaging voor studenten. Er is (nog) geen verband gevonden tussen intergenerationeel wonen en het afnemen van zorguitgaven van ouderen.

Overige effecten

Uit literatuurstudie blijkt dat intergenerationeel contact, zoals gesprekken voeren, spelletjes spelen en samen eten) de gezondheid en het welzijn van ouderen verhoogt. Daarnaast stimuleert het ook hun gevoel van eigenwaarde. Ook bij jongeren zijn positieve resultaten bekend, zoals betere communicatieve vaardigheden en meer zelfvertrouwen. [5] [6] Om studenten met een verkeerde motivatie te mijden, moet streng en secuur geselecteerd worden.

← **Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

3 https://www.kcwz.nl/thema/woonvariaties/intergenerationeel-wonen-heeft-potentie
4 https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/02763893.2018.1561592?needAccess=true
5 https://youtu.be/Pt58fu-TjWc
6 https://www.nfer.ac.uk/media/1968/lig01.pdf 'intergenerational practice a review of the literature'

8 Bevorderen kleinschalige zorg in de Wet langdurige zorg

Kleinschaligheid in de langdurige zorg wordt gestimuleerd door tariefdifferentiatie toe te passen. Instellingen die kleinschalige zorg leveren, krijgen een hoger tarief. Dit geldt zowel voor de zorg in natura- als de pgb-tarieven. Zorgkantoren stellen bij de contractering vast of er wordt gewerkt volgens de principes van kleinschalige zorg. Het hogere tarief wordt gefinancierd door extra middelen (€ 250 mln.) voor de Wet langdurige Zorg (Wlz) beschikbaar te stellen.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	0	0	250	250	250
Kwalitatief effect					
Meer kleinschalige woonvormen in de Wlz.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De toeslag kan worden opgenomen in de beleidsregel van de NZa na een aanwijzing van VWS. Deze juridische handeling kent een beperkte doorlooptijd (enige weken). Hogere tarieven voor kleinschalige woonvormen zijn juridisch alleen uitvoerbaar als deze kunnen worden onderbouwd met hogere kosten van de kleinschaligheid. Het introduceren van hogere tarieven met enkel het doel om deze woonvormen te stimuleren stuit op het risico van ongeoorloofde staatssteun. Het is nog onvoldoende duidelijk of kleinschalige zorg duurder, dan wel goedkoper is. Dit moeten nader worden onderzocht. Uitvoering van de maatregel neemt twee jaar in beslag.

Een effect van hoge tarieven voor kleinschaligheid kan zijn dat ook grotere instellingen zich gaan organiseren volgens de principes van kleinschalige zorgverlening. Als een groot aantal van deze instellingen zich op deze wijze reorganiseert, bestaat het risico dat de contracteerruimte wordt overschreden. Het tarief moet om die reden periodiek worden herzien.

Het is belangrijk dat kleinschaligheid duidelijk wordt gedefinieerd. Op dit moment is er geen uniforme definitie. Het kan gaan om kleinschalige units binnen een grote instelling of om losstaande initiatieven van beperkte omvang. Binnen de pgb-regelgeving is er al een toeslag voor kleinschalige wooninitiatieven. Om dubbele toeslagen te voorkomen, verdient het aanbeveling om deze pgb-initiatieven uit te sluiten van de nieuwe toeslag.

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is ook van toepassing op kleinschalige wooninitiatieven. Een aandachtspunt bij de kleinschalige woonvormen is een goede samenwerking en afstemming met de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde.

Budgettaire effecten

De kosten van kleinschalige zorg en de benodigde hoeveelheid personeel lijken sterk samen te hangen met de manier waarop deze zorg wordt georganiseerd. Er kan in het algemeen niet worden geconcludeerd dat kleinschalige zorg goedkoper, dan wel duurder is. Bij een hele kleine schaal treden schaalnadelen op, met name door de minimaal vereiste personeelsinzet. Er zijn daarom geen effecten verondersteld op de omvang van de zorguitgaven.

De maatregel kan een aanzuigend effect hebben vanwege betere kwaliteit.

Voor de verpleeghuiszorg wordt momenteel al een integrale vergelijking van zorgaanbieders ontwikkeld waarmee gestuurd kan worden op de realisatie van het Kwaliteitskader tegen de meest efficiënte kosten. Hierbij wordt de vergoeding gecorrigeerd voor beïnvloedbare factoren. Het beschikbaar stellen van hogere tarieven voor kleinschalige zorg kan als aanvullende factor aan deze integrale vergelijking worden toegevoegd. Er moet worden nagegaan of deze maatregel invloed heeft op het veronderstelde kostenniveau. Bij de integrale vergelijking is immers verondersteld dat de uitgaven om het Kwaliteitskader te kunnen realiseren, beperkt blijven tot € 2,1 mld. (inverdieneffect € 560 mln.).

Overige effecten

Kleinschalig wonen is op dit ogenblik geen beleidsdoel. Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg stelt wel eisen aan de personeelsinzet maar niet aan de omvang van de locaties. Wel is bekend, onder meer bij onderzoek in ziekenhuizen[1], dat kleinschaligheid leidt tot een verhoogde patiënttevredenheid.

Er bestaan momenteel verschillende kleinschalige woonvormen: kleinschalige woonvormen waar extramurale Wlz-zorg wordt geleverd (via pgb of VPT), kleinschalige intramurale instellingen, en kleinschalige intramurale zorgverlening binnen een groter geheel (bijvoorbeeld een aantal kleinschalige woongroepen binnen een groter gebouw). Het VPT is bijna verdubbeld tussen 2015 en 2018 (van 3.862 naar 7.523 cliënten).[2] Het is de vraag of een extra financiële prikkel nodig is om kleinschaligheid te bevorderen.

1 PFN (2017): Open kaart, IH&G-consulting: Patiënt waardeert mensgerichte en kleinschalige zorg"
2 Brief aan Tweede Kamer 18 oktober 2019: Korte termijnacties wachtlijstaanpak verpleeghuiszorg

Overige opmerkingen

Het is ook mogelijk deze maatregel budgetneutraal uit te werken. Dit impliceert een verlaagd tarief voor instellingen die grootschalige zorg verlenen.

Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN
Terug naar overzicht resultaten

9 Toets op potentiële zelfredzaamheid en vitaliteit bij Wmo-toegang

Om gebruik te maken van de Wmo moeten de aanvragers verplicht een toets ondergaan om te beoordelen of hun zelfredzaamheid en vitaliteit door een trainingsprogramma kan worden bevorderd (naar het Deense model van reablement). Als de toets uitwijst dat dit inderdaad zo is, zijn zorgvragers verplicht een programma te volgen. Voor het opzetten van de trainingen komt € 50 mln. beschikbaar.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**50**	**-PM**	**-PM**	**-PM**
w.v. kosten opzetten trainingen	0	50	0	0	0
w.v. uitvoeringskosten toetsen en trainingen	0	0	+PM	+PM	+PM
w.v. besparing Wmo-uitgaven	0	0	-PM	-PM	-PM
Kwalitatief effect					
Vermindering van de zorgbehoefte van de deelnemers en verhoging van hun zelfredzaamheid en vitaliteit.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Onder de huidige Wmo 2015 moeten gemeenten bij het bieden van ondersteuning ook al kijken wat iemand nog wel kan doen of organiseren om zijn zelfredzaamheid en participatie te vergroten. Gemeenten zijn onder meer verplicht om beleidsvoornemens op te stellen die voorkomen dat ingezetenen aangewezen raken op maatschappelijke ondersteuning. De cliënt kan echter nergens toe gedwongen worden.

Een verplichte toets voor cliënten die een beroep doen op de Wmo 2015 brengt hier verandering in. Deze toets kan in de Wmo worden opgenomen als onderdeel van het onderzoek dat gemeenten moeten uitvoeren als een cliënt zich meldt met een ondersteuningsbehoefte (artikel 2.3.2 Wmo 2015). Op basis van de toets kunnen aan een cliënt voorwaarden (zoals het deelnemen aan een training) gesteld worden. Als de cliënt hier niet aan voldoet, kan de gemeente beslissen dat de gevraagde voorziening niet wordt toegekend, wordt herzien of ingetrokken.

Er zijn diverse varianten mogelijk bij de uitwerking van deze maatregel.

1. De invulling van de toets wordt geheel aan gemeenten overgelaten.
2. De inhoud van de toets wordt voorgeschreven; dan is het mogelijk om:
   A. de toets voor de hele Wmo-populatie te laten gelden, of
   B. de toets alleen te hanteren voor cliënten die een eigen bijdrage betalen, of
   C. de toets alleen te hanteren voor ouderen.

Bij al deze opties moeten gemeenten de mogelijkheid hebben om van een verplichtende toets af te wijken, omdat er altijd cliënten zijn voor wie deze toets op voorhand weinig zinvol is. Dit is moeilijk te objectiveren en zal per cliënt bezien moeten worden.

Optie B gaat uit van een toets voor cliënten die een eigen bijdrage betalen. Hiermee hoeft het deel van de populatie dat gebruik maakt van een algemene voorziening (en/of maatwerkvoorziening) waarvoor geen eigen bijdrage verschuldigd is, de toets niet te ondergaan. De motivering hiervoor kan zijn dat het hier om laagdrempelige voorzieningen gaat, die in beginsel voor iedereen toegankelijk dienen te zijn, bijvoorbeeld de bingo in het buurthuis.

Bij optie C geldt dat de doelgroep van de Wmo 2015 ruimer is dan alleen ouderen. Het ligt hier voor de hand dat in lagere regelgeving een leeftijdsgrens wordt meegegeven aan de gemeenten. Er kan ook voor worden gekozen om de gemeenten zelf de doelgroep 'ouderen' te laten definiëren in de gemeentelijke verordeningen.

De uitvoering van de Wmo 2015 wordt gefinancierd vanuit het gemeentefonds. Het is mogelijk om € 50 mln. via een specifieke uitkering aan gemeenten te verstrekken. Het is ook mogelijk om het bedrag aan de algemene uitkering van het gemeentefonds toe te voegen. In dat geval is echter geen controle mogelijk of gemeenten voor deze wettelijke taak ook daadwerkelijk € 50 mln. inzetten.

Voor het effectief herstellen en behouden van verloren zelfredzaamheid en/of vitaliteit is het waarschijnlijk niet alleen nodig te investeren in trainingen, maar ook in bewustwording van met name ouderen dat het loont om te investeren in de eigen zelfredzaamheid en vitaliteit.

Budgettaire effecten

De te investeren € 50 mln. is bestemd voor het opzetten van de trainingen en niet voor de structurele kosten van het trainen van professionals, de coördinatiekosten en het traject van de aanvrager zelf. Indien het voorstel wordt uitgevoerd zal daarom ook sprake zijn van structurele uitvoeringskosten. Omdat onbekend is wat de huidige uitvoeringskosten van de Wmo 2015 zijn en hoeveel gemeenten nu al dergelijke toetsen en programma's uitvoeren, zijn deze extra uitvoeringskosten niet goed te kwantificeren. Het is redelijk te

veronderstellen dat –als de maatregel effectief is - na een paar jaar de opbrengsten van de maatregel de kosten gaan overstijgen. Dit zal uit evaluatie moeten blijken.

In veel landen bestaat al ervaring met deze aanpak, die vaak *reablement* wordt genoemd.[1] Deze programma's zijn gericht op ouderen en niet op de gehele populatie zoals in de voorgestelde maatregel. Internationaal vergelijkend onderzoek laat zien dat het concept op verschillende wijzen is ingevoerd. Mede daarom is een algemene uitspraak over de effecten van reablement op de zorguitgaven niet goed te doen. Wel zijn er verschillende voorbeelden van succesvol ingevoerde programma's die leiden tot beperking van de kosten van ondersteuning en zorg aan de doelgroep.[2] Een systematic review van Tessier et al (2016)[3] laat veelbelovende resultaten zien, in termen van *healthcare utilization*, waarmee besparingen op langdurige zorg aan de orde lijken.

Een bekend project in de Deense stad Fredericia leverde na tien jaar positieve resultaten op. In de eerste jaren van het reablement-programma is 64% van de zorg- en ondersteuningsvragers geholpen om volledig zelfredzaam te worden. Uiteindelijk resulteerde dat in 30% minder benodigde zorg en ondersteuning en bij 84% van de zorg- en ondersteuningsvragers in een hogere kwaliteit van leven.[4] Voor de Deense overheid was dit reden om het programma landelijk in de wet te verankeren.

De hier voorgestelde maatregel van een verplichte toets is vergelijkbaar met de Deense aanpak. Het is echter niet zeker of de te ontwikkelen trainingen in Nederland even effectief zullen zijn. Budgettaire effecten in andere landen kunnen niet één op één worden vertaald naar Nederland. De doelgroepen zijn onvergelijkbaar (wel/niet ouderen en wat valt daaronder?). Ook is het de vraag of de situatie in het buitenland overeenkomt met wat in Nederland onder Wmo-ondersteuning valt. Nederlandse voorbeelden hebben nog niet geleid tot bruikbare gegevens om de budgettaire effecten in te schatten.

Overige effecten

Het investeren in grotere zelfredzaamheid van de cliënt en zijn mogelijkheden tot participatie leidt niet alleen tot een mogelijke besparing op zorguitgaven, maar betekent bij succes doorgaans ook een verbetering van de ervaren kwaliteit van leven.

1 Behalve Nederland zelf betreft dit onder meer Engeland de VS, Nieuw-Zeeland, Australië, Canada, Ierland, Noorwegen, Zweden, Denemarken en Taiwan.
2 https://link.springer.com/article/10.1186/s13561-016-0092-8#Sec7
3 Tessier A. et al. Effectiveness of reablement: a systematic review. Health Policy 2016 May; 11(4): 49-59.
4 Vilans, Ouderen- en gehandicaptenzorg in Scandinavië: op zoek naar bronnen voor duurzame vernieuwing, 2019.

Aangezien deze maatregel niet alleen over ouderen gaat, zou deze ook op werk gericht kunnen zijn of tenminste afgestemd moeten zijn op eventuele re-integratie-inspanningen.

Overige opmerkingen

Het is niet duidelijk hoe en met welke intensiteit professionals getraind moeten worden voor het welslagen van een reablement-traject. De kennis en vaardigheden om cliënten/patiënten te leren hoe zij weer meer zelf kunnen, zijn op zichzelf ruimschoots aanwezig. Het gaat er om hoe deze ook bekend en toepasbaar te maken bij grote groepen mensen met een ondersteuningsvraag.

← **Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

10 Intensivering bemoeizorg gemeenten

Er wordt extra geïnvesteerd in de bemoeizorg bij gemeenten.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**+PM**	**+PM**	**+PM**	**+PM**	**PM**
w.v. Kosten intensivering bemoeizorg	+PM	+PM	+PM	+PM	+PM
w.v. Baten intensivering bemoeizorg					-PM
w.v. aanzuigende werking	+PM	+PM	+PM	+PM	+PM
Kwalitatief effect					
Zorg wordt tijdig verleend en verergering van de problematiek wordt voorkomen.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Bemoeizorg vanuit gemeenten is ondersteuning en zorg die verder gaat dan waar de cliënt in eerste instantie zelf om vraagt. Dit kan nodig zijn als de gemeente vindt dat de cliënt niet in staat is de noodzaak van ondersteuning en zorg goed te beoordelen. Bemoeizorg zal worden ingezet in het kader van preventie, outreachend werken en ook in situaties waarin cliënten zichzelf, al dan niet via hun netwerk, hebben gemeld.

Volgens de Jeugdwet en de Wmo 2015 moeten gemeenten beleid formuleren om vroegtijdig vast te stellen of een cliënt ondersteuning nodig heeft. Dit is met name van belang om zwaardere vormen van ondersteuning en zorg te voorkomen. Gemeenten kunnen binnen hun wettelijke opdracht zelf bepalen in welke mate zij willen inzetten op preventie/bemoeizorg en op basis daarvan ondersteuning en zorg inkopen.

Voor de Jeugdwet en de Wmo 2015 maar ook de Wet publieke gezondheid (Wpg) bestaan geen landelijk vastgestelde bekostigingsregels. Elke gemeente stelt eigen regels vast over de voorwaarden en bekostiging van aanbieders die diensten leveren op het terrein van preventie, ondersteuning, zorg en jeugdhulp. Deze regels worden vastgelegd in een gemeentelijke verordening en in overeenkomsten met aanbieders.

De gemeente kan haar uitgaven op dit terrein grotendeels dekken met middelen uit het gemeentefonds. In dat fonds zijn middelen opgenomen voor uitvoering van de gemeentelijke taken op basis van de drie genoe$mde wetten. Maar deze middelen zijn niet geoormerkt. Gemeenten hebben dus de beleidsruimte om meer of minder actief in te zetten op preventie en bemoeizorg.

Met deze maatregel wordt extra geld beschikbaar gesteld voor preventie/bemoeizorg. Op basis van de huidige wet- en regelgeving kan niet worden afgedwongen dat gemeenten dit geld enkel en alleen voor preventie in zullen zetten. Er is slechts horizontale verantwoording, waarbij colleges zich tegenover de gemeenteraden verantwoorden over het gevoerde beleid en de resultaten ervan.

Wettelijk kan geregeld worden dat preventie/bemoeizorg een aparte taak wordt waar gemeenten apart verantwoording over moeten afleggen. Extra middelen kunnen dan toegekend worden in de vorm van een specifieke uitkering. Omdat preventie al deel uitmaakt van de huidige gemeentelijke taken, ligt het voor de hand ook dat budget toe te voegen aan deze specifieke uitkering. Door de verwevenheid van preventie met andere taken in het sociaal domein zal de correcte omvang van het budget voor preventie lastig te bepalen zijn. Bovendien beperkt een specifieke uitkering de bestedingsvrijheid van gemeenten en brengt deze extra verantwoordingslasten met zich mee – denk aan accountantskosten.

Of de taak bemoeizorg juridisch goed af te bakenen is, zodat deze voor een casemanager en/of wijkteam ook praktisch uitvoerbaar is, vergt verdere verkenning met (vertegenwoordigers van) professionals en gemeenten. Wat de optimale inzet van preventie/bemoeizorg is, hangt waarschijnlijk af van lokale omstandigheden. Een landelijke regeling voor de inzet van preventie/ bemoeizorg zal het voor gemeenten en professionals lastiger maken het noodzakelijke maatwerk te leveren.

Budgettaire effecten

Gemeenten zullen investeringen moeten doen om de preventie/bemoeizucht te versterken. Hoe hoog deze kosten moeten zijn, hangt af van het beoogde resultaat, maar ook van de inspanningen die gemeenten al op dit terrein doen.

De kans is reëel dat gemeenten, bij aparte financiering van preventie/bemoeizorg vanuit het Rijk, hun eigen activiteiten gaan beperken, die ze nu nog financieren met geld uit het gemeentefonds. De gemeenten hebben hiervoor op dit terrein de beleidsruimte.

Daarnaast vraagt deze maatregel om structurele intensivering van persoonlijke contacten met de burger/cliënt. Dit vraagt om een zeer forse investering in extra uitvoeringscapaciteit. Mogelijke inverdieneffecten zullen (veel) later zichtbaar worden.

Als jaarlijks € 50 mln. extra wordt geïnvesteerd in preventie/bemoeizorg, betekent dit ca. € 141.000 per gemeente per jaar extra. Hiervoor zouden gemeenten theoretisch twee extra casemanagers kunnen aanstellen. Maar wat de meest effectieve aanpak van preventie en bemoeizorg is, hangt mede af van lokale omstandigheden. Een landelijke regeling kan zoals gezegd het bieden van maatwerk bemoeilijken.

De maatregel kan een aanzuigend effect hebben vanwege betere kwaliteit.

Investeren in bemoeizorg kan ook betekenen dat latente zorgvragen worden aangewakkerd, zodat kosten stijgen. Al met al laat het budgettaire effect van investeringen in bemoeizorg zich op basis van de huidige kennis en ervaring niet voorspellen.

Overige effecten

Extra preventie door gemeenten kan op termijn het beroep doen afnemen op de Wmo 2015 en de Jeugdwet, maar ook op de Zvw en de Wlz.

← **Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

11 Maximumwachttermijn voor jongeren met complexe problematiek

Er wordt een maximaal aanvaardbare wachttijd voor complexe jeugdzorg vastgesteld. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ziet hierop toe. Als de norm niet wordt nageleefd, geeft VWS een aanwijzing.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**10**	**10+PM**	**PM**	**PM**
w.v. uitvoeringskosten	0	10	10	0	0
w.v. extra middelen voor gemeenten om wachtlijsten weg te werken	0	0	PM	PM	PM
Kwalitatief effect					
Administratieve lasten van met name jeugdhulpaanbieders worden groter.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De maatregel is uitvoerbaar en haalbaar. Daarvoor moeten er drie zaken in de wet geregeld worden. Zo moet er in de wet (of lagere regelgeving) worden vastgelegd wat de maximaal aanvaardbare wachttijd is voor complexe jeugdzorg. Een veldnorm zoals de Treeknorm is onvoldoende om uiteindelijk ook een aanwijzing vanuit VWS te kunnen geven. Daarnaast dient de wetgeving te regelen dat de IGJ (die toeziet op de kwaliteit van de geleverde jeugdhulp, en niet op gemeenten) toezicht houdt op de wachttijd bij complexe jeugdhulp.

Ten slotte moet wetgeving ook regelen dat VWS aan een (of meerdere) gemeente(n) een aanwijzing kan geven wanneer de norm niet wordt gehaald. Via het Interbestuurlijk Toezicht bestaat deze mogelijkheid al min of meer in de vorm van een indeplaatsstelling. Deze zal uitgebreid casu quo aangepast dienen te worden met een aanwijzingsbevoegdheid. Aanpassing van de Jeugdwet duurt minimaal twee jaar.

Bij de praktische uitwerking van de maatregel moet eerst gedefinieerd worden wat complexe jeugdzorg is (aanbod-in plaats van vraaggericht), en vervolgens wat een maximaal aanvaardbare wachttijd is. Eveneens dient helder afgesproken worden wanneer een

wachttijd start en eindigt. Daarvoor moet een standaardmanier van registratie ontwikkeld en ingevoerd worden bij jeugdhulpaanbieders.[1]

Toch zal een gemeente na een aanwijzing het probleem ook niet altijd snel kunnen oplossen. Er werkelijk voor zorgen dat kinderen met complexe zorgvragen binnen de maximaal aanvaardbare wachttijd de best passende zorg krijgen, vraagt veel meer dan enkel het wettelijk vastleggen en het ontwikkelen van het instrumentarium. De oorzaken van (te) lange wachttijden zijn namelijk divers en niet altijd eenvoudig oplosbaar (bijvoorbeeld personeelstekorten).

Budgettaire effecten

De uitvoeringskosten van het invoeren van de maatregel zijn naar verwachting beperkt. Door taakuitbreiding zal de IGJ extra capaciteit nodig hebben. Ook zijn er tijdelijke middelen nodig om alle definities en een standaardwijze van registratie te gaan ontwikkelen.

Het effect op de benodigde budgetten voor gemeenten is onzeker (PM). Op grond van de Financiële verhoudingenwet (Fvw) moeten gemeenten tegemoet gekomen worden wanneer zij extra taken moeten uitvoeren, zoals zich aan een nieuwe norm voor maximumwachttijden houden.

Het vaststellen van een maximaal aanvaardbare wachttijd voor complexe jeugdzorg brengt transitiekosten met zich mee. Deze kosten zijn beperkt en worden daarom niet gekwantificeerd.

Overige effecten

De administratieve lasten van met name jeugdhulpaanbieders worden groter.

← **Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

1 Op dit moment worden er door veel organisaties wachttijden geregistreerd, maar deze zijn vanuit de organisatie bezien en zegt weinig over de effectieve wachttijd voor de cliënt.

12 Kostendekkende tarieven voor de jeugdzorg

Er komen landelijk vastgestelde vaste tarieven voor jeugdzorginstellingen die bindend zijn voor gemeenten en instellingen.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**65**	**65**	**+PM**	**+PM**
w.v. vaste tarieven	0	0	0	+PM	+PM
w.v. transitiekosten	0	65	65	0	0
Kwalitatief effect					
Gemeenten kunnen niet meer primair verantwoordelijk worden gesteld voor de continuïteit van zorg.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Het huidige artikel 2.12 van de Jeugdwet verplicht gemeenten bij de inkoop van jeugdhulp zich te baseren op een goede prijs-kwaliteitverhouding. Zij mogen niet enkel op grond van de laagste prijs een aanbieder selecteren. Ook in de huidige situatie is een kostendekkend tarief een belangrijke randvoorwaarde.

Het opleggen van landelijke vaste tarieven voor de jeugdzorg vergt een wijziging van de Jeugdwet. Wijziging van tarieven is daarbij alleen mogelijk door vast te stellen welke producten worden beprijsd en welke kwaliteitsstandaarden er gelden. Een gedegen kostenonderzoek zal dan ook onderdeel zijn van dit traject. Dit zal daarom minstens drie jaar vergen. Een andere wijziging is dat er een instantie zal moeten worden aangewezen die de juiste tarieven berekent en vaststelt.

We gaan ervan uit dat de nieuwe vaste tarieven niet gelden voor lopende contracten, want dan zouden meerjarig lopende contracten opengebroken moeten worden. Dat zou weer leiden tot nieuwe aanbestedingen. Onder deze aanname zal het nog enige jaren duren voordat de tarieven overal zijn ingevoerd. Het vaststellen van landelijke vaste tarieven die gemeenten voor de jeugdzorg moeten betalen, beperkt de beleidsvrijheid van gemeenten en is in die zin niet in verhouding met een decentraal stelsel.

Budgettaire effecten

Het landelijk vaststellen van vaste tarieven kan een prijsopdrijvend effect hebben. In dit geval zal er meer geld beschikbaar moeten komen voor de jeugdzorg. De reden hiervoor is dat met landelijke tarieven in heel Nederland de zorg geleverd moet kunnen worden, ook in gemeenten met de hoogste kosten. Het Rijk gaat de vaste tarieven centraal vaststellen. Hierdoor kan als een bijeffect ontstaan dat gemeenten niet meer primair verantwoordelijk gesteld kunnen worden voor de continuïteit van zorg. Het Rijk zal dan bij dreigende faillissementen van aanbieders eerder (financieel) verantwoordelijk worden gehouden als het faillissement (mede) wordt veroorzaakt door te lage prijsstelling.

De aard en omvang van de budgettaire effecten zijn niet concreet te becijferen. Het hangt af van het aantal producten en welke prijzen voor de producten gehanteerd zullen worden.[1]

De maatregel kan een effect hebben op de uitvoeringkosten, al hangt de omvang van dat effect af van de wijze waarop de jeugdzorg wordt ingekocht (subsidiëring, aanbesteding, *open house*). Ten slotte zijn er transitiekosten van jaarlijks € 65 mln. gedurende twee jaar.

Overige effecten

Gemeenten kunnen niet meer primair verantwoordelijk worden gesteld voor de continuïteit van zorg.

← **Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

1 Voor een indicatie van tariefvariatie, zie 'Kostprijsonderzoek gecertificeerde instellingen' van Berenschot (2018)

13 Intensivering gemeentelijk domein

De maatregel waarin de gemeenten extra budget krijgen, kent twee varianten. In variant A gaat het om een structurele intensivering van € 490 mln. per jaar in de Jeugdzorg.
De bedoeling is het gemeentelijk budget voor de Jeugdzorg in overeenstemming te brengen met de uitgaven.
In variant B gaat het om een storting van minimaal € 50 mln. om het gemeentetekort aan te vullen dat is ontstaan als gevolg van de invoering van het abonnementstarief voor de Wmo.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: structurele intensivering Jeugdhulp	190	490	490	490	490
Variant B: structurele intensivering Wmo 2015	+PM	+PM	+PM	+PM	+PM
Kwalitatief effect					
Extra middelen kunnen de prikkel om de jeugdzorg doelmatiger te organiseren ondergraven.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Bij variant A ontvangen gemeenten structureel € 490 mln. extra budget voor jeugdzorg, zonder verder oormerk. Gemeenten hebben de beleidsruimte om het budget naar eigen inzicht in te zetten. Dit betekent dat het aanvullende budget ook voor andere doeleinden kan worden ingezet, zolang gemeenten voldoen aan de wettelijke vereisten van de Jeugdwet. Dit maakt het lastig om vast te stellen of objectief een tekort is op het gebied van jeugdzorg. Voor het Rijk wordt het onmogelijk om via verhoging van het budget voor jeugdzorg te sturen op extra uitgaven aan een deelgebied.

Er zijn al eerder afspraken gemaakt over het jeugdhulpbudget. In de jaren 2019, 2020 en 2021 zijn extra financiële middelen beschikbaar gesteld voor gemeenten (respectievelijk € 420 mln., € 300 mln. en € 300 mln.). Daarnaast wordt nu onderzocht of, en zo ja, in welke mate structureel extra budget nodig is bij een doelmatige en doeltreffende uitvoering van de jeugdzorg door gemeenten. Dit onderzoek leidt eind 2020 tot een uitkomst en biedt input voor een nieuw kabinet. Deze maatregel kent daarom mogelijk overlap met de uitkomsten van dat onderzoek.

Bij variant B vult de rijksoverheid het tekort bij gemeenten aan dat ontstaan is door de invoering van het abonnementstarief, met een toevoeging aan het gemeentefonds van

minimaal € 50 mln. Bij de invoering van het abonnementstarief is in de raming van het CPB rekening gehouden met zowel de derving van opbrengsten eigen bijdrage als een aanzuigende werking. De totale kosten werden bij het regeerakkoord door het CPB geraamd op € 290 mln. Hiervan is structureel € 145 mln. toegevoegd aan het gemeentefonds. Voor het overige deel zijn in het kader van het Interbestuurlijke Programma (IBP) en het accres afspraken gemaakt, waarmee de totale geraamde kosten zijn gedekt.[1] Ook in deze variant is dus het extra budget voor het gemeentefonds niet apart gelabeld.

Via de Monitor abonnementstarief wordt getracht inzicht te krijgen of de extra toestroom en daarmee samenhangende kosten aansluiten bij de toegekende compensatie. Op dit moment is het te vroeg om vast te stellen dat er sprake zou zijn van ontoereikende compensatie en daarmee de hoogte van het toe te voegen budget bij invoering van deze maatregel.

Kanttekening bij beide varianten: het toevoegen van middelen aan het gemeentefonds is mogelijk, maar dat betekent niet dat gemeenten verplicht zijn om de extra middelen aan de genoemde doeleinden uit te geven. Hierover kan aanvullend een bestuurlijke afspraak gemaakt worden. Dit biedt echter ook geen garantie dat gemeenten de middelen ook daadwerkelijk aan deze doeleinden uit zullen geven.

Budgettaire effecten

In variant A is het budgettaire effect € 490 mln. structureel. Voor 2021 ligt dit effect op € 190 mln., omdat gemeenten al € 300 mln. extra financiële middelen (incidenteel) hebben ontvangen. In variant B is er nog geen zicht op het bedrag waarmee het gemeentefonds zou moeten worden aangevuld. Dit is afhankelijk van de Monitor abonnementstarief.

Overige effecten

Het is onzeker of het totale tekort van gemeenten met variant A opgelost wordt. Naast de volumegroei hebben gemeenten ook te maken gehad met een taakstelling (€ 450 mln.). Daarnaast zijn gemeenten bezig de organisatie van de jeugdzorg doelmatiger te maken. Extra middelen, zonder zicht op het structurele uitgavenniveau, kunnen de prikkel om de jeugdzorg doelmatiger te organiseren wel ondergraven. Maar extra budget kan ook leiden tot meer en betere zorg voor cliënten. De prikkel om bepaalde cliënten geen ondersteuning te bieden, wordt met extra budget niet perse weggenomen.

1 Later heeft het CPB deze raming neerwaarts bijgesteld naar € 190 mln. Hier zijn geen budgettaire consequenties aan verbonden, omdat deze middels onderzoek in kaart worden gebracht.

Of gemeenten na het treffen van deze financiële maatregel voldoende instrumenten hebben om de uitgaven structureel in overeenstemming te houden met het beschikbare budget is op voorhand niet te zeggen. Het onderzoek naar de omvang van het structurele budget van de jeugdzorg bij een doelmatige uitvoering zal hierin meer inzage moeten bieden.

Gemeenten zien het abonnementstarief slechts als één van de oorzaken van de gemeentelijke tekorten. Het aanvullend budget van variant B neemt niet alle prikkels bij gemeenten weg om te blijven zoeken naar mogelijkheden om (zwaardere) zorgvragen te voorkomen en burgers meer aan te spreken op de eigen verantwoordelijkheid, opdat de uitgaven voor de Wmo in overeenstemming zijn met het beschikbare budget.

Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN
Terug naar overzicht resultaten

14 Oormerken sociaal domein

Budgetten voor gemeenten voor jeugd, maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) en participatie worden (al dan niet ieder afzonderlijk) geoormerkt voor het sociaal domein.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**0**	**+PM**	**+PM**	**+PM**
w.v. afname van prikkel om efficiënt te werken	0	0	+PM	+PM	+PM
w.v. toename administratieve kosten	0	0	+PM	+PM	+PM
Kwalitatief effect					
Meer zekerheid dat het budget aan sociaal beleid besteed wordt, maar minder lokale beleidsvrijheid.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Momenteel wordt het grootste deel van de budgetten voor jeugd, maatschappelijke ondersteuning en participatie via de Algemene Uitkering (AU) verdeeld over gemeenten. Het overige deel wordt via integratie-uitkeringen en decentralisatie-uitkeringen (beschermd wonen, maatschappelijke opvang, vrouwenopvang budget voogdij en 18+) aan gemeenten uitgekeerd.

De AU geeft gemeenten volledige bestedingsvrijheid. Gemeenten dienen natuurlijk wel hun taken uit de verschillende wetten uit te voeren. Een uitkering zonder bestedingsvoorwaarden heeft in de praktijk vaak een sturende werking (het zogeheten *flypaper effect*).[1] De AU kent een aantal verdeelmodellen op basis waarvan gemeenten een (totaal)budget ontvangen. Het is aan het college van B&W in samenspraak met de gemeenteraad om te besluiten op welke wijze zij hun budget begroten en besteden. Dit dient aan te sluiten bij lokale opgaven, en niet per se bij de precieze AU-verdeling.

De maatregel, waarvoor twee jaar nodig zal zijn, houdt in dat de budgetten jeugdhulp, maatschappelijke ondersteuning en participatie

1. ontvlochten zullen moeten worden uit de AU;
2. van de gemeentefondsbegroting naar de begrotingen van de vakdepartementen overgeboekt moeten worden;
3. via drie aparte specifieke uitkeringen (Spuk's) aan gemeenten uitgekeerd moeten worden.

1 Zie bijvoorbeeld voor de integratie-uitkering Wmo: https://www.cpb.nl/publicatie/financiering-decentralisaties-betalen-zonder-te-bepalen.

Voor specifieke uitkeringen geldt dat vooraf duidelijk gemaakt moet worden op welke wijze gemeenten verantwoording moeten afleggen. Budget vanuit een Spuk dat door gemeenten aan andere zaken wordt besteed of niet wordt uitgegeven, dient terugbetaald te worden. Tekorten op het budget van een Spuk dienen gemeenten met hun algemene middelen (uit de AU) te compenseren.

Budgettaire effecten

Het inrichten van een Spuk kan budgettair neutraal. Gemeenten dienen immers een sluitende begroting op te leveren bij de provincie, zodat verondersteld kan worden dat het totale gemeentefondsbudget voldoende is om de gemeentelijke taken uit te voeren. De daadwerkelijke uitgaven laten wel soms afwijkingen zien van de begrotingen.

Deze maatregel oormerkt het budget. Van een ongeoormerkt budget gaat een prikkel uit om efficiënt te werken. Deze prikkel verdwijnt met het oormerken, omdat niet besteed geoormerkt budget moet worden terugbetaald. In hoeverre dit leidt tot extra kosten is onbekend (+PM).

De maatregel zorgt voor extra regeldruk en administratieve lasten en daarmee voor extra kosten (+PM). Gemeenten zullen per Spuk verantwoording moeten afleggen en krijgen te maken met kosten voor accountantsverklaringen.

Overige effecten

Het budget van gemeenten wordt minder vrij besteedbaar. Hun beleidsvrijheid neemt af, terwijl deze met de decentralisatie van het sociaal domein wel was beoogd. De samenhang van het gemeentelijk beleid, zeker binnen het sociaal domein, zal hierdoor afnemen. Investeringen op het ene domein, die op andere domeinen een positief effect genereren, zullen minder snel gedaan worden, omdat de kosten bij de gemeente landen, maar de baten (minder kosten op andere domeinen) naar het Rijk terugvloeien. Dit verhoudt zich slecht tot de uitgangspunten van de decentralisaties en kan leiden tot minder doelmatige oplossingen.

De maatregel geeft meer zekerheid dat het budget aan sociaal beleid wordt besteed en niet aan andere zaken. Maar studies van CPB en de Raad voor het Openbaar Bestuur (ROB) hebben gewezen op het risico van onderbesteding door het lumpsumkarakter van de huidige bekostiging. Wellicht is door de maatregel ook minder maatwerk mogelijk op individueel cliëntniveau, ervan uitgaand dat een Spuk gepaard zal gaan met declaratieregels.

Hogere netto-collectieve zorguitgaven als gevolg van oormerken en de bijbehorende hogere administratieve lasten voor gemeenten, leiden tot lagere niet-zorguitgaven van

gemeenten, tenzij de bijdrage van het Rijk toeneemt, óf de overige inkomsten (zoals belastingen) van gemeenten toenemen, óf het EMU-saldo van gemeenten verslechtert.

Discussie zal er ontstaan over of het huidige gemeentefonds toereikend is en dus ook over welk deel van het budget overgeheveld dient te worden naar de Spuk's. Dit in lijn met de discussies die nu spelen over de toereikendheid van het budget van gemeenten. Gedurende de looptijd van de Spuk's zal deze discussie regelmatig terugkeren, en door de beperkte beleids- en bestedingsvrijheid van gemeenten urgenter zijn.

← Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN
← Terug naar overzicht resultaten

15 Knelpuntenfonds decentralisaties plus uniformeren indicatie en inkoop

De indicatiestelling en inkoop van maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg wordt landelijk geüniformeerd. Daarbij wordt er een knelpuntenfonds opgericht waarop gemeenten een beroep kunnen doen als zij buiten hun eigen invloed om tegen een tekort aanlopen. Het fonds is aanvullend op het gemeentefonds en wordt jaarlijks gevuld met extra middelen ter hoogte van € 1,2 mld.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**0**	**1.200+PM**	**1.200+PM**	**1.200+PM**
w.v. knelpuntenfonds	0	0	1.200	1.200	1.200
w.v. doelmatigheidseffect centrale indicatie- en inkoopregels	0	0	PM	PM	PM
w.v. doelmatigheidseffect knelpuntenfonds	0	0	+PM	+PM	+PM
Kwalitatief effect					
Vermindering van de financiële risico's voor gemeenten bij de uitvoering van de Jeugdwet en de Wmo.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Nu is een gemeente verantwoordelijk voor de eigen inkoop en het sluiten van contracten met aanbieders. Ze contracteert ondersteuning en jeugdzorg die gericht is op de ondersteuningsbehoefte van een persoon (ondersteuning op maat). Voor de Wmo 2015 stellen de gemeenten de indicatie: soort en omvang ondersteuning. Op grond van de Jeugdwet wordt de indicatie niet alleen verricht door gemeenten, maar ook vele anderen kunnen bepalen welke zorg een jeugdige krijgt, zoals de huisarts, medisch specialist, jeugdarts, gecertificeerde instellingen, kinderrechter, en de directeur van de justitiële jeugdinrichting.

Met deze maatregel worden wettelijk centrale indicatie- en inkoopregels vastgesteld, waar gemeenten zich aan moeten houden. De maatregelen vereisen een wetswijziging van de Wmo en de Jeugdwet, waardoor een implementatietermijn van minimaal twee jaar nodig is. Daarnaast moet ook het knelpuntenfonds worden opgericht.
Gemeenten krijgen een integraal bedrag voor de uitvoering van de Wmo en de Jeugdwet. De verdeling gebeurt op basis van objectieve verdeelmodellen. Het knelpuntenfonds is aanvullend op het gemeentefonds en wordt jaarlijks gevuld met extra middelen ter hoogte

van € 1,2 mld. Het budget wordt verdeeld op basis van daadwerkelijke gemaakte kosten en de tekorten die hierdoor ontstaan op de begrotingen. De precieze criteria om een beroep op het knelpuntenfonds te kunnen doen, worden te zijner tijd uitgewerkt. Als er meer aanvragen zijn dan er budget is, worden de uitkeringen aan gemeenten naar rato gekort.

Momenteel wordt niet centraal bijgehouden hoeveel gemeenten separaat uitgeven voor de Wmo en de jeugdzorg. De gemeentelijke boekhouding zal moeten worden aangepast om tekorten te kunnen aantonen.

Budgettaire effecten

De uitgaven voor het knelpuntenfonds bedragen structureel € 1,2 mld.

Een mogelijk positief effect van de centrale indicatie- en inkoopregels kan zijn dat gemeenten niet alles zelf hoeven op te zetten en uit te zoeken. Mogelijk is daarom sprake van een doelmatigheidseffect. Hoeveel is niet te ramen, gezien nu ook geen zicht is op de huidige kosten voor gemeenten voor het proces omtrent indicatiestelling en inkopen.

Anderzijds leiden centrale indicatie- en inkoopregels tot minder maatwerk en minder mogelijkheden om in een direct gesprek tot levensbrede zorg en ondersteuning voor een persoon te komen, afgestemd op diens persoonlijke situatie. De mogelijkheden voor gemeenten om doelmatige voorzieningen te leveren worden ingeperkt, als landelijke normen bepalend zijn. Ook zijn er kosten verbonden aan centrale regulering.

Gemeenten krijgen met dit voorstel extra middelen indien zij met tekorten te maken krijgen. In dat geval kunnen ze immers aankloppen bij het knelpuntenfonds. Dit verkleint de (doelmatigheids)prikkel voor gemeenten om binnen het beschikbare budget voor de uitvoering van de Wmo en de Jeugdwet te blijven (+PM).

Overige effecten

Met deze maatregel zijn gemeenten verzekerd van voldoende budget. Zeker voor kleine gemeenten kan dat belangrijk zijn, omdat een paar dure gevallen waar de gemeente weinig invloed op heeft, zwaar op de begroting drukken.

← **Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

16 Wegnemen van financiële prikkel voor gemeenten op doorstroom naar Wlz (en Zvw)

De maatregel vermindert de prikkels voor gemeenten om (zorg voor) cliënten en daarmee samenhangende kosten te verschuiven naar de Wlz.
Deze maatregel kent twee varianten:
Variant A: de financiële prikkel is alleen gericht op het beperken van Wlz-zorg.
Variant B: de financiële prikkel wordt naast de Wlz op een analoge manier ook gericht op de instroom in de acute zorg Zvw-zorg (SEH).

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A	0	0	0	0	PM
Kwalitatief effect					
De stap naar een intramurale setting wordt mogelijk eerder gezet na het krijgen van een Wlz-indicatie.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Gemeenten krijgen op dit moment een vast budget in de Wmo, onafhankelijk van het aantal mensen dat in de Wmo of in de Wlz zit. Dat leidt tot een financiële prikkel om cliënten naar Zvw en Wlz door te verwijzen; hierbij zal het (benodigde) budget voor de Wlz toenemen terwijl het Wmo-budget voor gemeenten gelijk blijft. Ook neemt de mogelijkheid om zorguitgaven bij zwaardere zorgvragen te verschuiven naar andere domeinen de prikkel weg om in te zetten op preventie. Terwijl de kosten van investeringen in de zelfredzaamheid van ouderen bij gemeenten liggen, slaan de baten immers neer in het Wlz- of het Zvw-domein.

Bij variant A is er in de praktijk een grijs gebied tussen de Wmo (verantwoordelijkheid gemeenten) en de Wlz (verantwoordelijkheid Rijk): mensen die thuis kunnen blijven wonen met zorg en ondersteuning uit de Wmo en Zvw, maar ook voldoen aan de criteria om in aanmerking te komen voor de Wlz. De kosten van zorg vanuit de Wmo zijn voor gemeenten, dus bekostiging vanuit de Wlz is voor gemeenten financieel aantrekkelijk.

De maatregel beoogt de financiële prikkel weg te nemen om kosten te verschuiven naar de Wlz. Een gemeente die het gebruik van de Wlz weet te beperken en voor meer mensen zorg en ondersteuning levert, krijgt ook meer middelen. Een gemeente waarin meer mensen

naar de Wlz uitstromen, heeft daardoor relatief minder mensen in de Wmo en daarvoor ook minder middelen nodig.

Op basis van historische gegevens en de demografische trend kan een verwachting worden gemaakt van de instroom naar de Wlz. Op het moment dat deze instroom lager is, kan een gemeente een hoger budget worden toegewezen op basis van een p*q-berekening. Optioneel moeten gemeenten met een hoge instroom betalen. Wanneer iemand vanuit gemeente X gebruik maakt van de Wlz in gemeente Y, wordt dit ten laste gelegd aan gemeente X, ook als de instromer verhuist naar een instelling buiten de gemeente. De Wmo en Wlz worden hiermee communicerende vaten. Een uitvoering op basis van objectieve maatstaven lijkt niet goed uitvoerbaar, omdat populatiekenmerken maar een beperkt deel van de instroom in de Wlz verklaren.

Een (dergelijke) financiële prikkel in het gemeentefonds past niet bij de huidige uitgangspunten van de Financiële verhoudingswet en zal hiervoor moeten worden aangepast. Deze aanpassing staat op gespannen voet met fundamentele principes achter de huidige systematiek van het gemeentefonds. Dit vergt een wetswijziging die twee jaar in beslag zal nemen. Bekeken kan worden of de maatregel via een specifieke uitkering vorm gegeven kan worden om zo de verdere systematiek van het gemeentefonds zo veel mogelijk ongemoeid te laten.

Voor de uitvoerbaarheid kan ervoor worden gekozen om eerst een aantal jaar de stromen te volgen om de uitvoerbaarheid te toetsen. Deze gegevens kunnen worden gebruikt voor de aanpassing van budgetten. Ook kan er eerst op kleinere schaal geëxperimenteerd worden.
Aandachtspunten voor een onderzoek naar de uitvoerbaarheid van de maatregel zijn:
- de technische uitwerking – waaronder bezien of betrouwbare ramingen mogelijk zijn van de uitstroom naar de Wlz per gemeente - en eventuele neveneffecten;
- administratieve lasten;
- de gevolgen voor de financiële en bestuurlijke verhoudingen tussen Rijk en gemeenten;
- prikkels op andere actoren die van invloed zijn op de instroom in de Wlz: zorgverzekeraars, zorgaanbieders/professionals, de cliënt en zijn naasten. Om de maatregel optimaal te laten functioneren moeten ook de prikkels op deze actoren worden bezien, bijvoorbeeld de tarievenstructuren, de eigen bijdragen en eigen betalingen.

Voor de invoering van de maatregel is na de periode van de wetswijziging met een termijn van twee jaar rekening gehouden.

Voor variant B geldt dat het effect van gemeentelijk beleid op het SEH-bezoek moeilijk te kwantificeren is. Het is onduidelijk hoe een gemeente een sterke invloed op de vraag van de SEH kan uitoefenen en wat onder een SEH-bezoek moet worden verstaan. In de ene gemeente kan dit om weinig, maar zware gevallen gaan, in de andere gemeente om veel, maar lichte ongevallen. Deze variant is daarmee niet uitvoerbaar en is niet verder uitgewerkt.

Budgettaire effecten

Met de maatregel wordt een betere verdeling van mensen over de Wmo, Zvw en Wlz beoogd, wat tot kostenbesparingen zou kunnen leiden. De maatregel geeft een prikkel aan gemeenten om – vergeleken met de huidige situatie - meer cliënten uit de Wlz te houden, door het bieden van Wmo-zorg en ander gemeentelijk beleid. Dit leidt tot een besparing als de extra uitgaven aan Wmo-zorg opwegen tegen de besparingen aan Wlz-zorg. De mogelijke besparing hangt af van de doelmatigheid van de huidige verdeling van cliënten over de regelingen. Daarbij geldt dat vanuit de Wmo/Zvw er meer prikkels zijn om kosteneffectief om te gaan met de beschikbare budgetten dan in de publiekrechtelijke Wlz. Er is echter geen totaaloverzicht van mogelijke besparingen. Voor de lichtste intramurale zorg geeft maatregel 19 (Geen toegang tot de Wet langdurige zorg voor lichtere zorgzwaartes) hier inzicht in.

Overige effecten

Op het moment dat een indicatie voor de Wlz is verkregen, is het mogelijk dat de stap naar een intramurale setting eerder wordt gezet. Dit kan enerzijds leiden tot minder spoedopnames van kwetsbare mensen en minder eenzaamheid in de nieuwe omgeving, anderzijds blijven mensen in dat geval minder lang in hun vertrouwde omgeving wonen.

86

← Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN
← Terug naar overzicht resultaten

17 Financiële prikkels voor de inzet van informele zorgverleners

Er worden financiële prikkels in de Wet langdurige zorg (Wlz) geïntroduceerd om informele zorgverleners beter te betrekken bij de formele zorg. Patiënten krijgen de mogelijkheid om de eigen bijdragen in de Wlz gedeeltelijk terug te verdienen als hun netwerk meer mantelzorg verricht en zo taken van de professionele zorg overneemt.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto -collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**95**	**95**	**+PM**	**+PM**
w.v. effect terugverdienen eigen bijdrage	0	0	0	+PM	+PM
w.v. transitiekosten	0	95	95	0	0
Kwalitatief effect					
Mantelzorgers/vrijwilligers worden meer betrokken bij de formele zorg; extra registratieverplichtingen voor zorgmedewerkers.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Deze maatregel vraagt om een afbakening van de informele zorgverlening. De minst complexe uitwerking is als naasten, mantelzorgers en vrijwilligers tot de informele zorgverleners worden gerekend. Bij de uitwerking van hun inzet kan worden aangesloten bij het begrip gebruikelijke zorg zoals dat bestond tijdens de AWBZ en nog steeds geldt in de Wlz voor de zorg van ouders aan hun thuiswonende kinderen.

Het gaat dan om de normale, dagelijkse zorg voor elkaar, zoals het ondersteunen bij vaardigheden, het aanbrengen van structuur (begeleiding) en het overnemen van toezicht bij cliënten waarbij geen levensgevaarlijke situatie kan ontstaan. Lijfsgebonden verzorging en verpleging valt niet onder gebruikelijke zorg. Verondersteld is dat deze maatregel geldt voor alle sectoren (V&V, GHZ, ggz) en zowel voor zorg met als zonder verblijf (met uitzondering van pgb).

De uitvoering van de maatregel is complex, omdat zorginstellingen de inzet van informele zorgverleners systematisch voor alle individuele Wlz-cliënten moeten verzamelen en doorgeven aan het CAK. Hiervoor dienen informatiesystemen te worden ontwikkeld. Het CAK heeft minimaal drie jaar nodig om de eigenbijdragesystematiek aan te passen. Deze maatregel leidt tot een aanzienlijke toename van de administratieve lasten en daarmee tot

een extra werkdruk voor zorgmedewerkers. Daarnaast bestaan er risico's op fouten in de herberekening van de eigen bijdrage. De maatregel vergt een wetswijziging.

Een alternatieve variant, waarin instellingen een malus krijgen opgelegd die afhankelijk is van de mate waarin zij mantelzorgers/vrijwilligers weten te betrekken bij de formele zorg, is niet uitvoerbaar. Bij deze variant kan de malus leiden tot tarieven die niet-kostendekkend zijn. Dit staat op gespannen voet met de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg), Art. 50 en bijbehorende jurisprudentie. Deze variant is daarom juridisch niet haalbaar en niet verder uitgewerkt.

Budgettaire effecten

Door de financiële prikkel voor de cliënt zullen mantelzorgers naar verwachting meer zorg gaan leveren. Er zit echter wel enige vertraging in deze prikkel. Verder zal het gedragseffect beperkt zijn bij de cliënten die geen of een beperkte eigen bijdrage betalen. Zo betaalt 72% van de Wlz-cliënten met een modulair pakket thuis (MPT) de minimale eigen bijdrage van € 23 per maand; van de cliënten met een volledig pakket thuis (VPT) betaalt 51% de minimale eigen bijdrage van € 161,80 per maand.[1] Bij cliënten die in een instelling verblijven en een hoge eigen bijdrage betalen, zal de prikkel groter zijn. In 2018 betaalde circa 25% van hen meer dan € 1000 per maand.[2]
Daarnaast is het effect beperkt bij cliënten die niet beschikken over een sociaal netwerk dat hulp en ondersteuning kan bieden. Zo ontvangt 27% van de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen geen informele zorg.[3]

Het budgettaire effect van deze complexe maatregel is moeilijk te duiden. Het hangt af van de precieze uitwerking, van de beschikbaarheid van informele zorgverleners en van de gevoeligheid van de cliënt voor financiële prikkels. Over de meeste factoren zijn geen empirische gegevens beschikbaar.

Door de maatregel nemen de netto-collectieve lasten toe, omdat de inkomsten uit de eigen bijdrage dalen terwijl er geen tariefmaatregel wordt genomen. De omvang van de toename van de collectieve lasten hangt af van welk percentage van de besparing op formele zorg teruggegeven wordt in de vorm van lagere eigen bijdragen en van de extra administratieve lasten bij zorginstellingen en het CAK.

1 CAK, peildatum: november 2018.
2 CAK, peildatum: november 2018.
3 SCP, Ouderen in verpleeghuizen en Verzorgingshuizen; landelijk overzicht van hun leefsituatie 2015/2016, september 2017.

Daarnaast stijgen de collectieve lasten doordat de informele (onbetaalde) zorg die bijna 70% van de mensen binnen zorginstellingen nu al ontvangt, wordt omgezet naar betaalde mantelzorg.[4]

Ten slotte zijn er transitiekosten van jaarlijks € 95 mln. gedurende twee jaar.

Overige effecten

- De druk op mantelzorgers en vrijwilligers kan toenemen, terwijl het mantelzorgpotentieel op termijn afneemt vanwege onder andere de vergrijzing.
- De maatregel leidt tot extra registratieverplichtingen voor zorgmedewerkers, waardoor het werken in de zorg minder aantrekkelijk wordt.
- De kwaliteit van de zorg kan onder druk komen te staan.
- Deze maatregel heeft geen effect bij cliënten zonder sociaal netwerk.
- De maatregel kan de druk op de krappe arbeidsmarkt verlagen.

Overige opmerkingen

Maatregel 29 (De Wet langdurige zorg wordt een voorziening) is een alternatief voor deze maatregel. Daarin worden elementen van de Wmo 2015 (betrekken context bij het bepalen van het zorgaanbod) in de Wlz geïntroduceerd.
Daarnaast interacteert deze maatregel met andere maatregelen die een wijziging van de eigen bijdrage voorstellen, zoals de maatregelen 70 (Effect van vermogen op eigen betalingen Wmo en Wlz aanpassen), 72 (Afschaffen eigen bijdrage Wlz) en 73 (Hoge eigen bijdrage eerste vier maanden intramurale zorg in Wlz en Wmo beschermd wonen).

← **Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

4 SCP, Ouderen in verpleeghuizen en Verzorgingshuizen; landelijk overzicht van hun leefsituatie 2015/2016, september 2017.

18 Verplichten meerjarige contracten en budgetafspraken in de Wet langdurige zorg

Er komt een verplichting tot meerjarige contracten met budgetafspraken, afgesloten tussen Wlz-uitvoerders en zorgaanbieders, gecombineerd met een meerjarige contracteerruimte.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**0**	**-55**	**-110**	**-65**
w.v. korting vanwege grotere zekerheid	0	0	-40	-80	-80
w.v. lagere administratieve lasten inkoop	0	0	-15	-25	-25
w.v. hoger tarieven door geringere concurrentie	0	0	0	0	40
Kwalitatief effect					
Meerjarige zekerheid leidt mogelijk tot meer vaste aanstellingen en tot lagere tarieven.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Het inkoopproces wordt meerjarig. De voorlopige kaderbrief van mei voor de contracteerruimte voor het jaar t+1 en de definitieve kaderbrief van september voor het jaar t+1 worden vervangen door een meerjarige kaderbrief. De Wlz moet worden aangepast. Daarbij moet een verplichte minimumduur goed te rechtvaardigen zijn, omdat met een dergelijk voorschrift inbreuk wordt gemaakt op het beginsel van contractvrijheid. Er moet voorzien worden in een mechanisme om tekorten op te vangen.

Budgettaire effecten

Zorgaanbieders zijn waarschijnlijk bereid een korting te accepteren in ruil voor zekerheid van financiering. Minder onzekerheid over de omvang van het meerjarige budget kan ertoe leiden dat vast personeel wordt aangetrokken in plaats van (duurdere) externe krachten. Ook kan meerjarige zekerheid ertoe leiden dat instellingen goedkoper kunnen lenen en banken eerder bereid zijn om geld te verstrekken. Omdat zorgkantoren geen financiële prikkel hebben om kortingen te bedingen, wordt het budget vooraf gekort.

De administratieve lasten zullen structureel € 25 mln. afnemen door minder frequent inkopen.

Tegenover de mogelijke besparingen staan ook mogelijke hogere uitgaven door beperkingen van de concurrentie. Vanwege de maximumcontracteerruimte betekent een (deels) langjarige omzetgarantie op middellange termijn marktmacht voor 'oude' zorgaanbieders omdat minder ruimte overblijft voor nieuwe, innovatieve zorgaanbieders. Na verloop van tijd zal het bedingen van kortingen door het zorgkantoor daarom moeilijker worden. Een deel van het budget moet gereserveerd worden voor nieuwe aanbieders die gedurende de periode toetreden.

In de berekening van de besparingen wordt uitgegaan van besparingen vanwege de grotere zekerheid (1%) en de hogere tarieven door de afnemende concurrentie (0,5%), die alleen betrekking hebben op de gehandicaptensector en ggz. Dit resulteert in een besparingen van € 80 mln., respectievelijk extra uitgaven van € 40 mln. Omdat in de sector verpleging & verzorging gewerkt gaat worden met een integrale vergelijking is de verwachting dat de opbrengst in die sector nihil is.

Overige effecten

Meerjarige zekerheid leidt mogelijk tot meer vaste aanstellingen en tot lagere tarieven.

← **Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

19 Geen toegang tot de Wet langdurige zorg voor lichtere zorgzwaartes

De toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige Zorg (Wlz) vervalt voor nieuwe cliënten met de lichtere zorgzwaartes voor verpleging en verzorging en een verstandelijke handicap (ZZP VV4 en VG3). Zij blijven langer thuis wonen en krijgen in plaats van dure Wlz-zorg, ondersteuning en zorg vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en Zorgverzekeringswet (Zvw).

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**0**	**-110**	**-450**	**-740**
w.v. overheveling intramuraal VV4 en VG3	**0**	**0**	**-140**	**-410**	**-1.100**
w.v. Wlz	0	0	-330	-1.000	-2.600
w.v. Wmo	0	0	65	200	520
w.v. Zvw	0	0	130	390	990
w.v. overheveling extramuraal VV4 en VG3	**0**	**0**	**-10**	**-80**	**-80**
w.v. Wlz	0	0	-110	-1.000	-1.000
w.v. Wmo	0	0	35	340	340
w.v. Zvw	0	0	65	600	600
w.v. upcoding bestaande extramurale populatie	0	0	15	15	20
w.v. extra nieuwe instroom Wlz	0	0	0	5	50
w.v derving eigen bijdragen totaal	0	0	25	25	340
Kwalitatief effect					
Voor een deel van de doelgroep kan het zorg- en ondersteuningsaanbod ontoereikend worden.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Voor de sectoren verpleging & verzorging (ouderenzorg) en voor verstandelijk gehandicapten worden de indicatiecriteria voor de Wlz aangepast, zodat de volgende cliënten geen beroep meer kunnen doen op de Wlz:

- cliënten die (vrijwel) geen behoefte hebben aan verpleging, maar vooral toezicht en stimulatie nodig bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (dus geen hulp bij of overname van).
- cliënten die geen intensieve verzorging nodig hebben maar wel begeleiding bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (dus geen hulp bij of overname van).

Cliënten met deze zorgbehoefte zijn dan voor hun verpleging, verzorging en behandeling voortaan aangewezen op de Zvw. Voor hun begeleiding/dagbesteding, huishoudelijke hulp en cliëntondersteuning kunnen zij een beroep doen op de Wmo 2015.

De maatregel vergt wijziging van in ieder geval de Wlz en onderliggende regelgeving. Afhankelijk van de uitwerking moeten mogelijk ook de Zvw en Wmo 2015 gewijzigd worden, zodat mensen passende zorg en voorzieningen blijven ontvangen. Er is overgangsrecht nodig in verband met verworven rechten. Rekening moet worden gehouden met een invoeringstraject van vijf jaar inclusief een wetgevingstraject van twee jaren. Dit invoeringstraject is nodig om cliënten uit de Wlz met VV4 en VG3 zorgprofielen over te laten stappen naar de Zvw en de Wmo. Voor cliënten die in een zorginstelling verblijven, geldt een overgangstraject. Zij behouden hun recht op Wlz-zorg zolang er sprake is van zorg in natura met verblijf (eerbiedigende werking). Vanaf jaar 3 krijgen geen nieuwe cliënten met een zorgprofiel VV4 of VG3 meer toegang tot de Wlz.

Budgettaire effecten

Er zijn 25.155 mensen met een VV4 en 11.660 mensen met een VG3-verblijf zorg in natura in een instelling (daarvan respectievelijk 17% en 40% inclusief behandeling). Daarnaast gebruikten 11.010 mensen met een VV4 en 11.585 mensen met een VG3 een volledig pakket thuis (VPT), modulair pakket thuis (MPT) of persoonsgebonden budget (pgb).[1] Voor de berekening gaan we er vanuit dat het aantal mensen dat in de toekomst een beroep zou doen op de Wlz met een VV4 of een VG3 gelijk is aan de huidige populatie gebruikers. Door deze maatregel zullen deze groepen toegang tot de Wlz verliezen en in plaats daarvan Zvw en Wmo gefinancierde zorg en ondersteuning thuis gaan gebruiken.
Aangenomen wordt dat zorg en ondersteuning op grond van de Zvw/Wmo qua kosten gelijk zijn aan het MPT/pgb binnen de Wlz. Van de mensen met een zorgprofiel VV4 gaat 65% van de kosten op de Zvw drukken en 35% op de Wmo. Bij de groep met VG3 is die verhouding 40% om 60%.

1 Cijfers uit 2018.

Bestaande cliënten met een VV4 en VG3 die intramurale Wlz zorg in natura gebruiken, behouden hun huidige recht op Wlz-zorg. Daarom wordt een ingroeipad gehanteerd van drie jaar na het wetstraject voor VV4 en tien jaar voor VG3.[2] Voor bestaande extramurale cliënten wordt rekening gehouden met een overgangsrecht voor één jaar na inwerkingtreding van het wetsvoorstel. Na inwerkingtreding van het wetsvoorstel geldt voor nieuwe cliënten die voldoen aan een zorgprofiel VV4 of VG3 dat deze per direct instromen in het nieuwe regime en geen toegang meer krijgen tot de Wlz.

Voor bestaande cliënten die Wlz-zorg gebruiken via een pgb, MPT of VPT levert de maatregel een structurele besparing op van € 81 mln. aan zorguitgaven. Voor bestaande cliënten die verblijf afnemen, is die besparing € 1.050 mln.[3]

Ook zal ongeveer 5% van de bestaande cliënten met extramurale zorg na herindicatie naar de Wlz gaan (extra instroom).[4] Dit brengt € 16 mln. meerkosten met zich mee. Cliënten die qua zorgzwaarte aan de bovengrens van de huidige VV 4 en VG 3 zitten en toegang tot de Wlz willen, zullen proberen een hogere indicatie te krijgen. We gaan uit van 5% van de totale nieuwe instroom voor alle leveringsvormen, zodat er alsnog € 49 mln. aan extra kosten onder de Wlz ontstaat.

Door de maatregel zijn er minder opbrengsten uit eigen bijdragen. Zo'n 24.000 mensen gaan in plaats van een eigen bijdrage voor Wlz-zorg het verplicht eigen risico voor de Zvw en het abonnementstarief van de Wmo 2015 betalen. Omdat de bedragen in de Zvw en de Wmo lager zijn, wordt er per saldo € 333 mln. minder geïnd.

De totale structurele besparing is € 735 mln. Door afrondingen wijkt dit bedrag af van de som van de afzonderlijke bedragen. Alle bedragen in de tabel zijn opgehoogd naar prijspeil 2021.

Overige effecten

Cliënten die qua zorgzwaarte aan de bovengrens van de huidige VV4 en VG3 zitten en toegang tot de Wlz willen, zullen bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) proberen een hogere indicatie te krijgen. Dit effect wordt gedempt door de hogere eigen betalingen in de Wlz.

2 Verzekerden met deze indicatie die onder het overgangsrecht vallen, hebben hierna mogelijk nog steeds zorg nodig en worden dan alsnog met de transitie geconfronteerd.
3 Inclusief de € 413 mln. extra gelden die zijn bedoeld voor het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.
4 Aangenomen is dat deze cliënten van extramuraal naar intramuraal verschuiven en daarbij 1 ZZP omhoog gaan om toegang te hebben tot de Wlz.

Waarschijnlijk is het huidige zorg- en ondersteuningsaanbod vanuit de Zvw en Wmo niet voldoende voor een deel van de doelgroep. Mensen die geen recht meer op verblijf hebben, zullen een passende woning nodig hebben met eventueel woningaanpassing (met name ouderen die verpleging en verzorging nodig hebben) en zullen een beroep doen op de huurtoeslag (dat gaat om ca. € 57 mln.). Intramurale instellingen krijgen te maken met een terugloop van cliënten.

Overige opmerkingen

Onder zorgprofiel VV4 en VG3 vallen mensen die met hulp thuis zouden kunnen wonen, maar ook mensen bij wie dit wellicht niet gaat. Er is een grote bandbreedte. Wellicht kan het profiel worden versmald en verfijnd.

Deze maatregel kan niet samengaan met maatregel **20** (Herintroductie zorgzwaartepakketten VV2 en VV3 als toegang tot Intramurale Ouderenzorg). De maatregel interacteert tevens met andere ZIK-maatregelen die een wijziging van de Wlz voorstellen, omdat de doelgroep van die maatregelen kleiner wordt.

← **Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

20 Herintroductie zorgzwaarte-pakketten VV2 en VV3 als toegang tot Intramurale Ouderenzorg

Cliënten die voldoen aan het profiel passend bij het zorgzwaartepakket (ZZP) VV2 en VV3 indicatie krijgen opnieuw toegang tot de Wlz. Daarnaast is er een variant waarbij alleen cliënten met een profiel passend bij het ZZP VV3 opnieuw toegang krijgen tot de Wlz. De zorg kan zowel intra- als extramuraal worden geleverd.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Openstellen voor ZZP VV2 en 3	**0**	**0**	**60**	**180**	**600**
w.v. Wlz-kosten	0	0	260	770	2.600
w.v. Wlz-besparingen	0	0	-10	-30	-110
w.v. eigen bijdrage Wlz	0	0	-40	-110	-380
w.v. Wmo-besparing	0	0	-70	-220	-720
w.v. derving eigen bijdrage Wmo	0	0	0	5	15
w.v. Zvw-besparing	0	0	-80	-230	-770
Openstellen voor ZZP VV3	**0**	**0**	**40**	**130**	**420**
w.v. Wlz-kosten	0	0	180	530	1.800
w.v. Wlz-besparingen	0	0	-10	-30	-110
w.v. eigen bijdrage Wlz	0	0	-25	-70	-240
w.v. Wmo-besparing	0	0	-45	-130	-430
w.v. derving eigen bijdrage Wmo	0	0	0	0	10
w.v. Zvw-besparing	0	0	-60	-170	-580
Kwalitatief effect					
Meer mensen komen in aanmerking voor de Wlz, waardoor de druk op de intramurale capaciteit (vastgoed) toeneemt.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De Wlz biedt een verzekering voor alle mensen die een blijvende behoefte hebben aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid of aan permanent toezicht, onder meer vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke handicap (artikel 3.2.1 Wlz).
Met deze maatregel worden voor de verpleging en verzorging/ ouderenzorg de toegangscriteria aangepast. Cliënten die behoefte hebben aan beschut wonen met begeleiding en

(intensieve) verzorging en niet of nauwelijks behoefte hebben aan verpleging maar toezicht en stimulatie nodig hebben bij algemene dagelijkse levensverrichtingen komen in aanmerking voor de Wlz. Wanneer de Wlz alleen opengesteld wordt voor VV3, betreft het intensieve verzorging.

De maatregel vergt wijziging van de Wlz. Rekening moet worden gehouden met een wetgevingstraject van minimaal twee jaar. In de onderbouwing van de budgettaire effecten is ervan uitgegaan dat alle leveringsvormen worden opengesteld.

Budgettaire effecten[1]

De maatregel kan op zijn vroegst in jaar 3 worden ingevoerd omdat er een wetswijziging noodzakelijk is. Er wordt een ingroeipad van vijf jaar gehanteerd, omdat niet alle ouderen die recht hebben op intramurale zorg vanuit ZZP VV2-3, daar direct gebruik van zullen maken. Ook nieuwe plekken creëren kost tijd. Verder gaan we er bij herinvoering vanuit dat de toekomstige vraag naar plekken hetzelfde is als die in 2012, waarbij we wel rekening houden met toekomstige demografische ontwikkelingen. De vraag naar plekken loopt dan op van 10.000 plekken in jaar 3 tot 99.000 plekken in jaar 6. De verdeling over de verschillende ZZP's is ongeveer gelijk aan 30% ZZP VV2 en 60% ZZP VV3.

Het totale budgettaire effect van de herinvoering ZZP VV2-3 is gelijk aan € 60 mln. in jaar 3 en loopt op tot structureel € 600 mln. structureel. Wanneer het alleen ZZP VV3 betreft, loopt het budgettaire effect op van € 40 mln. in jaar 3 tot structureel € 420 mln. Alle bedragen in de tabel zijn opgehoogd naar prijspeil 2021.

De herinvoering van ZZP VV2-3 geeft cliënten na indicatie het recht om te kiezen uit zorg die betaald wordt uit het pgb, via het Modulair Pakket Thuis (mpt), het Volledig Pakket Thuis (vpt) of verblijf in een instelling (zin-verblijf). De relatieve vraag naar deze zorgvormen is 25% MPT/pgb, 10% VPT en 65% zorg in natura in een instelling. Met name Wlz zorg in een instelling heeft hogere kosten dan de huidige extramurale zorg vanuit de Zvw/Wmo.

Bij de berekening van de budgettaire effecten is verder uitgegaan van de tarieven 2019, zoals die voor de verschillende vormen van zorg zijn gepubliceerd en de meest recente inzichten met betrekking tot de eigen bijdrage.

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg gaat niet gelden voor ZZP VV2 en 3.

1 Het CPB heeft op verzoek van de SP in 2018 een publicatie uitgebracht naar het opnieuw invoeren van ZZP V&V 1 t/m 3. Als onderbouwing van de kwantitatieve inschatting van de effecten is gebruik gemaakt van de onderbouwing van het CPB, die gebruikt is bij deze publicatie.

Overige effecten

Doordat de instroom in de Wlz wordt vergroot, komt er meer druk op de beschikbare intramurale capaciteit (vastgoed).

Overige opmerkingen

Met deze maatregel wordt de doelgroep van de Wlz groter en er is daarom interactie met Wlz-maatregelen: 4 (Terugdringen ondervoeding en uitdroging intramurale ouderenzorg), 5 (Realiseren extra plekken in verpleeghuizen), 17 (Financiële prikkels voor de inzet van informele zorgverleners), 19 (Geen toegang tot de Wet langdurige zorg voor lichtere zorgzwaartes), 22 (PGB alleen in eigen beheer), 25 (Wlz-instellingen worden pgb-instellingen), 26 (Introductie vouchers en mantelzorgvergoeding in de Wlz), 27 (Introductie vouchers voor individuele inkoop van langdurige ouderenzorg), 28 (Scheiden van wonen en zorg in Wlz), 29 (De Wet langdurige zorg wordt een voorziening).

← **Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

21 Zorgaanbieders indiceren zelf in de Wet langdurige zorg

Zorgaanbieders gaan zelf vaststellen of iemand toegang heeft tot de Wet langdurige zorg en wat de ondersteuningsbehoefte is van de cliënt. Dit komt in plaats van de onafhankelijke indicatiestelling door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De eigen verantwoordelijkheid van aanbieders gaat ook gelden voor herindicaties bij een verzwaring van de zorgvraag. Het CIZ voert steekproefsgewijs controles uit op de afgegeven indicaties.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**5**	**5**	**40**	**90**	**160**
w.v. 25% besparen op uitvoeringskosten CIZ	0	0	-20	-20	-20
w.v. upcoding wegens indiceren door zorgaanbieders	0	0	55	110	180
w.v. extra instroom Wlz	0	0	0	5	5
w.v. transitiekosten	5	5	0	0	0
Kwalitatief effect					
Zorgaanbieders hebben zelf de regie op het (her-)indicatieproces in de Wlz.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Er is een wetswijzing nodig om de taakoverdracht van het CIZ naar de zorgaanbieders te regelen. Het betekent ook dat zorgaanbieders voor deze taak een bestuursorgaan worden. Daarmee gaan ze onder de Algemene wet bestuursrecht (Awb) vallen. Deze wetswijziging neemt minimaal twee jaar in beslag.

Het CIZ heeft nu zes weken om een Wlz-aanvraag te behandelen. Een spoedaanvraag kan binnen 48 uur worden afgehandeld. In juli 2019 werd 97% van de afgegeven besluiten binnen de norm afgegeven, met een gemiddelde afhandeltijd van zeven dagen. Naar aanleiding van toezeggingen van de minister van VWS aan de Tweede Kamer heeft het CIZ in 2018 een pilot uitgevoerd om te onderzoeken hoe het indicatieproces kan worden versneld. De Kamer is hier in april 2019 over geïnformeerd.[1] Het CIZ spant zich in om de versnelde werkwijze in 2020 landelijk te bestendigen en loopt hiermee op schema.

Gezien deze ontwikkeling bij het CIZ is het niet de verwachting dat het indicatieproces sneller kan verlopen als het wordt overgelaten aan zorgaanbieders. Tegelijk blijkt uit

1 TK 2018-2019, 31 765 nr. 410.

onderzoek van Berenschot[2] dat zelf indiceren veel tijd en extra lasten voor aanbieders met zich mee brengt; zij moeten hiervoor ook nieuwe expertise opbouwen. Daarnaast is uit pilots in het kader van Waardigheid en Trots[3] gebleken dat het indicatieproces wel sneller verloopt, maar dat bij de geselecteerde aanbieders 26% van de beoordeling onjuist is.

Bij de berekeningen is verondersteld dat ook zorgverleners werkzaam voor pgb-budgethouders zelf de indicatie stellen. Gezien de kleinschaligheid van deze zorgverleners is het de vraag of zij hiervoor voldoende expertise hebben, zeker als alleen informele zorgverleners zijn gecontracteerd.

Budgettaire effecten

De uitvoeringskosten van het CIZ bedragen circa € 70 mln. (structureel vanaf 2021). Een deel van deze kosten zal vervallen. Uit rapportage van het CIZ blijkt dat het nodig is om een strikt controleregime in te richten.[4] Het CIZ moet dan een basisinfrastructuur handhaven. Aannemend dat 30% van de aanmeldingen alsnog moet worden getoetst, gaan de uitvoeringskosten dan met 25% (€ 18 mln.) omlaag. Daartegenover staan transitiekosten voor zorgaanbieders (opleiding, systeemaanpassingen) en het CIZ van jaarlijks € 5 mln. gedurende twee jaar.

Door onjuiste indicatiestelling nemen de kosten van zorgverlening in de Wlz toe. Dit wordt enerzijds veroorzaakt door verzwaring van de indicatie, upcoding, van huidige Wlz-cliënten en anderzijds door een grotere instroom in de Wlz. Volgens onderzoek van het CIZ uit 2013 zal zonder controle per saldo voor ongeveer 19% van de herindicaties sprake zijn van upcoding.[5] Bij intensieve controle blijkt dit percentage sterk af te nemen. Bij cliënten boven de 80 jaar met eenvoudige standaardherindicaties resteerde een upcodingspercentage van 4,3%.

Het is te verwachten dat dit percentage bij meer complexe situaties hoger uitvalt. Daar staat tegenover dat Wlz-cliënten niet altijd het maximaal toegestane zorgvolume van hun indicatie benutten.[6] [7] In de berekening wordt uitgegaan van een upcodingseffect van 5%. De aanname is dat in deze gevallen de zorgzwaarte 16%[8] te hoog wordt vastgesteld. Uit-

2 Berenschot (2018): Behoeftepeiling ontwikkeling indicatiestelling Wlz.
3 CIZ (2018): Uitkomst steekproef 2018 (W&T-thema indicatiestelling).
4 Zie controleactiviteiten bij indicatiemeldingen in het rapport CIZ (2014): Eindrapportage Aanscherping toezicht en handhaving.
5 CIZ (2013). Onderzoek omvang upcoding gemandateerde indicatiestelling en aanbevelingen.
6 CPB-SCP (2015): Keuzeruimte in de langdurige zorg.
7 CPB (2015): Does independent needs assesment limit supply-side moral hazard in long-term care? CPB discussionpaper 327.
8 16% staat gelijk aan de gemiddelde stijging van het zorgbudget wanneer een Wlz VV cliënt een ZZP hoger wordt geïndiceerd. Het is daarbij verondersteld dat de vergoeding voor vervoer en kapitaal gelijk blijft.

gaand van een totale omvang van de Wlz van € 21,9 mld. leidt dit tot een kostenstijging van structureel circa € 175 mln.

Naar verwachting zal ook de instroom in de Wlz toenemen, door ruimere interpretatie van de toegangscriteria. Hierbij is verondersteld dat 5% van de cliënten met een zorgzwaartepakket (ZZP) net onder de grens van de Wlz zullen instromen in de Wlz.[9] Dit leidt tot structureel ongeveer € 5 mln. extra kosten. Voor beide effecten, upcoding van bestaande Wlz-cliënten en een grotere instroom in de Wlz, is een ingroeipad van drie jaar verondersteld.

Overige effecten

De maatregel kan leiden tot discussies over ongelijke behandeling, omdat cliënten met een gelijke zorgvraag uiteenlopende hoeveelheden zorg kunnen ontvangen door het ontbreken van een centraal indicatieorgaan. Uit onderzoek van de Algemene Rekenkamer blijkt dat het CIZ 'zijn rol als poortwachter, wat betreft geografische uniformiteit, goed vervult'.[10]

De maatregel kan ook de keuzevrijheid van cliënten beperken. Zij worden afhankelijk van de zorgaanbieder die de indicatie stelt. Ook zal moeten worden bepaald welke zorgaanbieder de indicatiestelling mag uitvoeren als de cliënt nog geen contact heeft met een zorgaanbieder of als de cliënt overstapt naar een andere aanbieder. Daarnaast zal moeten worden geregeld dat cliënten in bezwaar en beroep kunnen gaan tegen de beslissing van de zorgaanbieder (ook om te voorkomen dat cliënten met ernstige beperkingen ten onrechte worden geweigerd).

← Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN
← Terug naar overzicht resultaten

9 CPB (2015): Zorgkeuzes in kaart. In de ZIK-berekening in 2015 werd ook verondersteld dat het upcodingspercentage gelijk is aan het extra toetredingspercentage.
10 Algemene Rekenkamer (2018): Focus op toegang tot de Wet langdurige zorg.

22 Pgb alleen in eigen beheer

Alleen wanneer iemand zelf in staat is om als budgethouder op te treden, kan iemand aanspraak maken op een persoonsgebonden budget. Uitzondering: bij een meervoudig beperkt kind kunnen de ouders als budgethouder optreden. Met de maatregel willen de indieners kosten besparen in de zorg door een reductie van fouten en het terugdringen van fraude. Zorgkantoor (voor Wlz), zorgverzekeraar (voor Zwv) en gemeente (voor Wmo 2015 en Jeugdwet) controleren/toetsen of iemand in staat is een pgb te beheren.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**0**	**PM**	**PM**	**PM**
w.v. besparing fraude en onjuist zorggebruik	0	0	-PM	-PM	-PM
w.v. pgb-uitgaven JW-Wmo2015-Wlz-Zvw	0	0	-2.600	-2.600	-2.600
w.v. zorg in natura uitgaven alle wetten	0	0	2.600	2.600	2.600
w.v. zorguitgaven omzetten pgb naar zorg in natura	0	0	PM	PM	PM
w.v. minder uitvoeringskosten	0	0	-PM	-PM	-PM
Kwalitatief effect					
Duurdere zorg in natura vervangt goedkopere zorg gefinancierd met pgb.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Deze maatregel gaat in feite terug naar de oorsprong van het pgb: het zélf regie (kunnen) voeren over de zorg én het budget. Een keuze voor het pgb is een bewuste keuze, een pgb moet bij een zorgvrager passen. Dat betekent dat je geschikt moet zijn voor een pgb en dat is in de huidige wetgeving al geregeld. Deze maatregel gaat daarin nog iets verder, namelijk dat de cliënt ook zelf het pgb moet kunnen beheren. Deze regievoering is in deze maatregel overigens niet van toepassing op meervoudig beperkte kinderen.

In 2020 zijn er naar verwachting in de JW/Zvw/Wmo en Wlz circa 147.000 budgethouders, waarvan er 115.000 hun budget niet zelf (kunnen) beheren en dit overlaten aan derden. Dit is niet vreemd gezien de aard van de problematiek van deze zorgvragers. De pgb-uitgaven van deze groep budgethouders bedragen € 3 mld.

In de verschillende wetten kunnen nadere eisen worden gesteld aan het toekennen van een pgb. In de Wlz gebeurt dit via artikel 3.3.3 van deze wet en de Regeling langdurige zorg. In het gemeentelijke domein zullen de Jeugdwet en de Wmo 2015 moeten worden aangepast. Voor de Zvw moet het Besluit zorgverzekering worden gewijzigd. In artikel 2.15c van dit besluit zijn voorwaarden opgenomen die aan budgethouders en diens vertegenwoordigers kunnen worden gesteld. Naar verwachting nemen de benodigde wetswijzigingen

(Wlz/Wmo 2015/JW) twee jaar in beslag en daarna is deze maatregel direct uitvoerbaar voor nieuwe aanvragen.

Rekening houdend met de groep meervoudig beperkte kinderen voor wie het pgb beschikbaar blijft, zal voor ruim 110.000 budgethouders de continuïteit van zorg moeten zijn geborgd.[1] Daarnaast is het belangrijk dat de gecontracteerde zorgaanbieders het vereiste maatwerk kunnen blijven leveren. Daar is een overgangsregeling voor nodig, die de uitvoering van deze maatregel complex maakt.

Budgettaire effecten

Bij deze maatregel verliezen 110.000 huidige budgethouders hun pgb en dienen zij over te stappen op zorg in natura. Dit betekent een forse inspanning voor gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren, waarbij het de vraag is of voor iedereen passende zorg in natura beschikbaar is.

De maatregel leidt tot een omvangrijke verschuiving van pgb-gefinancierde zorg naar zorg in natura voor een totaalbedrag van € 2,6 mld. Het betreft de pgb-uitgaven van € 3 mld. minus de pgb-uitgaven voor ernstig meervoudig beperkte (EMB-) kinderen (€ 0,4 mld.). Het totaalbedrag van € 2,6 mld. is als volgt (afgerond) te verdelen: € 1,8 mld. Wlz, € 0,4 mld. Jeugdwet, € 0,1 mld. Wmo en € 0,2 mld. Zvw.

De maatregel kan tot besparingsverlies leiden, omdat informele zorg wordt vervangen door duurdere professionele zorg. Dit is vooral aan de orde bij de Wlz-cliënten met een intensieve zorgvraag waardoor ze niet of nauwelijks zullen afzien van zorg. Cliënten met deze zorgvraag zijn in 2012 ook uitgezonderd van de pgb-maatregelen. Twee derde van de huidige pgb-uitgaven hebben betrekking op de Wlz.

Maar de maatregel kan ook tot besparing leiden omdat informele zorgverleners deels hun werkzaamheden onbetaald zullen voortzetten. Het is aannemelijk dat dit effect zich eerder zal voordoen bij cliënten uit de andere domeinen. Een derde van de huidige pgb-uitgaven hebben betrekking op de andere zorgdomeinen.

Beide effecten zijn niet te kwantificeren, omdat ze zijn gebaseerd op moeilijk te voorspellen gedragseffecten van een diverse groep budgethouders, variërend van cliënten met een beperkte ondersteuningsvraag tot cliënten met een zorgintensieve vraag. Bovendien organiseren budgethouders hun zorg op verschillende manieren (van minder tot meer inzet van informele zorg). De precieze inzet van beide zorgvormen is niet bekend. Dit alles

1 De correctie voor ouders van EMB-kinderen is lastig te bepalen omdat registratie van deze doelgroep ontbreekt. Er is in de berekening uitgegaan van 5.000 EMB-kinderen met een pgb.

maakt het moeilijk om aan te geven of deze maatregel zal leiden tot minder of tot meer zorguitgaven.

Deze maatregel leidt structureel tot minder uitvoeringskosten. De huidige budgetverstrekkers en de SVB hebben als gevolg van deze maatregel minder beheerskosten. Deze daling is minder dan de extra kosten bij zorgkantoren, zorgverzekeraars, gemeenten en zorginstellingen vanwege het regelen van zorg in natura voor meer cliënten. Omdat voor de berekening benodigde gegevens grotendeels niet bekend zijn, is in de tabel hiervoor een PM-post opgenomen.

De totale omvang van de pgb-fraude is niet bekend. Het is aannemelijk dat deze maatregel de fraude zal verminderen en de zorg doelmatiger wordt. Hoe groot dit effect is, laat zich moeilijk voorspellen (PM).

In het financiële beeld zijn verschillende PM-posten opgenomen. Het is lastig te duiden of deze maatregel uiteindelijk leidt tot minder of meer zorguitgaven, omdat de uitkomst vooral wordt bepaald door de moeilijk te voorspellen verandering van de zorguitgaven als gevolg van het omzetten van het pgb naar zorg in natura.

Overige effecten

- Kwetsbare burgers die zich nu nog moeten laten vertegenwoordigen en slachtoffer kunnen worden van 'foute aanbieders', worden met deze maatregel beschermd.
- De maatregel leidt tot een verschuiving van informele naar formele zorg. Daardoor kan de druk op de krappe arbeidsmarkt toenemen.
- Cliënten kunnen de zorgverlening mogelijk minder flexibel en toegepast op hun individuele situatie ervaren. Daarnaast kunnen budgethouders hun vertrouwde zorgverlener(s) kwijtraken.
- De ontwikkeling van nieuwe woonzorg-concepten (momenteel veelal met een pgb gefinancierd) komt in het gedrang.
- Bij deze maatregel wordt voor meervoudig beperkte kinderen een uitzondering gemaakt. De rechtsongelijkheid die hieruit naar voren komt, is lastig te rechtvaardigen.

Overige opmerkingen

Deze maatregel kan niet samengaan met maatregel **23** (PGB-Wmo afschaffen).

Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN
Terug naar overzicht resultaten

23 Pgb-Wmo afschaffen

De mogelijkheid om Wmo-ondersteuning via een pgb in te kopen, vervalt grotendeels. Alleen als een pgb gebruikt wordt om verschillende vormen van zorg en ondersteuning te organiseren, waaronder Wmo 2015, blijft dit mogelijk. Het zwaartepunt moet dan wel liggen bij de zorgvraag, zodat zorgkantoor en zorgverzekeraar kunnen bepalen of iemand een pgb kan beheren.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**0**	**-PM+45**	**-PM+45**	**-PM+45**
w.v. stijging kosten gemeenten door vervallen informele zorg	0	0	80	80	80
w.v. schaalvoordelen inkoop	0	0	-PM	-PM	-PM
w.v. vraaguitval informele zorg door beperking keuzevrijheid	0	0	-15	-15	-15
w.v. besparing fraude beschermd wonen	0	0	-20	-20	-20
w.v. verbetering doelmatigheid andere voorzieningen dan beschermd wonen	0	0	-PM	-PM	-PM
Kwalitatief effect					
Binnen de Wmo kunnen nauwelijks nog alfahulpen worden ingezet; voor bepaalde groepen cliënten vervalt de optie tot maatwerk.					

Uitvoering & Haalbaarheid

In artikel 2.3.6 van de Wmo 2015 staat onder welke voorwaarden een pgb door de gemeente wordt verstrekt. De cliënt moet op eigen kracht in staat zijn om zelf, dan wel met hulp uit zijn sociale netwerk of vertegenwoordiger, de betreffende taken op verantwoorde wijze uit te voeren. De kwaliteit van de ondersteuning moet geschikt zijn voor het doel waarvoor het pgb wordt verstrekt. Een gemeente kan een pgb weigeren als de kosten ervan hoger zijn dan die van de maatwerkvoorziening.

Voor deze maatregel moet de Wmo 2015 worden aangepast, zodat een pgb alleen nog mogelijk is voor cliënten die al een pgb op grond van de Zvw of Wlz hebben. Naar verwachting kost een dergelijke wetswijziging twee jaar; daarna is de maatregel uitvoerbaar voor nieuwe aanvragen. Voor reeds verstrekte pgb's moet een afbouwtermijn worden vastgesteld.

De maatregel leidt tot rechtsongelijkheid. De meeste Wmo-cliënten kunnen geen pgb meer krijgen, terwijl sommigen wel een pgb kunnen krijgen voor dezelfde soort

ondersteuning, enkel omdat ze al een pgb hebben op grond van de Zvw of Wlz. En als dit laatste wegvalt, verliezen ook deze cliënten het recht op een Wmo-pgb.

Het aantal cliënten met een pgb op grond van de Wlz en een pgb op grond van de Wmo zal beperkt zijn. Dit komt doordat overlap van beide wetten wat pgb betreft uitsluitend mogelijk is in het geval het een Wlz-cliënt betreft met een pgb voor een hulpmiddel op grond van de Wmo 2015. Deze aantallen zijn echter gering. Het aantal Zvw-budgethouders (wijkverpleging) is 20.580 volgens Vektis 2018, MLZ-Statline. Welk deel hiervan ook een Wmo-pgb heeft, is onbekend.

Budgettaire effecten

Als de cliënt de maatschappelijke ondersteuning niet meer zelf kan inkopen, gaan de gemeenten dat doen. Het is aannemelijk dat de kosten zullen dalen door het schaalvoordeel dat gemeenten hebben bij de inkoop van zorg in natura. De omvang van de doelmatigheidswinst is onbekend (-PM).

De maatregel leidt tot meerkosten doordat de mogelijkheid vervalt om met het pgb relatief goedkope informele zorg te financieren. Doordat informele zorg niet meer kan worden ingekocht, neemt de keuzevrijheid van de cliënt af. Dit gaat gepaard met vraaguitval. We veronderstellen dat 20% van de mensen die het pgb gebruikte voor informele zorg, geen gebruik meer maakt van publiek gefinancierde zorg in natura. Omdat gemeenten al tijdens het wettelijk verplichte onderzoek beoordelen of het sociale netwerk van de cliënt kan voldoen aan diens ondersteuningsbehoefte, en dus ondersteuning op grond van de Wmo 2015 nodig is, is de vraaguitval beperkt tot 20%.

Gemeenten stellen zelf tarieven vast voor informele hulp en zorg in natura. Het wettelijke minimumbedrag voor informele hulp is € 10,93 per uur. Doorgaans ligt dit tarief niet (ver) boven de € 20 per uur. Een landelijk overzicht met gemeentelijke tarieven is niet beschikbaar. Voor de berekening wordt de aanname gedaan dat het gemiddelde op € 17,50 per uur ligt.

De omvang van de informele hulp via pgb wordt geschat op € 100 mln. aan de hand van gegevens van de SVB van augustus 2019 over het aantal zorgovereenkomsten ‘familiaire overeenkomst van opdracht’ en de totale omvang van de Wmo-budgetten (€ 470 mln.). De aanname wordt gedaan dat de gemiddelde kostprijs bij gecontracteerde zorg in natura € 30 per uur is. Als de uurprijs stijgt van € 17,50 (informeel pgb) naar € 30 (formeel gecontracteerd) betekent dat een kostenstijging van ruim 70%. Dat komt neer op € 80 mln. Tegelijk levert de veronderstelde 20% vraaguitval een besparing op van afgerond € 15 mln.

Als het overgrote deel van Wmo-pgb’s komt te vervallen, dan zullen de uitvoeringskosten van de SVB lager uitvallen. Deze besparing bedraagt op basis van SVB-cijfers bijna € 19,5 mln. Hier tegenover staat dat de uitvoeringskosten van gemeenten toenemen. Zij

moeten meer maatwerkvoorzieningen verstrekken en achterhalen of een cliënt al een Zvw-pgb of Wlz-pgb heeft. We veronderstellen dat deze extra uitvoeringskosten gelijk zijn aan de besparing bij de SVB. Deze twee effecten vallen tegen elkaar weg.

Het pgb is relatief gevoelig voor fraude. Dit geldt vooral bij gebruik van beschermd wonen. Op basis van recent onderzoek[1] zou met de voorgestelde maatregel € 19 mln. aan fraude en/of slechte zorg worden bespaard in dit domein. Daar bovenop komt nog een verbetering van de doelmatigheid bij voorzieningen zoals begeleiding, woningaanpassingen (-PM).

Overige effecten

Deze maatregel kan de volgende overige effecten hebben:
- Als de mogelijkheid van een pgb voor de Wmo sterk wordt beperkt, wordt het voor de Wmo vrijwel onmogelijk om alfahulpen in te zetten. Dat is niet toegestaan voor zorg in natura.
- Bepaalde groepen cliënten verliezen de optie tot maatwerk, zoals voor ouder-initiatieven/kleinschalige woonvormen of individuele begeleiding (bijvoorbeeld: iemand met autisme die van jongs af gewend is aan een bepaalde begeleider – die geen contract met de gemeente heeft).

Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN
Terug naar overzicht resultaten

1 IKZ - Fraude en zorgverwaarlozing bij beschermd en begeleid wonen - 8 november 2019.

24 Meer persoonsvolgende bekostiging in de Wet langdurige zorg

Zorgkantoren maken geen productieafspraken meer met zorgaanbieders. Zij vergoeden landelijk uniforme tarieven per geïndiceerde zorgzwaarte, gelijk aan het gemiddelde van de huidige tarieven. Ook stellen ze in hun regio een lijst op van zorgaanbieders die aan de minimumkwaliteitseisen voldoen.
Mensen met een indicatie voor de Wet langdurige Zorg (Wlz) kunnen kiezen van welke zorgaanbieders op deze lijst zij zorg in natura willen ontvangen. De cliënt maakt zelf afspraken over het zorgplan met de zorgaanbieder. Er zijn twee varianten:

A. Bijbetalen voor extra kwaliteit (topping up) is niet toegestaan.
B. Bijbetalen voor extra kwaliteit is wel toegestaan.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: niet bijbetalen	**110**	**220**	**700+PM**	**800+PM**	**1.100+PM**
Variant B: wel bijbetalen	**110**	**220**	**1.000+PM**	**1.100+PM**	**1.400+PM**
w.v. besparing zorgkantoren	0	0	-45	-45	-45
w.v. transitiekosten	0	0	60	60	0
*w.v. vervallen efficiency-*verbetering Kwaliteitskader	110	220	330	430	760
w.v. aanzuigende werking (variant A)	0	0	370	370	370
w.v. aanzuigende werking (variant B)	0	0	670	670	670
w.v. effect uniforme tarieven	0	0	+PM	+PM	+PM
Kwalitatief effect					
Voor mensen met hoog inkomen of vermogen wordt de Wlz aantrekkelijker als bijbetalen voor extra kwaliteit is toegestaan (variant B).					

Uitvoering & Haalbaarheid

In beide varianten zijn de kosten gedurende het jaar minder beheersbaar zijn omdat er geen productieafspraken meer worden gemaakt met zorgaanbieders. Instellingen hebben niet langer zekerheid over hun omzet voor volgend jaar. Dit kan er bijvoorbeeld toe leiden dat zij meer flexibel personeel inhuren ten koste van vast personeel. De bezettingsgraad van de instellingen kan dalen door de sterkere jaarlijkse schommelingen in de omzet en de grotere keuzevrijheid, de gemiddelde kostprijs kan hierdoor stijgen.

Invoering van de maatregel vergt minimaal twee jaar vanwege de benodigde wetswijziging van de Wlz. Bij de berekening van de budgettaire effecten is geen ingroeipad gehanteerd, maar het kan enkele jaren duren voordat de voorziene herverdeeleffecten volledig optreden.

Regionale budgetten verdwijnen. Het persoonsgebonden budget (pgb) blijft ongewijzigd en blijft hier buiten beschouwing.

Budgettaire effecten

De vrijheid van zorgvragers om zelf een zorgaanbieder te kiezen, neemt door deze maatregel toe. Dit heeft een aanzuigende werking op de vraag naar Wlz-zorg. Verder kan het deel van de Wlz-gebruikers dat voor zorg in een intramurale setting kiest, toenemen. In variant B zal die toename door de extra keuzevrijheid het grootst zijn.

In variant A is gerekend met een toename van het aantal Wlz-gebruikers met 2%. Dat zijn ongeveer 5.900 cliënten. Verder is ervan uitgegaan dat 10% van de Wlz-gebruikers die nu extramurale zorgvorm afnemen, zal overstappen naar intramuraal. Dat gaat om 8.900 cliënten. Voor beide groepen is gerekend met meerkosten van € 24.000.[1] De totale kosten door aanzuigende werking zijn dan € 365 mln.

In variant B is de aanzuigende werking groter door de mogelijkheid van *topping up*. Er is van uitgegaan dat het aantal Wlz-cliënten met 5% toeneemt, en dat 15% van de huidige gebruikers van extramurale zorgvorm die om zal zetten naar intramuraal. De totale kosten door aanzuigende werking zijn dan € 672 mln.

We gaan er vanuit dat het Kwaliteitskader blijft gehandhaafd. Bij de doorrekening wordt er van uitgegaan dat gestopt wordt met de benchmarking die momenteel wordt ontwikkeld in verband met sturing op integrale tarieven. De hiervoor ingeboekte doelmatigheidswinst komt te vervallen. Dit leidt tot extra zorguitgaven van structureel € 760 mln.[2]

Het bekostigen van de zorg via landelijk uniforme tarieven per zorgzwaarte betekent dat er geen prijsdifferentiatie tussen aanbieders meer mogelijk is. Er kan dus geen rekening meer gehouden worden met verschillen in kostenstructuur (bijvoorbeeld door geografische ligging; de leeftijd van het personeelsbestand; de mogelijkheid om personeel aan

1 Dit is het verschil tussen het intramurale tarief en het tarief voor een MPT (op basis van de tarieven voor VV3 en GZ4, gewogen naar het aantal cliënten). Voor de cliënten die vanwege de maatregel gebruik gaan maken van de Wlz, gaan we er vanuit dat hun huidige kosten in de Zvw en Wmo gelijk zijn aan die van het MPT-tarief voor de laagste zorgzwaarte.

2 Zie de Macro Economische Verkenning 2018, blz. 53. We hebben verondersteld dat, vooruitlopend op de geleidelijke invoering van deze maatregel, wordt afgezien van een integrale vergelijking.

te trekken, etc.). Als de huidige gemiddelde tarieven onvoldoende zijn om de toegang tot Wlz-zorg in relatief dure regio's te garanderen, dan heeft de maatregel een extra uitgavenverhogend effect: de uniforme tarieven moeten immers redelijkerwijs kostendekkend zijn voor de meest dure regio. Hiervoor is een +PM opgenomen in de tabel.

De besparing op de uitvoeringskosten bij het zorgkantoor is ongeveer 50% (€ 43 mln.). In beide varianten bedragen de jaarlijkse transitiekosten € 60 mln. gedurende twee jaar. De bedragen in de tabel zijn opgehoogd naar prijspeil 2021 en afgerond.

Overige effecten

Beoogd effect van deze maatregel is dat zorgaanbieders mogelijk sterker met elkaar concurreren op kwaliteit. Daardoor stijgt de gemiddelde kwaliteit en wordt het aanbod gevarieerder. In variant A is er geen topping up en zal de Wlz niet veel aantrekkelijker worden.

In variant B wordt de Wlz wel duidelijk aantrekkelijker. Dit geldt vooral voor cliënten met veel inkomen en/of vermogen die nu zelf zorg inkopen buiten de Wlz om. Met dit systeem kunnen zij een deel van de kosten vergoed krijgen uit de Wlz, en tegelijkertijd bijbetalen om de zorg op het door hen gewenste niveau te krijgen.

Verder kan variant B leiden tot toename van de administratieve lasten bij de zorgaanbieders en/of de cliënt, afhankelijk van de vraag wie bijhoudt welke uitgaven er ten laste van het persoonlijk budget van de cliënt zijn gedaan.

Overige opmerkingen

Deze maatregel kan niet samengaan met **25** (Wlz-instellingen worden pgb-instellingen).

Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN
Terug naar overzicht resultaten

25 Wlz-instellingen worden pgb-instellingen

Bij deze maatregel wordt alle Wlz-zorg ingekocht met een pgb. Daarmee vervalt de optie van zorg in natura in de vorm van instellingszorg, VPT en MPT.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc. (a)
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**110**	**220**	**600**	**700+PM**	**-820+PM**
w.v. extra kosten fraude en onjuist zorggebruik	0	0	0	+PM	+PM
w.v. Pgb-uitgaven Wlz	0	0	0	500	15.600
w.v. extra uitgaven cliëntondersteuning	0	0	0	+PM	+PM
w.v. zorg in natura uitgaven Wlz	0	0	0	-700	-22.400
w.v. vervallen efficiencyverbetering Kwaliteitskader	110	220	330	430	760
w.v. remgeldeffect/weglek Zvw/Wmo	0	0	0	+PM	+PM
w.v. compensatie Zvw	0	0	0	100	1.800
w.v. compensatie Wmo	0	0	0	0	1.200
w.v. lagere opbrengsten eigen bijdrage	0	0	0	100	2.100
w.v. extra uitvoeringskosten	0	0	0	10	130
w.v. transitiekosten	0	0	270	270	0
w.v. aanzuigende werking	0	0	PM	PM	PM
Kwalitatief effect					
Volledig doorvoeren scheiden van wonen en zorg; behandeling naar de Zvw; iedere cliënt krijgt een gewaarborgde hulp toegewezen.					

(a) Structureel is bij deze maatregel over 30 jaar vanwege geleidelijk doorvoeren van scheiden wonen en zorg.

Uitvoering & Haalbaarheid

Bij deze maatregel kan alleen zorg worden ingekocht met een pgb. Voor wonen geldt dat niet. Daarmee impliceert deze maatregel gelijktijdige invoering van maatregel **28** (Scheiden van wonen en zorg in Wlz). Die maatregel bevat een transformatie over een periode van dertig jaar, de termijn voor afschrijving van gebouwen. Momenteel zijn lang niet alle zorginstellingen geschikt om scheiding van wonen en zorg door te voeren. Daarom moet de invoering aansluiten op het bouwtempo, zodat bij nieuwbouw en grootschalige renovatie de scheiding van wonen en zorg kan worden doorgevoerd.

Gedurende de transitie gelden er twee regimes: zorginstellingen waar het bestaande geïntegreerde regime blijft gelden en zorgsituaties waar wonen en zorg al gescheiden

zijn. Met dit scenario worden hoge afkoopsommen voorkomen die samenhangen met versnelde afschrijvingen. Het scheiden van wonen en zorg bepaalt het tempo waarin de maatregel is in te voeren.

Deze maatregel veronderstelt dat alle Wlz-cliënten of hun vertegenwoordigers hun zorg willen en kunnen organiseren. Denk aan het budgetplan, de zorgovereenkomst met zorgverleners en declaraties. Dit is voor veel cliënten en hun vertegenwoordigers lastig. Momenteel kiest circa 85% van de Wlz-cliënten (circa 260.000 cliënten)[1] voor zorg in natura, omdat zij de zorg niet zelf kunnen of willen organiseren. Daarnaast is 92% van de huidige budgethouders in de Wlz niet in staat om hun pgb zelfstandig te beheren.[2] Voor veel zorgprofielen is daarom nu een gewaarborgde hulp verplicht, die deze taken overneemt.[3] De nieuwe maatregel kan dus alleen worden ingevoerd als cliënten die dit nodig hebben, zulke hulp krijgen toegewezen. Dit vereist een extra budget.

Cliënten kunnen met deze maatregel alleen zorg inkopen voor verpleging, verzorging, en begeleiding. Dit leidt ertoe dat vormen van behandelzorg (medisch generalistisch, tandheelkundig en hulpmiddelen) in de Zvw worden gepositioneerd. Dit betekent ook dat de uitvoeringspraktijk grondig moet worden herzien. Zo verschuift de rol van het zorgkantoor van zorginkoper naar het beschikbaar stellen van cliëntondersteuners voor de individuele zorginkoop. Zorgaanbieders gaan individuele contracten met cliënten afsluiten. Ook het toezichts- en Kwaliteitskader moet worden herijkt.

Budgettaire effecten

Door deze maatregel dalen de collectieve zorguitgaven structureel met € 0,8 mld. Dit komt doordat de bekostiging van wonen en verblijf geen deel meer uitmaakt van de collectieve zorguitgaven. De bewoner van een intramurale instelling gaat zelf de (kamer-) huur betalen. Dit wordt deels gecompenseerd door een lagere eigen bijdrage. Ook gaat de burger zelf zijn verblijfskosten betalen, die niet worden gecompenseerd.[4] Hiermee wordt aangesloten bij de situatie van budgethouders die deze kosten ook zelf moeten betalen.

Aangezien de meeste cliënten hun zorg in een geclusterde setting blijven afnemen, blijft ook het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg van kracht. Doordat de mogelijkheid vervalt om via de gereguleerde tarieven individuele zorgaanbieders te stimuleren om efficiënter

1 Monitor Langdurige zorg.
2 Q-consult-zorg(2017) Regie en vertegenwoordiging bij pgb-beheer.
3 Het betreft de zorgprofielen ZZP's VV4 t/m 7 en ZZP's VG4 t/m 8.
4 Het gaat hierbij om kosten voor onder meer het eten en drinken, schoonhouden en inrichting van de woonruimte, energiekosten, geestelijke verzorging, welzijn en recreatie en het wassen van verschillende soorten van textiel. De verblijfskosten bij het meest voorkomende zorgprofiel VV5 zijn € 15.000.

te werken, vallen de meerkosten van het Kwaliteitskader echter structureel € 760 mln. hoger uit.[5]

Deze maatregel leidt verder tot:
- extra uitgaven voor de Zvw voor de overheveling van behandelzorg (circa € 1,8 mld.);
- extra uitgaven voor de Wmo voor woningaanpassingen (circa € 1,2 mld.);
- een daling van de eigen bijdragen van € 2,1 mld., omdat de woonkosten geen onderdeel meer zijn van de collectieve zorguitgaven;
- meer uitvoeringskosten voor onder meer de zorgkantoren en de SVB van structureel € 125 mln. (verondersteld is € 500 per cliënt);
- transitiekosten van jaarlijks € 270 mln. gedurende twee jaar.

Verder moet rekening gehouden worden met extra kosten vanwege fraude en onjuist zorggebruik en extra uitgaven voor cliëntondersteuning. Deze extra kosten zijn op +PM gezet. Aanvullend kan het beperken van de aanspraken in de Wlz als gevolg van scheiding van wonen en zorg mensen ertoe bewegen langer zorg en ondersteuning te ontvangen op basis van de Zvw en de Wmo. Dit is mede afhankelijk van het eigenbijdrageregime. De omvang van deze weglek is op PM gezet.

Bij maatregel **28** (Scheiden van wonen en zorg in Wlz) is al ingegaan op de mogelijke aanzuigende werking. De wijze waarop de inkomenscompensatie wordt ingericht zal hiervoor bepalend zijn. Zorg inkopen met een pgb zal ook de keuzevrijheid vergroten van de burger en mogelijk leiden tot hogere uitgaven door aanzuigende werking. Het effect wordt ten opzichte van de overige budgettaire effecten als beperkt ingeschat. Ook in het huidige systeem heeft de cliënt al de mogelijkheid van een pgb.

Overige effecten

Deze maatregel beoogt meer keuzevrijheid; tegelijkertijd kan de perceptie ontstaan dat sprake is van minder keuzevrijheid. Kwetsbare cliënten kunnen niet meer voor zorg in natura kiezen. De cliënt wordt geconfronteerd met een toename van de administratieve lasten.

Overige opmerkingen

Deze maatregel kan niet samengaan met maatregel **22** (PGB alleen in eigen beheer). Daarnaast interacteert deze maatregel met andere maatregelen waarbij scheiden van

5 Zie de Macro Economische Verkenning 2018, blz. 53. We hebben verondersteld dat, vooruitlopend op de geleidelijke invoering van deze maatregel, wordt afgezien van een integrale vergelijking.

wonen en zorg aan de orde is. Het gaat hierbij om maatregel 26 (Introductie vouchers en mantelzorgvergoeding in de Wlz), 27 (Invoeren vouchers voor individuele inkoop van langdurige ouderenzorg) en 28 (Scheiden van wonen en zorg in Wlz).

Er is sprake van interactie met maatregel 70 (Effect van vermogen op eigen betalingen Wmo en Wlz aanpassen). De beleidsopties kunnen niet beide worden ingevoerd.

← Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN
← Terug naar overzicht resultaten

26 Introductie vouchers en mantelzorgvergoeding in de Wlz

In de Wet langdurige zorg (Wlz) worden het Volledig Pakket Thuis (VPT), Modulair Pakket Thuis (MPT) en het persoonsgebonden budget (pgb) omgevormd naar analogie van het Duitse pgb-systeem. Er komen twee opties om zorg vergoed te krijgen:

1. Een voucher van 75% van de waarde van intramurale zorg. Deze kan alleen worden besteed bij gecertificeerde zorgaanbieders die zijn gecontracteerd door het zorgkantoor.
2. Een Mantelzorgforfait (MZF) van 50% van het vouchertarief, of 37,5% van de waarde van intramurale zorg. Het MZF is vrij besteedbaar. De mogelijkheid om zorg in natura in een instelling te ontvangen blijft in stand.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**0**	**70**	**-20**	**-90**
w.v. omzetting huidige VPT/pgb	0	0	0	-530	-530
w.v. omzetting huidige MPT	0	0	0	230	230
w.v. instroom vanuit Zvw/Wmo	0	0	0	240	240
w.v. besparing op uitvoering door SVB	0	0	0	-80	-80
w.v. uitvoeringskosten	0	0	0	50	50
w.v. transitiekosten	0	0	70	70	0
Kwalitatief effect					
De vergoedingen voor VPT en pgb gaan omlaag; voor wooninitiatieven gefinancierd met VPT en pgb kan het moeilijk worden de financiering rond te krijgen; voor pgb-houders kan de keuzevrijheid worden beperkt; MZF kan aan andere zaken dan zorg worden besteed.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De burger krijgt zelf de keuze welke vorm van zorg hij wil ontvangen. Hij heeft na invoering de keuze tussen opname in een intramurale instelling of een voucher. Als men zorg afneemt via gecertificeerde zorgaanbieders, heeft deze voucher de waarde van 75% van de intramurale zorg (dit omvat alleen de zorgkosten en geen kapitaallasten of hotelmatige diensten). Wie de zorg niet afneemt via gecertificeerde zorgaanbieders, kan kiezen voor een Mantelzorgforfait (MZF) en krijgt de helft van het voucherbedrag. Over dit vrij besteedbare bedrag hoeft geen verantwoording te worden afgelegd. Dit bedrag kan ook aan andere zaken dan zorg besteed worden.

In de Wlz worden het VPT, MPT en het pgb omgevormd aan de hand van enkele kenmerken uit het Duitse pgb-systeem in de *Pflegeversicherung*. Deze maatregel heeft alleen effect op de Wlz-zorg thuis en niet op de verblijfszorg. Bij de keuze voor een MZF of een 75% voucher wordt bekeken of de verzekerde, of zijn gemachtigde, bekwaam is zijn zorgvraag op een adequate manier in te vullen.

Het duurt minstens drie jaar om de maatregel in te voeren. Het vergt een wetswijziging en aanpassing in de bekostiging, de inhoud van de verzekering, de taken van de Wlz-uitvoerder en de wijze waarop verantwoording over de langdurige zorg wordt afgelegd.

Budgettaire effecten

De budgettaire effecten hangen sterk af van de keuze die de huidige populatie gaat maken. Deze maatregel treft een groep van 79.000 mensen met VPT/pgb/MPT. Zij moeten kiezen voor een nieuwe zorgvorm. Voor de groep die door de maatregel (gedwongen) kiest voor institutionele zorg, gaan de totale zorguitgaven omhoog. Voor huishoudens die kiezen voor een voucher of MZF gaan de zorguitgaven meestal omlaag, omdat de huidige vergoedingen voor zorg hoger liggen. Door de invoering van het nieuwe systeem, zullen naar verwachting circa 30.000 mensen nieuw instromen vanuit de Zvw/Wmo.

Op dit moment krijgen 46.000 mensen een VPT/pgb, met een gemiddelde netto-vergoeding van € 73.000. Deze kostenpost van € 3.360 mln. komt te vervallen. Hier tegenover staan nieuwe kosten:

- Naar schatting 13.000 mensen gaan overstappen naar institutionele zorg. Hun gemiddelde netto-vergoeding bedraagt circa € 107.000. Macro gaat het afgerond om € 1.390 mln.
- 20.000 mensen maken de overstap naar de 75% voucher. De gemiddelde netto-vergoeding voor deze groep is € 54.000. De macrokosten bedragen € 1.080 mln.
- 13.000 mensen kiezen voor de MZF-voucher. Hun gemiddelde netto-vergoeding wordt € 28.000. De macrokosten bedragen € 360 mln.

Het saldo van oude en nieuwe vergoedingen levert voor de groep VPT/pgb een macro-effect op van - € 530 mln. Dit komt vooral doordat de lage vergoeding voor de MZF-voucher.

Voor de huidige populatie van 33.000 mensen met een MPT wordt er van uitgegaan dat er 20.000 kiezen voor het 75% Voucher en 13.000 voor het MZF-voucher. De gemiddelde uitgaven voor het huidige MPT bedragen € 25.000. De totale macro-uitgaven voor het huidige MPT zijn € 830 mln. In de nieuwe situatie ligt de vergoeding circa € 8.000 hoger. De totale extra macro-uitgaven komen hiermee uit op € 230 mln.

Daarnaast wordt verwacht dat circa 30.000 mensen vanuit de Zvw/Wmo instromen naar de Wlz. Van deze groep gaan de kosten € 8.000 omhoog. Dat betekent € 240 mln. extra macro-uitgaven.

Tegenover de besparing van € 530 mln. bij de VPT/pgb-populatie staan dus in totaal (230+240=) € 470 mln. hogere kosten voor de MPT-populatie en de extra instroom vanuit de Zvw/Wmo. Het totale macro-effect van deze verschuivingen komt daarmee uit op - € 60 mln.

Daarnaast zijn er uitvoeringskosten van structureel € 50 mln. per jaar en een besparing bij de SVB van circa € 80 mln., omdat er geen trekkingsrecht meer geldt. Bovendien brengt de maatregel vanaf jaar 3 gedurende vijf jaar transitiekosten met zich mee van € 70 mln. per jaar. Het saldo van alle effecten van de maatregel komt daarmee op een structurele besparing van € 90 mln.

Doordat de gehele populatie van pgb, VPT en MPT een andere zorgvorm moet kiezen, is deze raming wel onzeker. Bij hogere instroom van nieuwe groepen of als meer mensen kiezen voor institutionele zorg, kan dit betekenen dat de zorguitgaven snel veel hoger worden.

Overige effecten

Doordat de MZF vrij te besteden is, betekent dit dat de burger het bedrag niet hoeft te besteden aan zorg. Dit maakt het verkrijgen van een indicatie extra aantrekkelijk en leidt mogelijk tot druk op de indicatie.

Tegelijk kan de kwaliteit van de zorg bij keuze voor de MZF onder druk komen als cliënten in de verleiding komen om hun voucher niet meer voor zorg in te zetten. Ook ontstaat er een groter risico op fraude. De vertegenwoordiger van de cliënt besteedt bijvoorbeeld niet alle middelen aan de cliënt. Door de vrije besteedbaarheid is controle hierop lastig, wat de pakkans sterk verlaagt.

Voor mensen die nu een pgb ontvangen, wordt de keuzevrijheid beperkt. Als zij kiezen voor de voucher, kunnen zij alleen kiezen voor zorgaanbieders die het zorgkantoor heeft gecontracteerd. En kiezen zij voor het MZF, dan wordt de vergoeding een stuk lager dan de huidige.

Voor wooninitiatieven die nu gefinancierd zijn met VPT/pgb, kan de maatregel betekenen dat zij de financiering niet meer rond krijgen of een hogere bijdrage moeten betalen. Ook voor cliënten met een zorgintensieve vraag kan de voucher ontoereikend blijken. Zij zullen meer zijn aangewezen op instellingszorg. Er zal dus een extra druk ontstaan op de huidige intramurale instellingen, waardoor wachtlijsten kunnen toenemen.

← **Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

27 Invoeren vouchers voor individuele inkoop van langdurige ouderenzorg

Naar Zweeds voorbeeld worden vouchers in de langdurige ouderenzorg (verpleging en verzorging) geïntroduceerd binnen de Wlz. In dit model wordt de regeling uitgevoerd door risicodragende gemeenten. Dit betekent dat de circa 350 gemeenten verantwoordelijk worden voor alle ouderenzorg die nu nog valt onder de Wlz. Daarnaast wordt wijkverpleging voor ouderen vanuit de Zvw overgeheveld naar de gemeenten. Ook begeleiding, dagbesteding en huishoudelijke hulp vallen onder het nieuwe systeem.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**220**	**220**	**220**	**290+PM**	**-1.100+PM**
w.v. besparing zorguitgaven Wlz-institutionele zorg (inclusief scheiden wonen en zorg)	0	0	0	-130	-3.900
w.v. besparing zorguitgaven pgb/VPT	0	0	0	0	-220
w.v. besparing zorguitgaven MPT	0	0	0	0	-70
w.v. besparing uitgaven wijkverpleging	0	0	0	-20	-650
w.v. besparing uitgaven Wmo	0	0	0	-20	-660
w.v. inkomenscompensatie	0	0	0	140	4.300
w.v. extra uitvoeringskosten	0	0	0	100	100
w.v. transitiekosten	220	220	220	220	0
w.v. aanzuigende werking	0	0	0	PM	PM
Kwalitatief effect					
Grotere keuzevrijheid voor de cliënt. Deze gaat kritisch kijken naar de zorgkosten omdat hij een relatief hoge eigen bijdrage betaalt.					

Uitvoering & Haalbaarheid

– Het invoeren van een vouchersysteem naar Zweeds model behelst het volgende: De huidige leveringsvormen in de Wlz vervallen. In plaats daarvan komen vouchers ter waarde van 80% van de kosten van de geïndiceerde zorg. De overige kosten komen voor eigen rekening (als eigen bijdrage).

– Op openbare marktplaatsen kopen cliënten zelf zorg in van zorgaanbieders die aan de minimum kwaliteitseisen voldoen. Mantelzorgers kunnen niet meer ingehuurd worden, tenzij zij zich laten scholen tot zorgprofessional.
– Er blijven maximumtarieven bestaan, om te voorkomen dat aanbieders met veel marktmacht (bijvoorbeeld in dunbevolkte regio's) te hoge prijzen kunnen vragen.

Voor de cliënt beloopt de eigen bijdrage 20% van de totale zorgkosten. Dit komt nog bovenop de extra kosten voor cliënten door de maatregel Scheiden Wonen en Zorg. Bij het uitwerken van deze maatregel wordt er van uitgegaan dat er inkomenscompensatie wordt geboden en dat extra uitgaven voor de burger gemaximaliseerd worden.

Om deze maatregel in te voeren moeten eerst wonen en zorg gescheiden worden (zie maatregel **28** (Scheiden van wonen en zorg in Wlz)) en moeten verantwoordelijkheden overgeheveld worden (zie maatregel **133**, variant c, ((Deel) Ouderenzorg van Wlz naar Wmo, Zvw of speciale ouderenwet)). Gemeenten worden verantwoordelijk voor alle ouderenzorg die nu nog onder de Wlz valt. Ook alle wijkverpleging aan ouderen die onder de Zvw valt, wordt overgeheveld naar de gemeenten. Het gemeentefonds neemt toe met ruim € 15 mld. Dit alles betekent dat voor de ouderen een geheel nieuw systeem wordt geïntroduceerd.

Afhankelijk van nog te maken keuzes, is hiervoor een nieuwe wet nodig. Tevens zullen de Wmo 2015, de Wlz en vermoedelijk de Zvw drastisch moeten worden herzien. Ook moet worden gekeken hoe dit wordt ingebed in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), hoe gemeenten worden gefinancierd voor de nieuwe taken en op welke wijze de toegang tot de zorg wordt geregeld.

De maatregel betekent een grote wijziging in de aansturing van de zorg en de financiering van de gemeenten. Gemeenten worden financieel risicodragend en verantwoordelijk voor het bepalen van de toegang tot de zorg. Ook kunnen zij sturend optreden door te bepalen wie in aanmerking komt voor intramurale zorg en zo de toegang tot de intramurale zorg beperken.

Een zo grote wijziging van het stelsel betekent naast een wetgevingstraject van minimaal drie jaar, ook een lang implementatietraject. In de maatregel Scheiden Wonen Zorg wordt er van uitgegaan dat de invoeringstermijn dertig jaar bedraagt. Bij de invoering wordt aangesloten bij het bouwtempo.

Budgettaire effecten

Gezien de grote effecten zijn de ramingen onzeker en kan slechts op hoofdlijnen worden geschetst welke verschuivingen plaatsvinden tussen de burger en de collectieve lasten. De budgettaire effecten zijn weergegeven in prijspeil 2021. Verondersteld wordt hier dat scheiden wonen en zorg zonder compensatie (variant 2 van maatregel **28**) is uitgevoerd.

Ouderen in Wlz-instellingen gaan dan € 1,8 mld. zelf betalen. Met deze maatregel komt daar nog 20% van de zorgkosten bij.

Er wordt van uitgegaan dat de burger boven op de huidige kosten, nog gemiddeld € 2.500 extra per jaar kan bijdragen. Deze extra kosten komen voort uit zowel het scheiden van wonen en zorg als het invoeren van de vouchers. Er wordt € 4.320 mln. aan inkomenscompensatie geboden. Hiermee wordt feitelijk ook een deel van de eigen betalingen door Scheiden wonen en zorg gecompenseerd. De opbrengsten na inkomenscompensatie van het invoeren van de vouchers bedragen dan € 1.220 mln. Omdat er ook nog € 100 mln. extra aan uitvoeringskosten worden gemaakt vanwege de complexe uitvoering van de maatregel, bedraagt de structurele besparing € 1.120 mln.

Bij maatregel **28** is al ingegaan op de mogelijke aanzuigende werking. De wijze waarop de inkomenscompensatie wordt ingericht zal bepalend zijn of er aanzuigende werking optreedt of niet.

De introductie van vouchers vergroot ook de keuzevrijheid en leidt mogelijk tot hogere uitgaven door de aanzuigende werking. Daar tegenover staat een remmende prikkel omdat de burger een deel van de zorg zelf betaalt. Het netto-effect wordt vergeleken met de overige budgettaire effecten als beperkt ingeschat. Ook in de huidige pgb-regeling is er de mogelijkheid om zelf de zorgaanbieder te kiezen.

De maatregel brengt gedurende vijf jaar transitiekosten met zich mee van € 215 mln. per jaar. Er wordt bij deze berekening vanuit gegaan dat het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg wordt ingevoerd, maar dat de efficiencywinst door invoering van de benchmark (integrale vergelijking) niet meer optreedt. Dit besparingsverlies is verwerkt bij maatregel **28**.

Overige effecten

Voor cliënten neemt de keuzevrijheid toe. Daarnaast zullen zij kritisch kijken naar de kosten van hun zorg. Ze betalen immers een relatief hoge eigen bijdrage. Een knelpunt kan echter zijn dat niet alle cliënten in staat zullen zijn om zelf hun zorg in te kopen, of iemand hebben die hun belangen goed kan behartigen. Ze hebben ook minder expertise en inkoopmacht dan zorgkantoren of verzekeraars. Ten slotte hebben aanbieders bij dit vouchersysteem minder zekerheid over hun omzet voor volgend jaar.

Overige opmerkingen

Een andere optie is dat er geen inkomenscompensatie wordt geboden. In dat geval wordt € 4,3 mld. extra bespaard. De opbrengsten van de maatregelen komen dan structureel op € 5,4 mld. Voor duurdere (intramurale) zorg zou dit echter betekenen dat cliënten soms

tienduizenden euro's per maand moeten bijtellen. Als dat niet lukt, krijgt de cliënt te maken met een lager zorgniveau.

De maatregelen 28 en 133, variant c, moeten eerst worden uitgevoerd alvorens deze maatregel kan worden genomen. De budgettaire effecten van maatregel 28 en deze maatregel kunnen niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld. Afhankelijk van de gekozen vormgeving, met name van de inkomenscompensatie, kan de (gezamenlijke) budgettaire opbrengst wijzigen.

← Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN
← Terug naar overzicht resultaten

28 Scheiden van wonen en zorg in Wlz

Wonen en zorg in de Wlz worden gescheiden. Er zijn drie varianten.

1. Alleen de financieringsstromen zorg en wonen worden gesplitst, zodat deze inzichtelijk worden voor instelling en bewoner. Vergoedingen en eigen bijdragen blijven gelijk.
2. Cliënten gaan zelf betalen voor de woonlasten. Hieronder vallen ook kosten voor energie, voeding, etc. De burger krijgt geen compensatie voor de extra kosten.
3. Gelijk aan de tweede variant, maar er wordt de burger wel compensatie geboden. Deze is inkomensonafhankelijk en kent verschillende gradaties.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc. (a)
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant 1: geen wijziging in aanspraak	0	0	0	100	100
Variant 2: woonlasten uit de aanspraak, geen compensatie	**450**	**560**	**660**	**780+PM**	**-1.900 +PM**
w.v. afbouw huidige vergoeding instelling	0	0	0	-750	-22.400
w.v. lagere opbrengst eigen bijdragen	0	0	0	70	2.200
w.v. vergoeding van zorgkosten aan instelling	0	0	0	590	17.600
w.v. eigen bijdragen voor zorg nieuwe regime	0	0	0	0	-140
w.v. uitvoeringskosten	0	0	0	100	100
w.v. effect stoppen benchmark	110	220	320	430	760
w.v. transitiekosten	340	340	340	340	0
w.v. aanzuigende werking	0	0	0	PM	PM
Variant 3: woonlasten uit de aanspraak, volledige compensatie	**450**	**560**	**660**	**870+PM**	**860 +PM**
w.v. extra inkomenscompensatie tov variant 2	0	0	0	90	2.700
Variant 3: woonlasten uit de aanspraak, inkomensonafhankelijke compensatie voor 75%	**450**	**560**	**660**	**850+PM**	**180 +PM**
w.v. extra inkomenscompensatie tov variant 2	0	0	0	70	2.000
Variant 3: woonlasten uit de aanspraak, inkomensonafhankelijke compensatie voor 50%	**450**	**560**	**660**	**830+PM**	**-500 +PM**
w.v. extra inkomenscompensatie tov variant 2	0	0	0	50	1.400
Variant 3: woonlasten uit de aanspraak, inkomensonafhankelijke compensatie voor 25%	**450**	**560**	**660**	**800+PM**	**-1.200 +PM**
w.v. extra inkomenscompensatie tov variant 2	0	0	0	20	680
Kwalitatief effect					
Bij variant 2 en 3: meer diversiteit en innovatie in het woningaanbod.					

(a) De structurele situatie is bereikt na dertig jaar.

Uitvoering & Haalbaarheid

De maatregel om wonen en zorg te scheiden wordt geleidelijk ingevoerd en wordt alleen verplicht voor nieuw te bouwen instellingen of instellingen die worden gerenoveerd. Het zorgkantoor blijft met aanbieders omzetafspraken maken over de geleverde zorg. Wonen en bijhorende woonkosten vormen na invoering van de maatregel geen onderdeel meer van de aanspraken binnen de Wlz.

Verpleeghuizen bieden nu drie typen diensten: (1) zorg, (2) kosten voor de woning/kamer en (3) extra diensten. Na het scheiden van het wonen en de zorg zijn de eerste twee posten gesplitst. De kosten die onder extra diensten vallen zijn echter lastig op te splitsen. Een deel ervan hangt samen met de zorgverlening, een ander deel met het wonen. Als de kosten van deze diensten geheel naar de burger worden doorgeschoven, leidt dat bij hen tot hoge extra kosten. Het is mogelijk deze kostenstijging te compenseren. Dit kan door de vergoeding aan de intramurale instelling te verhogen (zodat deze de diensten goedkoper kan aanbieden), of door directe inkomensondersteuning voor de burger. Het vergt nader onderzoek om te bepalen hoe de compensatie het beste vorm gegeven kan worden.

De maatregel betekent een majeure wijziging. Het wetgevingstraject zal circa drie jaar kosten. Bij de invoering wordt aangesloten bij het bouwtempo: er is een zeer lange overgangstermijn nodig omdat de huidige intramurale voorraad aangepast moet worden aan het nieuwe regime. Door invoering via 'natuurlijk verloop' wordt voorkomen dat versnelde afschrijvingen en afkoopsommen voor hoge kosten zorgen. Bij alle nieuwbouw of bij grootschalige renovatie wordt het scheiden van wonen en zorg dan uitgangspunt. Instellingen die nu al deze mogelijkheid hebben, hoeven niet te wachten met invoering van het nieuwe regime. Mogelijk zal het tempo in de eerste jaren dan ook sneller zijn dan nu is berekend. Voor een goede inschatting is een inventarisatie nodig van het huidige vastgoed.

Bij de huidige Wlz is het al mogelijk om de indicatie voor intramurale zorg op verschillende manieren te verzilveren: door opname in een instelling of door thuis wonen met een VPT, pgb of MPT. Daarnaast komt er nu een nieuwe optie, om de transitie van het scheiden van het wonen en zorg te faciliteren. Er wordt van uitgegaan dat hiermee dertig jaar gemoeid is.

Gemeenten moeten ook nieuw aanbod gaan creëren. Dat vraagt regie en sturing. Het kost tijd om nieuwe woonvormen te ontwikkelen, in te plannen en te realiseren. Voor een lange periode gaan er twee verschillende regimes naast elkaar bestaan. Als er geen volledige compensatie wordt geboden, betekent dit dat burgers in het nieuwe regime financieel slechter af zijn dan in het huidige.

Juridisch zal onderscheid moeten worden gemaakt tussen instellingen die onder het nieuwe en onder het oude regime vallen en dat voor een langere periode. De uitvoering hiervan is complex. Hiervoor is overgangsrecht nodig. Per instelling moet er jaarlijks een beschikking worden vastgesteld. Dit brengt ook extra (hoge) uitvoeringskosten met zich.

Budgettaire effecten

Variant 1 heeft geen budgettaire effecten. De kosten worden voor zowel de bewoner als voor de instelling opgesplitst in verschillende kostenposten. Hiermee zijn uitvoeringskosten gemoeid van € 100 mln. per jaar.

In variant 2 vallen bewoners die in een nieuw gebouwde of sterk gerenoveerde instelling komen te wonen, onder het nieuwe regime. Dit betekent dat over een periode van dertig jaar de huidige integrale vergoeding wordt afgebouwd. Instellingen krijgen onder het nieuwe regime alleen nog een vergoeding voor de zorgkosten en eventueel een extra vergoeding voor kapitaallasten of diensten die sterk samenhangen met het leveren van zorg in een intramurale instelling. Dit levert per saldo € 2.720 mln. op aan lagere uitgaven. De instellingen moeten de lagere ontvangsten compenseren door de burger kosten voor wonen en bijkomende diensten in rekening te brengen en/of deze diensten niet meer te leveren.

Deze variant leidt wel tot structureel hogere uitvoeringskosten in verband met extra administratie. De beheerder van het complex moet in veel gevallen aparte kosten rekenen voor de (kamer-)huur, energierekening, en verschillende diensten schoonmaakkosten, eventuele maaltijdkosten, etc. De extra uitvoeringskosten worden geraamd op € 100 mln. De netto-opbrengsten van deze variant komen daarmee op € 2.620 mln.

Bij de doorrekening wordt er van uitgegaan dat gestopt wordt met de benchmarking die momenteel wordt ontwikkeld in verband met sturing op integrale tarieven. De verwachte winst door deze benchmarking ligt juist op het snijvlak tussen zorg, wonen en service. Bij het scheiden van wonen en zorg vervalt de mogelijkheid om via een integraal tarief te sturen op doelmatigheid. Daarom kan de benchmark, en de hiervoor ingeboekte doelmatigheidswinst, geen doorgang vinden. Dit leidt tot extra zorguitgaven van structureel € 760 mln. De netto-structurele opbrengst komt daarmee op € 1.860 mln.

In variant 3 worden bewoners verschillende niveaus van inkomensonafhankelijke compensatie geboden voor de kosten van het wonen. Dit kan door ze zelf compensatie te bieden of door een extra vergoeding aan de instelling te geven. Bij 100% compensatie zijn er geen extra kosten voor de burger. Er zijn echter wel uitvoeringskosten aan verbonden en de benchmarking wordt gestopt, zodat deze variant structureel € 860 mln. kost. De uitgaven voor de burger lopen afhankelijk van de geboden compensatie steeds verder op. Naarmate de burger minder betaalt, is de netto-opbrengst voor de overheid lager.

Bovenstaande varianten gaan uit van inkomensonafhankelijke varianten. Het is ook mogelijk om de variant inkomensafhankelijk vorm te geven. De kosten hangen dan af van de mate van compensatie.

De maatregel brengt voor varianten 2 en 3 gedurende acht jaar transitiekosten met zich mee van € 340 mln. per jaar.

Door het scheiden van wonen en zorg krijgt de burger meer keuzevrijheid. Dit heeft mogelijk een aanzuigende werking. In de meeste varianten gaat de burger echter ook een hogere eigen bijdrage betalen. Dit heeft juist een remmend effect. Afhankelijk van de vormgeving van de inkomenscompensatie kan de aanzuigende werking leiden tot verlaging of verhoging van de uitgaven. Het effect wordt ten opzichte van de overige budgettaire effecten in elk geval als beperkt ingeschat. Ook in het huidige systeem kan men via een pgb en/of VPT al kiezen voor een vorm van scheiding van wonen en zorg. Een deel van de extra toestroom heeft al plaatsgevonden bij introductie van deze zorgvormen.

Overige effecten

Bij variant 2 gaan burgers, uitgaand van de huidige kostenstructuur, in totaal € 2,7 mld. meer betalen. Het is echter denkbaar dat de keuze uit (en concurrentie tussen) verschillende woonvormen de komende dertig jaar tot versobering en dus verlaging van dit bedrag leidt.

Bij variant 2 en 3 ontstaat er meer diversiteit en innovatie in het woningaanbod. Doordat cliënten zelf voor hun verblijf moeten betalen, kijken zij kritischer naar het woonaanbod. Ook kunnen cliënten makkelijker wisselen van zorgaanbieder omdat zij alleen de zorg afnemen. Dit prikkelt instellingen om een goed zorg- en woningaanbod te creëren. Ook biedt dit meer ruimte voor differentiatie van woonwensen binnen een instelling: mensen kunnen een woning kiezen passend bij hun budget. Bovendien komt er meer transparantie over woon- en verblijfskosten. ‘Ouderwetse’ instellingen zullen langzaam leegstromen of anders worden gefinancierd. Ze moeten worden verbouwd voor het scheiden van wonen en zorg, of (versneld) worden afgeschreven.

De keuzevrijheid is overigens niet onbeperkt. Binnen een instelling moet de zorg die groepsgewijs wordt aangeboden of waarbij continu toezicht nodig is, nog steeds door één zorgaanbieder worden aangeboden.

Overige opmerkingen

De overgangstermijn kan verkort worden door na bijvoorbeeld tien jaar over te gaan tot versnelde afschrijving voor de instellingen die nog niet onder het nieuwe regime vallen. Het is echter niet bekend wat het budgettaire beslag van deze afkoopsom is. Er is op dit moment geen inzicht welke instellingen binnen tien jaar over kunnen gaan en voor welk deel het nodig is om versneld af te schrijven.

Voor de zwaarste cliënten uit de ghz en ggz zal het scheiden van wonen en zorg geen meerwaarde hebben. Bijvoorbeeld voor de groep cliënten, die door hun handicap een beperkte bewegingsvrijheid hebben.

← Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN
← Terug naar overzicht resultaten

29 De Wet langdurige zorg wordt een voorziening

Het verzekerde recht op zorg in de Wet langdurige zorg (Wlz) wordt omgezet in een voorziening, waarbij de cliënt zorg op maat krijgt en de mogelijkheden van het sociale netwerk en mantelzorg worden meegewogen. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) wordt opgeheven en de uitvoering komt voor een groter deel bij het zorgkantoor te liggen. De zorgkantoren worden publiekrechtelijke zelfstandige bestuursorganen (ZBO's), omdat dit beter past bij het karakter van een voorziening.

Naast de inkoop beslist het 'zorgkantoor nieuwe stijl' ook over de toegang tot de Wlz en welke zorg een cliënt krijgt. Het budget voor de Wlz wordt tegelijk gekort, zodat het per zorgkantoorregio afneemt. Dit betreft een stelselwijziging. Binnen het gewijzigde stelsel moet een keuze gemaakt worden voor de gewenste korting. Bij de uitwerking van de maatregel is de omvang van de korting opengelaten.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**100**	**100**	**100**	**100**	**-PM +50**
w.v. besparing huishoudelijke hulp, begeleiding en dagbesteding	0	0	0	0	-PM
w.v. (extra) uitvoeringskosten	0	0	0	0	50
w.v. transitiekosten	100	100	100	100	0
w.v. weglek naar Wmo/Zvw (10% van de besparing)	0	0	0	0	+PM
Kwalitatieve effecten					
Minder instroom in de Wlz; groter beroep op mantelzorg, terwijl door de vergrijzing er minder mantelzorgers zijn voor meer zorgbehoevenden.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De Wlz is niet langer een (volks-)verzekering, maar wordt een voorziening, op nationaal niveau, die wordt gefinancierd uit de algemene middelen. De onafhankelijke indicatiestelling door het CIZ wordt vervangen door een onderzoek van het zorgkantoor nieuwe stijl naar zorg op maat. Zorgkantoren krijgen de bevoegdheid om mogelijk vrijwillige inzet vanuit de sociale context mee te wegen. Die inzet betreft begeleiding, huishoudelijke hulp en dagbesteding. De maatwerkaanpak houdt in dat, afhankelijk van de

aanwezigheid van een sociaal netwerk, een beperking of aanvulling kan worden toegepast op de zorgaanspraak.[1] Mensen behouden dus wel dezelfde zorg, maar dat wordt anders ingevuld.

Bij de uitwerking van de maatregel is ervoor gekozen om de huidige structuur zoveel mogelijk in stand te houden, met behoud van uitvoeringsstructuren (dus de regio's en werkstructuren, ook voor 'zorgkantoren nieuwe stijl').[2] Ook de huidige wijze van contractering van aanbieders kan grotendeels worden voortgezet. Regulering van de tarieven door de NZa kan blijven plaatsvinden.

Overgangsrecht voorziet in het eerbiedigen van bestaande aanspraken. Dat betekent dat de structurele besparingen op de ouderenzorg via natuurlijk verloop pas ongeveer drie jaar na invoering tot wasdom komen. Voor de gehandicaptenzorg en voor de geestelijke gezondheidszorg zal dat zelfs pas na tien jaar of langer zijn.

Voor wetswijziging en verantwoorde invoering zal ten minste vier jaar nodig zijn. Zowel de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv) als de Wlz en onderliggende regelgeving moet worden aangepast.[3]

Beschikbaarheid en bereidheid van het sociaal netwerk om in de zorg te assisteren is cruciaal. Dikwijls zijn mantelzorgers al betrokken en wordt er, ondanks het huidige recht, minder zorg afgenomen dan waar men recht op heeft. Mantelzorg is alleen niet af te dwingen.

Momenteel ontvangt 32% van de verpleeghuisbewoners informele zorg van familie en/of andere naasten.[4] 73% van de dagbesteding in de ouderensector wordt verzorgd door vrijwilligers.[5] Het mantelzorgpotentieel is momenteel maximaal 32%, maar het daalt door de

1 Volgens de Wmo 2015 waarbij gemeenten ook profielen of modules ontwikkelen van waaruit de maatwerkbeschikking wordt vormgegeven en onderbouwd. https://vng.nl/sites/default/files/nieuws_attachments/2018/20181221-bericht_uitspraken_crvb.pdf 10 dec. Gemeenten onderbouwen bijvoorbeeld welke activiteiten en frequenties nodig zijn om een woning schoon te krijgen. Als iemand COPD heeft, wordt als maatwerk een module toegevoegd om de woning stofvrij te houden.

2 Het CIZ indiceert momenteel ook voor dwangzorg. Deze maatregel betekent dat het CIZ alsnog deze taak blijft uitvoeren of dat deze taak elders wordt belegd.

3 Op het niveau van Europees recht bestaat er coördinatie van sociale zekerheid. De lidstaten zijn exclusief bevoegd op het terrein van sociale zekerheid en bepalen dus zelf wat daar onder valt en welke toegangscriteria er worden gesteld. Indien Nederland van de Wlz een voorziening maakt, dan wordt de Wlz uit de sociale zekerheid gehaald. Dan is het geen verstrekking meer is in de zin van de Verordening en valt het in beginsel niet onder de reikwijdte. Dat zou betekenen dat we het niet hoeven te exporteren. Bij de duurzaamheid van die positie zijn vragen te stellen.

4 https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2017/Voor_elkaar?utm_source=e-mailnieuwsbrief&utm_medium=email&utm_campaign=Nieuwe+publicatie+SCP

5 https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2017/Ouderen_in_verpleeghuizen_en_verzorgingshuizen

vergrijzing naar 20%.[6] Gemiddeld werd in Nederland in 2018 11,1 uur mantelzorg per week verleend.[7]

Budgettaire effecten

De maatregel betekent een structurele stijging van uitvoeringskosten met € 50 mln., omdat de kostenstijging bij de zorgkantoren nieuwe stijl groter is dan de besparing door het opheffen van het CIZ. Met name het actief betrekken van het sociaal netwerk voor elke Wlz-geïndiceerde om de omvang van de zorg daarop aan te passen, leidt tot extra uitvoeringskosten. De transitiekosten bedragen € 100 mln. per jaar gedurende vijf jaar.

De maatregel specificeert niet met welk bedrag het budget wordt gekort. In de tabel is daarom een -PM opgenomen (zie ook overige opmerkingen). Door de beperking van het formele zorgaanbod in de Wlz zal een deel van de zorgvragers met een uitgebreid sociaal netwerk langer een beroep doen op de Wmo en Zvw, waardoor 10% van de besparing weglekt.

Overige effecten

- De maatregel leidt tot minder instroom in de Wlz, omdat een deel van de zorgvragers langer een beroep zal blijven doen op de Wmo en Zvw. Daarnaast krijgen mensen minder Wlz-zorg toegewezen als mantelzorgers zaken kunnen overnemen.
- Mensen bij wie de zorg voor een groot gedeelte door de mantelzorg wordt geleverd, blijven langer hun zorg vanuit de Wmo en Zvw ontvangen. Het ontvangen van verzekerde Zvw-zorg in de thuisomgeving kan dan aantrekkelijker zijn dan instroom naar de Wlz.
- Gezien de aard van de doelgroep zorgt deze maatregel voor extra belasting van mantelzorgers terwijl het mantelzorgpotentieel in de toekomst afneemt.
- Aanbieders van (intramurale) zorg moeten de bedrijfsvoering aanpassen op meer informele zorg en lagere tarieven.
- Deze maatregel kan ertoe leiden dat cliënten kwalitatief minder goede zorg krijgen.
- Het huidige Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg geeft maar ruimte voor een zeer beperkte substitutie van formele intramurale zorg naar informele intramurale zorg.

6 https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2019/Toekomstverkenning_mantelzorg_aan_ouderen_in_2040

7 Volgens deze rekenregels levert 11,1 uur extra mantelzorg per week € 408 mln. op. Zie ook https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83021NED/table?dl=778F

Overige opmerkingen

Het staat niet vast hoeveel zorg kan worden vervangen door mantelzorg; dit hangt af van de maatschappelijke bereidheid en mogelijkheid om een groter deel van de zorg door mantelzorgers onbetaald te laten verrichten. Ter illustratie: indien per Wlz-cliënt met verblijf één extra dagdeel per week (4 uur) aan ondersteuning of begeleiding wordt geleverd door het sociale netwerk[8], levert dit een netto-besparing op van € 147 mln.[9] Hier staat een kleine daling van eigen bijdragen tegenover.[10]

Beleidsmakers kunnen op basis van dit bedrag per dagdeel zelf de totale budgetkorting vaststellen, waarbij geldt dat hogere kortingen leiden tot een groter beroep op mantelzorgers. Ook gaan hogere kortingen potentieel ten koste van wachtlijsten en de kwaliteit van zorg.

Als er zorgaanspraken worden overgeheveld van de Wlz naar de Wmo/Zvw zal het beeld veranderen. Zowel het afschaffen van ZZP VV4 (en eventueel VG3) als het meewegen van sociale context door zorgkantoren zorgen voor een groter beroep op mantelzorg. Het eerste is een veel minder complexe operatie.

Deze maatregel kan niet samengaan met maatregelen die kiezen voor voortzetting van de huidige Wlz: maatregel **17** (Financiële prikkels voor de inzet van informele zorgverleners), **19** (Geen toegang tot de Wet langdurige zorg voor lichtere zorgzwaartes), **21** (Zorgaanbieders indiceren zelf in de Wet langdurige zorg), **26** (Introductie vouchers en mantelzorgvergoeding in de Wlz), **27** (Introduceren vouchers voor individuele inkoop van langdurige ouderenzorg), **30** (Introduceren objectief verdeelmodel voor de Wet langdurige zorg (deel GHZ)).

Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN
Terug naar overzicht resultaten

8 Voor de overige leveringsvormen VPT, MPT en pgb wordt al rekening gehouden met de hulp van mantelzorg. Op dat punt wordt dus geen besparing verwacht.
9 Zie gegevens van Vektis over de langdurige zorg 2018.
10 Er zullen meer mensen met een MPT een minimale bijdrage van € 23 per maand gaan betalen omdat zij onder de 20-uursnorm vallen. Het gaat om een relatief klein bedrag aan inkomstenderving (< € 5 mln.).

30 Introduceren objectief verdeelmodel voor de Wet langdurige zorg (deel GHZ)

De regionale contracteerruimte van de zorgkantoren voor de gehandicaptenzorg (GHZ) binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) wordt voortaan bepaald op basis van objectieve criteria. Er zijn twee varianten uitgewerkt:

A. Het totale budget blijft gelijk, maar wordt herverdeeld tussen regio's.
B. Het macrobudget wordt gekort op basis van het nieuwe model. Er zijn vier subvarianten.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: alleen herverdeling regio's	**40**	**40**	**40**	**40**	**0**
Variant B1: 8 zorgkantoren meer VPT	**40**	**40**	**40**	**40**	**-5**
Variant B2: 16 zorgkantoren meer VPT	**40**	**40**	**40**	**40**	**-40**
Variant B3: 8 zorgkantoren meer extramuraal	**40**	**40**	**40**	**40**	**-60**
Variant B4: 16 zorgkantoren meer extramuraal	**40**	**40**	**40**	**40**	**-150**
w.v. transitiekosten (variant A en B)	40	40	40	40	0
Kwalitatief effect					
Stimulans tot lagere tarieven, goedkopere leveringsvormen, doelmatige uitvoering en (bij voldoende aanbod) selectieve inkoop; risico van leegstand en niet voldoen aan de zorgplicht.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Het budgettaire kader voor de Wlz wordt door het kabinet vastgesteld op basis van adviezen van de NZa. De maatregel houdt in dat het macrobudget op basis van een objectief model wordt verdeeld tussen de regio's. Gedeclareerde zorg en afgegeven indicaties spelen hierbij een belangrijke rol. Jaarlijks zijn er herverdeelmiddelen die pas aan het eind van het jaar worden verdeeld om te matchen met het feitelijke zorggebruik. Hierbij kan ook budget tussen zorgkantoren worden herverdeeld. Zo wordt geprobeerd regionale wachtlijsten en pgb-stops te voorkomen.

Deze maatregel betreft alleen de GHZ. Momenteel werkt de NZa aan een integrale vergelijking voor de V&V, waarin een benchmark op het niveau van zorgaanbieders wordt

toegepast. Een objectief verdeelmodel beoogt iets vergelijkbaars op het niveau van zorgkantoren en zou interfereren met de integrale vergelijking. De ggz is niet in deze maatregel betrokken omdat de aanspraak op de ggz binnen de Wlz zich beperkt tot verblijf met behandeling in de instelling (ggz-B). Zorgkantoren hebben daarbij geen mogelijkheden om te sturen op substitutie naar extramurale leveringsvormen.

De maatregel is juridisch uitvoerbaar mits de middelen zo worden verdeeld dat de zorgkantoren de zorgplicht kunnen blijven waarmaken. Het verdeelmodel moet daarom zo goed mogelijk aansluiten bij de feitelijke zorgvraag in de regio. Het vraagt wijziging van de Wlz en de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv).

De technische uitvoerbaarheid staat niet vast. De Algemene Rekenkamer heeft in 2015 geconstateerd dat er nog onvoldoende kwantitatieve informatie is als basis voor een objectief verdeelmodel. Het invoeren van een dergelijk model vergt dus nog voorafgaand onderzoek en moet gepaard gaan met passende instrumenten voor zorgkantoren om kosten te beïnvloeden.

Globale verdeelcriteria voldoen niet, omdat een zeer kleine aandeel (0,45%) van de bevolking is aangewezen op gehandicaptenzorg uit de Wlz en daardoor meerjarig hoge kosten heeft. In de Wlz is er geen nominale premie die als ventiel dient en zorgkantoren kunnen eventuele tekorten ook niet dekken uit budgetten voor andere uitvoeringstaken. De NZa moet voor deze maatregel het onverdeelde inkoopkader in drie deelkaders (VV, GHZ, ggz) verdelen en nieuwe spelregels vaststellen voor het schuiven tussen sectorale deelbudgetten en het pgb-subsidieplafond. Kostenbeheersing via regionale contracteerruimtes wordt complexer en juridisch kwetsbaar.

Zorgkantoren hebben weinig mogelijkheden om te sturen op de instroom in de Wlz, want het aantal zorgvragers in hun regio is voor hen een gegeven. De instroom hangt onder andere af van hoe de gemeenten de Wmo uitvoeren (bijvoorbeeld met woon-zorgarrangementen), hoe zorgverzekeraars en wijkverpleging omgaan met mensen waarvan de zorgvraag zwaarder wordt, hoe het CIZ indiceert, én van de eigen voorkeuren van mensen.

Zorgkantoren kunnen wel sturen op tarieven. Zij hebben invloed op een doelmatige uitvoering en organisatie en kunnen vaak sturen via selectieve zorginkoop. Daarnaast kunnen zij in beperkte mate sturen op goedkopere leveringsvormen (MPT/pgb). Momenteel volgen zorgkantoren vooral de voorkeur van de cliënt.

Substitutie van verblijf naar VPT is voor een deel van de GHZ-cliënten een alternatief omdat de instelling verantwoordelijk blijft voor het toezicht. Substitutie naar MPT en/of pgb is alleen haalbaar als het sociale netwerk van de cliënt delen van het toezicht overneemt. Dat kan het zorgkantoor niet afdwingen, temeer omdat verzekerden met een Wlz-indicatie aanspraak hebben op verblijf in de instelling.

Het organiseren van een alternatief buiten de instelling is slechts mogelijk voor cliënten met voldoende woonvaardigheden, beperkte gedragsproblemen en in een geschikte woonomgeving. Daarom is vermoedelijk flankerend beleid nodig, zoals meerdere bijstelmomenten per jaar. Zodra de korting (variant B) opgeteld bij herverdeeleffecten hoger wordt, neemt het risico toe dat zorgkantoren niet meer kunnen voldoen aan de zorgplicht. Dan zijn aanvullende maatregelen nodig, die ingrijpen op de wettelijke aanspraak op verblijf in de Wlz.

Om een objectief verdeelmodel in te kunnen voeren zal een lange overgangstermijn nodig zijn, zodat de zorgvraag geleidelijk kan worden bijgestuurd en wachtlijsten/pgb-stops kunnen worden voorkomen. Het structurele effect van de maatregel wordt verwacht in jaar 10.

Budgettaire effecten

De grondslag voor deze maatregel is beperkt tot de GHZ. Er zijn vier varianten doorgerekend waarin verblijf in een instelling wordt vervangen door goedkopere leveringsvormen.
B.1: substitutie van verblijf naar VPT door de acht (25%) zorgkantoren met het hoogste aandeel verblijf te normeren op het niveau van het zorgkantoor op de 9e plaats in de rangschikking naar aandeel verblijf. Dit leidt tot een verschuiving van 115 plekken verblijf naar VPT.
B.2: substitutie van verblijf naar VPT door de zestien (50%) zorgkantoren met het hoogste aandeel verblijf te normeren op het niveau van het zorgkantoor op de 17e plaats in de rangschikking naar aandeel verblijf. Dit leidt tot een verschuiving van 740 plekken verblijf naar VPT.
B.3: substitutie van verblijf naar extramurale zorg (VPT/MPT, en/of pgb): door de acht (25%) zorgkantoren met het hoogste aandeel verblijf te normeren op het niveau van het zorgkantoor op de negende plaats in de rangschikking naar aandeel verblijf. Dit leidt tot een verschuiving van 891 plekken verblijf naar extramurale zorg.
B.4: substitutie van verblijf naar extramurale zorg (VPT/MPT, en/of pgb): door de zestien (50%) zorgkantoren met het hoogste aandeel verblijf te normeren op het niveau van het zorgkantoor op de zeventiende plaats in de rangschikking naar aandeel verblijf. Dit leidt tot een verschuiving van 2299 plekken verblijf naar extramurale zorg.

Per regio verschillen de gemiddelde kosten per cliënt door de cliëntmix; deze is niet door het zorgkantoor te beïnvloeden. Voor de berekening is daarom verondersteld dat bij substitutie naar andere leveringsvormen bij ieder zorgkantoor de gemiddelde kosten verblijf, VPT en extramurale zorg per dag constant blijven.

De landelijke kosten per dag verblijf zijn € 249, voor VPT € 145 en voor een mix van extramurale zorg € 129 (prijspeil 2018). Omdat cliënten voor verblijf een hogere bijdrage betalen, is rekening gehouden met dalende opbrengsten uit eigen bijdragen. Gerekend is met

de gemiddelde gefactureerde eigen bijdragen voor de leeftijd 18-65 jaar.[1] Deze zijn per maand voor verblijf € 524,49 en voor VPT € 173,66. Voor varianten b3 en b4 is gerekend met een eigen bijdrage van € 69,65 (gewogen gemiddelde van VPT, alleen MPT, alleen pgb en combinaties).

De bedragen in bovenstaande tabel zijn slechts een ruwe inschatting van de mogelijke effecten in prijzen 2021. Om nader vast te kunnen stellen wat een reële besparing is in de vier verschillende varianten onder B, is onderzoek nodig naar de omvang van de verschillen in uitgaven tussen zorgkantoorregio's die niet verklaard kunnen worden door objectieve factoren en factoren waar het zorgkantoor geen invloed op heeft. Dit onderzoek is niet beschikbaar. De maatregel kent gedurende vijf jaar transitiekosten van € 40 mln. per jaar.

Overige effecten

De maatregel prikkelt zorgkantoren om in iedere regio een vergelijkbare mix aan leveringsvormen en vergelijkbare tarieven en kwaliteit te realiseren. Zorgkantoren volgen nu vaak de voorkeur van de cliënt voor leveringsvorm. Deze maatregel leidt in alle varianten tot verschuivingen van budget, waardoor de kans op wachtlijsten in nadeelregio's toeneemt en de ruimte voor meer kwaliteit in voordeelregio's toeneemt. Herverdeling die onvoldoende aansluit bij de zorgvraag of gepaard gaat met een te hoge korting, kan leiden tot regionale wachtlijsten. Daardoor ontstaat het risico dat zorgkantoren niet aan hun zorgplicht kunnen voldoen.

Overige opmerkingen

Om doelmatigheid in de tariefstelling te stimuleren ligt een scherpere regulering van tarieven meer voor de hand dan een objectief verdeelmodel op basis van zorgvraag. In de V&V werkt de NZa mede met dit doel aan de integrale vergelijking.

← **Terug naar tabel CARE & SOCIAAL DOMEIN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

1 MLZ, cijfers 2018

6.1.2 CURE

Nr	Naam
31	Afsluiten nieuwe hoofdlijnenakkoorden en continueren macrobeheersinstrument
32	Maatwerk in bekostiging verschillende zorgvormen
33	Tarieven en prestaties wijkverpleging standaardiseren
34	Stimuleren van anderhalvelijnszorg
35	Winstverbod alle zorgaanbieders
36	Participatiemodel voor medisch specialisten
37	Regulering inkomen specialisten door verbod vrije vestiging
38	Nationale aanpak ziekenhuislandschap
39	Publieke en integrale bekostiging acute zorg
40	Beschikbaarheid spoedeisende hulp verlagen of verhogen
41	Eerstelijns ggz naar Wmo en tweedelijns ggz landelijk coördineren
42	Terugdraaien ambulantisering in de ggz
43	Stimuleren centralisering inkoop ziekenhuizen
44	Gegevensuitwisseling in de zorg standaardiseren
45	Verplichte implementatie onder zorgaanbieders van innovatie
46	Intensiveren complementaire gezondheidszorg
47	Intensiveren van eerstelijns wondzorg
48	100% borging Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ)

31 Afsluiten nieuwe hoofdlijnenakkoorden en continueren macrobeheersinstrument

Voor de periode 2023-2026 worden in de curatieve zorg nieuwe hoofdlijnenakkoorden gesloten voor die sectoren waarvoor in de huidige periode meerjarige financiële afspraken zijn gemaakt: medisch-specialistische zorg, Geestelijke Gezondheidszorg (ggz), huisartsenzorg en wijkverpleging. Daarnaast wordt het macrobeheersingsinstrument (MBI) gecontinueerd. Met het voortzetten van de hoofdlijnenakkoorden wordt beoogd de uitgavengroei in de zorg te blijven beheersen, gekoppeld aan een inhoudelijke agenda met doelmatigheidsmaatregelen.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	0	-150	-300	-460	-460
Kwalitatief effect					
Bestuurlijke rust.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Met de sectoren medisch-specialistische zorg, ggz, huisartsen- en multidisciplinaire zorg en wijkverpleging zijn bestuurlijke akkoorden gesloten voor de jaren 2019-2022. In deze akkoorden zijn afspraken gemaakt over het beschikbare financiële kader, in combinatie met een inhoudelijke agenda. Belangrijke pijler in deze akkoorden was de beweging van de Juiste Zorg Op de Juiste Plek. Financieel doel van de akkoorden was het beperken van de uitgavengroei. In de medisch-specialistische zorg en ggz zijn daartoe aflopende groeipaden afgesproken. Voor de eerstelijnssectoren huisartsenzorg en wijkverpleging was meer groei beschikbaar om de verplaatsing van zorg te faciliteren. Om het verplaatsen van zorg van de grond te krijgen, zijn binnen de medisch-specialistische zorg incidentele financiële middelen beschikbaar.

De maatregel is technisch uitvoerbaar, onder de voorwaarde dat partijen bereid zijn deel te nemen aan nieuwe akkoorden vanaf 2023. In lijn met de huidige akkoorden is het essentieel dat alle partijen zich committeren aan een gezamenlijke, inhoudelijke visie waarin de beheersing van de groei gerealiseerd kan worden (doelmatigheidsmaatregelen). Het is verder denkbaar dat nieuwe akkoorden op een andere manier kunnen worden vormgegeven als bijvoorbeeld een sector- of domeinoverstijgend akkoord.

De doorlooptijd van het tot stand komen van bestuurlijke afspraken is afhankelijk van verschillende factoren. Indicatie: minimaal zes tot acht maanden. Te prefereren valt dat een akkoord tenminste een half jaar voorafgaand aan inwerkingtreding wordt afgesloten, zodat de gemaakte afspraken een plek kunnen krijgen in de jaarlijkse onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Budgettaire effecten

Een akkoord dat een groeipad hanteert dat lager is dan het basispad van de zorguitgaven levert een besparing op. Om deze besparing te kunnen realiseren, zal het akkoord samen moeten gaan met afspraken over concrete doelmatigheidsmaatregelen.

In de startnotitie van Keuzes in Kaart wordt bij de intentie om een hoofdlijnenakkoord af te spreken in combinatie met een MBI gerekend met een maximale generieke korting ten opzichte van het basispad. Dit betreft een korting op budgetten zonder corresponderende beperking van de aanspraken of efficiëntie-verbeterende maatregelen. Een generieke korting leidt om die reden in beginsel tot (kwalitatief) mindere zorg en vermindert de werkgelegenheid in de zorg. Het budgettaire effect komt overeen met deze maximale generieke korting.

Overige effecten

Een belangrijke opbrengst van de hoofdlijnenakkoorden is dat het de bestuurlijke rust ten goede komt. Partijen committeren zich immers vooraf aan inhoudelijke en financiële afspraken en hebben een (bestuurlijk) podium om eventuele knelpunten in gezamenlijkheid te bespreken en op te lossen.

Overig opmerkingen

Elke maatregel die een sector raakt waarvoor een hoofdlijnenakkoord wordt beoogd, heeft in potentie een interactie-effect met deze maatregel. Of er sprake is van een interactie-effect en wat de omvang hiervan is, is op voorhand moeilijk te bepalen omdat deze kan verschillen per combinatie van maatregelen.

← **Terug naar tabel CURE**
← **Terug naar overzicht resultaten**

32 Maatwerk in bekostiging verschillende zorgvormen

De bekostigingsmethodiek wordt per zorgsoort (acute zorg, planbare zorg, diagnostiek en chronische zorg) aangepast, ter vermindering van ongewenste productieprikkels en beheersing van zorguitgaven.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto- collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Acute Zorg	**PM+20**	**PM+20**	**PM**	**PM**	**PM**
w.v. effect	PM	PM	PM	PM	PM
w.v. transitiekosten	20	20	0	0	0
Planbare Zorg	**PM+270**	**PM+270**	**PM**	**PM**	**PM**
w.v. effect	PM	PM	PM	PM	PM
w.v. transitiekosten	270	270	0	0	0
Chronische Zorg	**160**	**160**	**-50**	**-50**	**-50**
w.v. besparing	0	0	-50	-50	-50
w.v. transitiekosten	160	160	0	0	0
Kwalitatief effect					
Mogelijke meer druk op de eerstelijnszorg.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De acute zorg kan bekostigd worden op basis van de beschikbaarheid van deze voorziening, in plaats van op basis van het gebruik. Uitvoeringsproblemen zijn er niet.

Planbare zorg krijgt een meer uitkomstgerichte sturing. Daarbij is de overheid afhankelijk van de contractering door zorginkopers.

Diagnose en indicatiestelling worden bekostigd op basis van vaste uurtarieven. Maar een strikte scheiding van diagnostiek en behandeling lijkt bij eerste analyse niet uitvoerbaar. Hier zou nader onderzoek nodig zijn. Ook bij relatief eenvoudige (planbare) verrichtingen zal de behandelaar zich moeten blijven vergewissen van de actuele gezondheidstoestand van de patiënt.

In de chronische zorg kunnen keten-dbc's worden ingevoerd of een abonnementstarief. Gewerkt kan bijvoorbeeld worden met een toeslag op het inschrijftarief van huisartsen, analoog aan de toeslag voor patiënten ouder dan 65 jaar en voor huisartsen in achterstandswijken. Hierbij verloopt de inzet van zorgverleners via een hoofdaannemer, bijvoorbeeld de huisarts of een zorggroep. Deze wordt geprikkeld de best passende zorgverlener

in te zetten. Dit resulteert dan in een verplaatsing van medisch specialistische zorg voor chronische aandoeningen naar de eerste lijn.

Budgettaire effecten

Voor de acute zorg is het niet gelukt om de budgettaire effecten te kwantificeren van een overstap naar bekostiging op basis van beschikbaarheid. Als een ziekenhuis de SEH op dit moment deels bekostigt uit verwijzingen van de SEH naar de rest van het ziekenhuis, kan het afrekenen op beschikbaarheid tot hogere kosten leiden dan de huidige declaraties voor de SEH. Aan de andere kant kunnen zorgverzekeraars beter onderhandelen over de kosten van planbare zorg nu deze niet meer beïnvloed worden door verwijzing vanuit de SEH. Het netto-effect is onbekend. De transitiekosten voor de invoering van de beschikbaarheidsfinanciering voor alle acute zorg bedraagt jaarlijks € 20 mln. gedurende twee jaar.

Het is ook niet gelukt om de voorgestelde wijziging in de planbare zorg te kwantificeren. Doordat verzekeraars beter inzicht krijgen in de prestaties van vergelijkbare zorgaanbieders kunnen zij meer aansturen op doelmatige zorgverlening. Wetenschappelijk onderzoek[1] laat tot nu toe (nog) geen harde relatie met klinische effectiviteit of kostenbesparing zien; de exacte oorzaken hiervan vergen nadere bestudering. De transitiekosten voor de invoering van uitkomstgerichte sturing voor planbare zorg bedraagt jaarlijks € 270 mln. gedurende twee jaar.

Circa 40% van de medisch-specialistische zorg (€ 9,5 mld.) is voor chronische patiënten. De aanname is dat een deel van deze zorg beter kan worden gestroomlijnd voor multimorbiditeit. Daarnaast kan chronische zorg deels stoppen, en deels naar de anderhalve lijn en de eerste lijn verplaatst. Ziekenhuizen richten zich nu al alleen op 'instabiele' of complexe chronische patiënten. Daarom is dat inschatting dat een besparing van uiteindelijk 1% haalbaar moet zijn. Het besparingspercentage zit al deels in het basispad. Er is daarom gerekend met 0.5%, een bedrag van € 50 mln. Daarnaast zijn er budgettaire verschuivingen nodig voor anderhalve lijn en eerste lijn. We rekenen met een ingroeitermijn van drie jaar. Ten slotte bedragen de jaarlijkse transitiekosten € 155 mln. gedurende twee jaar, uitgaande van de invoering van een abonnementstarief. Deze transitiekosten zullen hoger zijn indien wordt overgestapt naar een bekostigingssystematiek gebaseerd op keten-dbc's.

1 https://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/6_4405d748-af33-48d1-9f51-0cc006fd01e7.pdf
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22966110
https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1511701
https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-tools-and-services/data-services/patient-reported-outcome-measures-proms#latest-provisional-data
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28114600
https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/KCE_use_of_PROM_PREM.pdf

Als delen van de chronische zorg voortaan niet meer ten laste komen van het ziekenhuiskader (omdat die via de huisartsen- en multidisciplinaire zorgbekostiging gaan lopen), dan kan dit negatieve gevolgen hebben voor de opbrengsten uit het eigen risico. Hiermee zou het netto-macrokader stijgen. De verwachting is echter dat burgers met chronische klachten, naarmate zij ook gebruik maken van ziekenhuiszorg, het eigen risico jaarlijks al volmaken vanwege medicatiegebruik.

Overige effecten

De interventie voor de chronische zorg vraagt om voldoende huisartsenzorg (in aantal en in competentie), in een tijd van toenemende druk op de huisartsenzorg.

Overig opmerkingen

De uitwerking van de maatregel voor chronische zorg heeft samenloop met maatregel 34 (Stimuleren van anderhalvelijnszorg). Er moet een keuze worden gemaakt tussen een van beide uitwerkingen. Het uiteindelijk effect is afhankelijk van deze keuze. Ook is er samenloop met maatregel 39 (Publieke en integrale bekostiging acute zorg).

← Terug naar tabel CURE
← Terug naar overzicht resultaten

33 Tarieven en prestaties wijkverpleging standaardiseren

Om de administratieve lasten te beperken, worden de tarieven voor bekostiging van de wijkverpleging gestandaardiseerd. Hiervoor zijn drie varianten uitgewerkt:

A. Eén generieke omschrijving en een vast gemiddeld uurtarief voor alle vormen van wijkverpleging.
B. Een vast maximum maandbedrag per cliënt op basis van verschillende zwaartecategorieën. De tarieven zijn onderhandelbaar, waarbij de zorgbehoefte van de cliënt centraal staat. In een subvariant (B2) wordt de indicatie gedaan door de wijkverpleegkundige.
C. Als B, maar de tarieven zijn niet onderhandelbaar.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: één generieke omschrijving en tarief	PM	PM	PM	PM	PM
Variant B, sub 1: vast maximumbedrag per zwaartecategorie	PM	PM	PM	PM	PM
Variant B, sub 2: als variant B, sub1, met indicatie door wijkverpleegkundige	**PM**	**PM**	**PM-15**	**PM-10**	**PM**
w.v. effect variant B, sub 1	PM	PM	PM	PM	PM
w.v. besparing op uitvoeringskosten CIZ	0	0	-20	-20	-20
w.v. extra instroom Wlz	0	0	5	10	20
Variant C: als variant B, maar tarieven niet onderhandelbaar	PM	PM	PM	PM	PM
Kwalitatief effect					
Minder administratieve lasten voor aanbieder; meer kwaliteit en doelmatigheid van de zorg; indicaties sneller afgegeven en beter aansluitend op de zorgbehoefte van de cliënt.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Zorgverzekeraars en aanbieders kunnen sinds 2016 afwijken van de reguliere bekostiging door deelname aan het experiment bekostiging verpleging en verzorging (BR/REG-19144[1]). Zij kunnen bijvoorbeeld een integraal uurtarief afspreken of een vast bedrag per cliënt per maand/dag. Hierover moeten zorgaanbieder en verzekeraar contractuele afspraken maken.

1 https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_241148_22/1/

Om vaste integrale tarieven algemeen te laten gelden voor zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde aanbieders, moeten deze in de reguliere bekostiging worden opgenomen. Dit vereist ook een nieuwe omschrijving van de prestatie. De NZa moet kostenonderzoek doen om een kostendekkend tarief vast te kunnen stellen. Dit alles kan binnen twee jaar geïmplementeerd worden.

Voor variant A moet het integrale uurtarief in de reguliere bekostiging opgenomen worden. Anders dan in het vermelde experiment kan er niet meer over onderhandeld worden. Voor berekening van vaste maandtarieven per cliëntprofiel moeten eerst zwaartecategorieën gedefinieerd worden. Daarna moet der NZa een maximum (variant B) of vast (variant C) tarief per categorie berekenen. De zogeheten ZN[2]-doelgroepen die zorgverzekeraars sinds enige jaren gebruiken binnen de wijkverpleging bieden hiervoor nog onvoldoende basis, omdat deze maar in beperkte mate het zorggebruik blijken te kunnen voorspellen.[3] Momenteel werkt de NZa aan de (door)ontwikkeling van zorgzwaartecategorieën (cliëntprofielen). Naar verwachting zijn deze in de zomer van 2020 gereed en kunnen ze vanaf 2022 geïmplementeerd worden.

Bij variant B, sub2 geven wijkverpleegkundigen ook de indicatie voor overgang naar de Wlz. Hiervoor moeten hun bevoegdheden worden uitgebreid. Op dit moment kan alleen het CIZ indicaties voor de Wlz afgeven. Er zal een wetswijziging nodig zijn die instellingen de bevoegdheid geeft indicaties binnen de Wlz te verlenen (individuele bevoegdheid is juridisch niet mogelijk). Deze wetswijziging vergt twee jaar. Daarnaast moeten wijkverpleegkundigen vaardigheden verwerven om de indicatiestelling uit te voeren (besluiten, bezwaar en beroep en dergelijke). Dit kan via opleidingen, door werving van extra gekwalificeerd personeel en/of door kennisuitwisseling.

Budgettaire effecten

De verschillende effecten van alle varianten zijn moeilijk te voorspellen en te kwantificeren. Er is onvoldoende informatie beschikbaar over deze effecten binnen de wijkverpleging. Momenteel zijn er nog geen geschikte profielen beschikbaar als basis voor kwantificering van budgettaire effecten.

De effecten van het zelf indiceren door wijkverpleegkundigen zijn wel deels te berekenen. Voor de uitvoeringskosten van CIZ is aangenomen dat er 25% bespaard kan worden op een budget van € 70 mln.[4] Voor de extra kosten door verruimde toegang tot de Wlz is uitgegaan van 5% stijging van het aantal cliënten met een ZZP VV4-indicatie, te weten 22.000.

2 Zorgverzekeraars Nederland.
3 NZa, Data-analyses met betrekking tot cliëntgroepen in de wijkverpleging, 2019.
4 In lijn met aannames maatregel **21** (Zorgaanbieders indiceren zelf in de Wet langdurige zorg).

Tegen meerkosten van gemiddeld ongeveer € 15.000 per cliënt[5], komt dit na een ingroeiperiode neer op structureel ongeveer € 17 mln.

Overige effecten

In variant A leidt het werken met één prestatie (in plaats van de huidige 12) tot minder administratieve lasten voor de aanbieders. Wel leidt de invoering van één standaardtarief tot een risico op 'cherry picking'. Het is dan financieel gunstig om vooral zorg te verlenen aan cliënten met een lichtere zorgzwaarte en het wordt voor aanbieders minder aantrekkelijk om zich in zware patiënten te specialiseren. Dit kan leiden tot verschraling van de zorg. Daarnaast is het waarschijnlijk dat de niet-gecontracteerde zorg financieel aantrekkelijker wordt. Niet-gecontracteerde aanbieders verlenen doorgaans vaker en meer uren verzorging dan uren (gespecialiseerde) verpleging. Het integrale tarief zal een gewogen gemiddelde zijn met een tarief dat hoger ligt dan het huidige maximumtarief voor verzorging. Tevens beperkt deze variant de mogelijkheid van zorgverzekeraars om over de tarieven te onderhandelen.

Variant B en C kennen een vast maandbedrag afhankelijk van de zwaartecategorie. Dit zorgt er naar verwachting voor dat aanbieders de zorg efficiënter gaan inzetten. Er is financieel voordeel te behalen met preventie en innovatie, maar ook met verhoging van de kwaliteit van zorg - zodat er minder uren zorg nodig zijn. Wel bestaat er een gevaar van risicoselectie en onderbehandeling. Ook als wijkverpleegkundigen zelf mogen indiceren binnen de Wlz (variant B-sub 2) bestaat er een kans op risicoselectie: cliënten met een zwaardere zorgvraag worden dan niet in zorg genomen of eerder naar de Wlz doorverwezen. Daartegenover staat dat de wijkverpleegkundige de cliënt en zijn zorgbehoefte juist goed kent en sneller een passende indicatie kan afgeven.

De maatregel vraagt van zorgaanbieders een omslag in de bedrijfsvoering en aansturing en een andere manier van werken, waarin zorgprofessionals meer ruimte krijgen om de zorginzet te bepalen. Verder kan de wijkverpleging voor niet-gecontracteerde aanbieders minder aantrekkelijker worden, omdat de vergoeding voor het aantal uren per cliënt per maand nu gemaximeerd is (en deze maxima onder het huidige aantal uren liggen). In variant C wordt daarnaast de mogelijkheid van zorgverzekeraars beperkt om tarieven te drukken door onderhandelingen.

Door vereenvoudiging van het aantal prestaties kunnen de administratieve lasten voor de aanbieder worden verlicht. Ook bieden vaste tarieven per cliënt maand de aanbieder ruimte om in te zetten op preventie en resultaat van zorg, zodat de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg bevorderd wordt.

5 In lijn met aannames maatregel 21.

142

← Terug naar tabel CURE
← Terug naar overzicht resultaten

6.1.2 CURE

34 Stimuleren van anderhalvelijnszorg

Door een nieuwe betaaltitel wordt een verschuiving van complexe medisch specialistische zorg (msz) naar de goedkopere 'basis-msz' (anderhalvelijnszorg) gestimuleerd. De overheid ondersteunt dit door de vrijblijvendheid van het meekijkconsult weg te nemen. Ook wordt het ziekenhuisbudget verlaagd, terwijl het budget voor de huisartsenzorg wordt verhoogd.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	0	0	0	0	-50
Kwalitatief effect					
Opbrengst eigen risico kan dalen; arbeidsmarkt voor zorgberoepen kantelt.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De vrijblijvendheid van de mogelijkheid van het meekijkconsult binnen de huisartsenzorg verdwijnt, zodat deze meer gebruikt gaat worden. Dit gebeurt door (complexe) medische specialistische zorg alleen nog te doen vergoeden als er een meekijkconsult aan voorafging - tenzij er sprake is van een levensbedreigende situatie of spoedeisende zorg. Het wordt geregeld via de bestaande prestatie-omschrijving.

Ook wordt in het toezichtkader van de Zvw verwerkt dat zorgverzekeraars actief beleid moeten voeren op de inzet van het meekijkconsult. De NZa ziet hierop toe. Zorgverzekeraars kunnen dit beleid op meerdere manieren vormgeven, variërend van selectieve inkoop en shared savings-modellen tot een geschikte machtigingensystematiek.

Meerjarenafspraken zijn nodig om de capaciteit in de ziekenhuiszorg geleidelijk af te bouwen. Dit vereist ook afspraken over uitgaveplafonds om te voorkomen dat ziekenhuizen de omzet behouden en daarvan andere dingen gaan doen. Zorgverzekeraars moeten hier via hun inkoopbeleid en contractering op sturen.

Voor deze maatregel is geen wetswijziging nodig. Wel moet de overheid een bestuurlijk akkoord met betrokken partijen sluiten. Daarna is er tijd nodig voor de implementatie, zoals intensivering van samenwerkingsverbanden in het veld. Er moeten nieuwe afspraken worden gemaakt en declaratie- en administratiesystemen moeten aangepast. Hierbij kunnen regio's gebruik maken van hun ervaringen met het meekijkconsult. Maar alles samen zal de implementatie toch vijf jaar duren.

Budgettaire effecten

Bij Dutch Hospital Data (DHD) is gevraagd naar de tien specialismen met de meeste eerste polikliniekbezoeken (EPB's). Dat zijn er 5,3 miljoen in 2017. Verondersteld wordt dat juist bij de EPB's de meeste eenvoudige diagnostiek en interventie plaatsvindt, die in aanmerking zou komen voor substitutie door anderhalvelijnszorg. Voor deze specialismen is het substitutiepotentieel bepaald vanuit de ervaring met de pilot met anderhalvelijnszorg bij de stadspoli van Blauwe Zorg.[1] Dit leidt tot een inschatting van de structurele opbrengsten van deze maatregel.

Voor de berekening is gebruik gemaakt van gegevens over negen medisch specialismen bij de Blauwe Zorg.[2] Hier kreeg gemiddeld 20% van de patiënten het advies 'verwijzing naar de tweede lijn'. De overige 80% kon verder behandeld worden in de eerste lijn.[3] De inschatting is dat op landelijk niveau de helft van de 20% (dus 10%) uit genoemde pilot in aanmerking zou komen voor anderhalvelijnszorg. Dit omdat de pilot beperkt was tot die specialismen waar de potentie het grootst is. De verwachting is dat de specialismen die nu niet in de pilot zitten (zoals heelkunde en oncologie) minder tot geen potentie hebben voor verplaatsing naar anderhalvelijnszorg.

Met 10% van de patiënten zouden circa 530.000 bezoeken niet meer in het ziekenhuis plaatsvinden. Uitgaand van gemiddeld € 250 per polibezoek betekent dit op jaarbasis € 132 mln. als grondslag voor verplaatsing van de tweede lijn naar de anderhalve lijn. Dit bedrag moet toegevoegd worden aan de anderhalvelijnszorg.

Tegelijk wordt er bespaard op de tweede lijn. Binnen de Blauwe Zorg liggen bij de laag complexe patiënten de totale kosten na twaalf maanden circa € 500 lager. Bij 530.000 polibezoeken komt dit neer op € 265 mln. op jaarbasis. De netto-besparing wordt dan vooralsnog € 265 – € 132 = € 133 mln.

Een deel van deze opbrengst verdwijnt door hogere ziekenhuiskosten, omdat de gemiddelde zorgzwaarte in ziekenhuizen toeneemt en er wat meer onderdekking op de vaste kosten ontstaat. Dit effect wordt geschat op 25% van genoemde netto besparing, of € 33 mln. Daarmee komt de netto besparing op (€ 133- € 33=) € 100 mln. Maar omdat in de

1 https://www.blauwezorg.nl/
2 https://www.blauwezorg.nl/ en https://www.zorgvisie.nl/pilot-anderhalvelijnszorg-zuid-limburg/ Het betreft een pilot in Zuid-Limburg met 20.000 patiënten, met als doel het aantal tweedelijns doorverwijzingen vanuit de huisartsenzorg te beperken. In de pilot ziet de specialist uit het ziekenhuis zijn patiënten in eerstelijnssetting. Daarbij wordt er geen beroep gedaan op het eigen risico van de patiënt. Bovendien zijn de wachttijden voor de patiënt kort. De deelnemers konden binnen drie tot vijf dagen bij de specialist terecht.
3 https://www.duurzamezorgmaastricht.nl/sites/intranet.mumc.maastrichtuniversity.nl/files/duurzamezorgmaastrich_nl/public_news_events/hsr_eindrapportage_substitutie_van_zorg_online_publicatie_0.pdf

hoofdlijnenakkoorden 2019-2022 al gerekend is op enige substitutie, moet dit bedrag nog gehalveerd worden. Het uiteindelijke budgettaire effect komt daarmee op netto € 50 mln. Op termijn zijn meer besparingen mogelijk, bijvoorbeeld als het aantal geïncludeerde patiënten binnen de anderhalve lijn toeneemt.

Overige effecten

Het is denkbaar dat de opbrengsten uit het eigen risico dalen. Een deel van de medisch specialistische zorg komt immers onder de huisartsenzorg, waarvoor geen eigen risico geldt.

Capaciteitsafname binnen de ziekenhuiszorg heeft gevolgen voor de arbeidsmarkt. Diverse zorgberoepen zullen zich moeten om- of bijscholen om de basis-medisch specialistische zorg (anderhalvelijnszorg) te kunnen bieden.

Overig opmerkingen

Er is overlap met maatregel 32 (Maatwerk in bekostiging verschillende zorgvormen). En er is interactie met de maatregel 63 (Huisartsenzorg onder het eigen risico).

← Terug naar tabel CURE
← Terug naar overzicht resultaten

35 Winstverbod alle zorgaanbieders

Het verbod op winstuitkering voor intramurale zorgverleners wordt uitgebreid naar alle zorg (de gehele keten). Sluiproutes worden lastiger gemaakt door voor alle rechtspersonen die zorg verlenen dezelfde eisen te stellen aan winstuitkering, transparantie en verantwoording.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**PM+80**	**PM+80**	**PM**	**PM**	**PM**
w.v. verbod winstuitkering	PM	PM	PM	PM	PM
w.v. transitiekosten	80	80	0	0	0
Kwalitatief effect					
Effecten op kwaliteit en toegankelijkheid van zorg zijn ambigu.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De huidige Wet toelating zorginstellingen (WTZi) verbiedt[1] het uitkeren van winst voor aanbieders in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz). In een AMvB wordt hierop een uitzondering gemaakt voor extramurale instellingen en intramurale instellingen met minder dan zes personen. Daarnaast worden voor alle zorgaanbieders in de Zvw en Wlz eisen gesteld aan de (transparantie van de) financiële bedrijfsvoering. Ten slotte moeten hoofdaannemers in de Zvw, Wlz en Jeugdwet een jaarverslag maatschappelijke verantwoording (JMV) deponeren.

Met de voorgestelde maatregel gaan het winstverbod, de transparantie-eisen én het JMV gelden voor álle zorgaanbieders (hoofd- en onderaannemers) binnen de Zvw, Wlz, Jeugdwet en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

De wetswijziging die het winstverbod moet verbreden kan op gespannen voet komen te staan met het eigendomsrecht volgens artikel 1 van het Eerste Protocol bij het EVRM en de vrij verkeersbepalingen van het VwEU. Hier moet bij invoering goed naar worden gekeken. Een goede motivering is noodzakelijk om te kunnen onderbouwen dat er sprake is van één van de uitzonderingen op deze rechten.

1 Er wordt gesproken van een verbod op winstoogmerk, maar dit kan worden gelezen als winstuitkering.

Budgettaire en overige effecten

Het verbieden van winstuitkering heeft positieve en negatieve effecten waarvan slechts een gedeelte budgettair is. Het is niet gelukt om het budgettaire effect te kwantificeren. Hieronder volgt een overzicht van mogelijke effecten op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg, gebaseerd op het onderzoek "Uitkering van dividend door zorg-aanbieders: praktijkanalyse en effectanalyse" door SiRM en Finance Ideas in juni 2019.[2]

Mogelijke effecten op de kwaliteit van zorg	
Positief	**Negatief**
– voorkomen van ondoorzichtige financiële belangen die haaks staan op zorgkwaliteit	– minder investeringen in innovatie – minder aandacht voor patiëntervaring
Mogelijke effecten op de toegankelijkheid van zorg	
Positief	**Negatief**
– minder risico op ongewenste risicoselectie complexe patiënten – minder kwetsbaarheid voor kleine zorgaanbieders	– minder marktdynamiek (omdat toetreding minder aantrekkelijk is) – minder opties als zorgaanbieders zich terugtrekken of in fin. problemen komen. – minder klantgericht en langere wachttijden
Mogelijke effecten op de betaalbaarheid van zorg	
Positief	**Negatief**
– minder onwenselijke productieprikkels – minder risico op ontstaan van te machtige zorgketens (marktmacht minder aantrekkelijk als winst niet uitgekeerd mag worden) – lagere prijzen (omdat winsten niet gemaximaliseerd worden)[3]	– minder doelmatigheid (door ontbreken stimulans kostenbesparing) – minder flexibiliteit in financiering en hogere kapitaallasten door minder verschillende kapitaalverstrekkers

Een algeheel verbod op winstuitkering leidt tot transitiekosten bij zorgaanbieders die in de huidige situatie winst uit mogen keren. Deze transitiekosten bedragen jaarlijks € 80 mln. gedurende twee jaar.[4]

2 Het onderzoek keek naar de positieve en negatieve effecten van winstuitkering: heel feitelijk naar de effecten van winstuitkering op betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit.

3 https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/uitgebreide-nl--DP-prijsgedrag-op-de-markt-voor-huishoudelijke-hulp_0.pdf

4 Op basis van het onderzoek "Uitkering van dividend door zorgaanbieders: praktijkanalyse en effectanalyse" (SiRM en Finance Ideas, 2019) is de budgettaire grondslag vastgesteld op 7% van de budgettaire grondslag van de Wlz en Zvw. De gegevens voor de Wmo en Jeugdwet zijn niet bekend.

Overige opmerkingen

Er is een interactie-effect met maatregel 146 (Winst intramurale zorg). Deze maatregel zorgt er juist voor dat het wordt toegestaan om winst uit te keren in de intramurale zorg.

Terug naar tabel CURE
Terug naar overzicht resultaten

36 Participatiemodel voor medisch specialisten

Medisch specialisten die in een ziekenhuis werken, worden aandeel- of obligatiehouder van het ziekenhuis. Hiermee dragen ze medeverantwoordelijkheid voor een gezonde bedrijfsvoering gericht op de langere termijn. Dit wordt mogelijk gemaakt door winstuitkering in de intramurale medisch-specialistische zorg toe te staan, of deelname aan een obligatielening van het ziekenhuis te stimuleren.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant 1: participatie via winstuitkering	**170**	**170**	**PM**	**PM**	**PM**
w.v. effecten	0	0	PM	PM	PM
w.v. transitiekosten	170	170	0	0	0
Variant 2a: Participatie via informatiedeling	PM	PM	PM	PM	PM
Variant 2b: fiscale stimuleringsmaatregelen	**20**	**20**	**PM**	**PM**	**PM**
w.v. effecten	0	0	PM	PM	PM
w.v. transitiekosten	20	20	0	0	0

Uitvoering & Haalbaarheid

Medisch specialisten en ziekenhuizen kiezen zelf voor het type werkrelatie (loondienst of vrije vestiging) en/of de manier waarop de specialisten kunnen participeren in het ziekenhuis. Op dit moment zijn er ongeveer 16.500 medisch specialisten actief. Daarvan zijn er 8.500 in loondienst en 6.600 vrijgevestigd; 1.400 specialisten combineren loondienst met vrije vestiging.[1] In principe is het voor beide groepen mogelijk om financieel te participeren in een ziekenhuis.

Vanaf 2015 is er sprake van integrale bekostiging in de medisch specialistische zorg. Een belangrijk doel hiervan is de gelijkgerichtheid van belangen van ziekenhuizen en vrijgevestigde medisch specialisten te bevorderen, gericht op een gezonde bedrijfsvoering.

1 Monitor Integrale bekostiging medisch-specialistische zorg 2018, NZa, tabel 2 bladzijde 43. Gebaseerd op CBS data 2016. Deze cijfers zijn exclusief huisartsen en psychiaters.

De invoering van integrale bekostiging heeft geleid tot nieuwe organisatiemodellen bij aanbieders van medisch-specialistische zorg, waarbij onderscheid wordt gemaakt in drie categorieën:
– participatiemodel;
– samenwerkingsmodel;
– loondienstmodel.

Het belangrijkste kenmerk van het participatiemodel is dat wordt deelgenomen in het eigendom van het ziekenhuis, waarbij aan twee voorwaarden dient te worden voldaan:
– deelname in de zeggenschap, én
– deelname in het economisch belang door het (mede)lopen van risico.

De overheid heeft verschillende mogelijkheden om participatie in het ziekenhuis te bevorderen.[2]
– In variant 1 kunnen medisch specialisten via winstuitkering participeren. Voor het toestaan van deze winstuitkering is aanpassing nodig van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).
– Variant 2 sluit aan op de bestaande mogelijkheid om in het ziekenhuis te participeren via een obligatielening met een periodieke rente-uitkering. De overheid kan dit type participatie stimuleren door informatiedeling (variant 2a). Meer vergaand kan gedacht worden aan fiscale maatregelen (variant 2b), zoals een specifieke vrijstelling voor medisch specialisten in box 3. Dit laatste vergt aanpassing van belastingwetgeving; deze variant is juridisch wel kwetsbaar vanwege het verbod op ongelijke behandeling voor gelijke gevallen zonder objectieve rechtvaardigingsgrond.

Overigens zal de mate waarin ziekenhuizen (alsnog) een vorm van participatie gaan invoeren, afhangen van zowel interne als externe factoren die zich moeilijk laten voorspellen.

Budgettaire en overige effecten

De participatie van medisch specialisten in een ziekenhuis kan tot gevolg hebben dat medisch specialisten en ziekenhuizen meer dan voorheen hetzelfde belang hebben. Dit kan positieve of negatieve effecten hebben op de bedrijfsvoering van een ziekenhuis en daarmee indirect op de zorguitgaven. Zo kan participatie ertoe leiden dat medisch specialisten minder productieprikkels ervaren als dit in het belang is voor het ziekenhuis. Maar er zijn ook situaties denkbaar waarbij zowel medisch specialisten als het ziekenhuis een prikkel hebben tot het behoud van productie; een vorm van participatie kan dit effect dan juist versterken.

2 Zie EY, onderzoek mogelijkheden tot bevorderen participatiemodel, 2017.

In het onderzoek van SiRM en Finance Ideas[3] zijn mogelijke positieve en negatieve effecten van een winstuitkering benoemd. Deze potentiële effecten gelden voor beide varianten. De budgettaire effecten van deze effecten zijn niet in te schatten.

Mogelijke effecten op de kwaliteit van zorg	
Positief	**Negatief**
– meer investeringen in innovatie – meer aandacht voor patiëntervaring	– ondoorzichtige financiële belangen die haaks staan op zorgkwaliteit
Mogelijke effecten op de toegankelijkheid van zorg	
Positief	**Negatief**
– meer marktdynamiek (omdat toetreding aantrekkelijker is) – meer opties als zorgaanbieders zich terugtrekken of in fin. problemen komen. – meer klantgericht en kortere wachttijden	– ongewenste risicoselectie complexe patiënten – kwetsbaarheid voor kleine zorgaanbieders
Mogelijke effecten op de betaalbaarheid van zorg	
Positief	**Negatief**
– doelmatigheid (door stimulans kostenbesparing) – flexibiliteit in financiering en lagere kapitaallasten door meer verschillende kapitaalverstrekkers	– onwenselijke productieprikkels – ontstaan van te machtige zorgketens (marktmacht minder aantrekkelijk als winst niet uitgekeerd mag) worden) – hoger prijzen (omdat winsten gemaximaliseerd worden)[4]

Voor variant 1 is relevant dat instellingen die nu zijn vrijgesteld voor de vennootschapsbelasting, niet meer aan de voorwaarden voor deze vrijstelling voldoen als ze winsten uitkeren aan particuliere aandeelhouders. De instelling moet dan belasting gaan betalen over haar positieve resultaten (winsten). Dit heeft in beginsel een opdrijvend effect op de zorguitgaven.

Voor varianten 1 en 2b zijn er transitiekosten van jaarlijks € 170 mln. respectievelijk € 20 mln. gedurende twee jaar.

Overige opmerkingen

Er is sprake van interactie met maatregel 146 (Winst intramurale zorg). Die maatregel betreft de gehele intramurale zorg, waar de medisch specialistische zorg een onderdeel van vormt. Ook is er interactie met maatregel 35 (Winstverbod alle zorgaanbieders).

3 SiRM en Finance Ideas, Uitkering van dividend door zorgaanbieders: praktijkanalyse en effectanalyse, 2019.

4 https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/uitgebreide-nl-samenvatting-DP-prijsgedrag-op-de-markt-voor-huishoudelijke-hulp_0.pdf

Terug naar tabel CURE
Terug naar overzicht resultaten

37 Regulering inkomen specialisten door verbod vrije vestiging

Het inkomen van medisch specialisten wordt gereguleerd door een verbod op vrije vestiging. Alle specialisten komen in loondienst. Na initiële kosten moet dit tot een structurele besparing leiden.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant 1: inkomen artsen maximeren op WNT	Het budgettaire effect is lager dan de ondergrens.				
Variant 2a: alle artsen verplicht in loondienst	**10**	**10**	**2.000**	**-330**	**-340**
w.v. lagere productieprikkel	0	0	0	-100	-100
w.v. besparing pers. kosten	0	0	0	-240	-240
w.v. transitiekosten	10	10	10	10	0
w.v. compensatie goodwill	0	0	2.000	0	0
Variant 2b: nieuwe artsen verplicht in loondienst (a)	**10**	**10**	**2.000**	**-10**	**-340**
w.v. lagere productieprikkel	0	0	0	-10	-100
w.v. besparing pers. kosten	0	0	0	-10	-240
w.v. transitiekosten	10	10	10	10	0
w.v. compensatie goodwill	0	0	2.000	0	0
Kwalitatief effect					
Lagere productieprikkel; risico op wachtlijsten.					

(a) Het structurele effect wordt in dit geval pas na ongeveer 30 jaar bereikt.

Uitvoering & Haalbaarheid

Er zijn in Nederland ongeveer 16.500 medisch specialisten actief.[1] Hiervan is 52% in loondienst, 40% is vrijgevestigd en 8% bezigt een combinatie.[2] Sinds 2013 worden salarissen van topfunctionarissen in de (semi)publieke sector gereguleerd in de Wet normering

1 Er wordt voor het gemak aangenomen dat al deze artsen in voltijd werken.
2 Monitor Integrale bekostiging medisch-specialistische zorg 2018, NZa, tabel 2 bladzijde 43. Voor de berekening worden artsen die een combinatie bezigen voor de helft aan beide overige categorieën toebedeeld.

topinkomens (WNT). Hieronder vallen bijvoorbeeld de bestuurders van een ziekenhuis, maar niet de vrijgevestigde medisch specialisten.

Deze maatregel betreft een inkomensregulering door alle medisch specialisten in loondienst te nemen. Het gaat om twee voorstellen die afzonderlijk of in combinatie kunnen worden ingevoerd:

1. Het inkomen van artsen in loondienst wordt gemaximeerd op één of 1,5 keer de WNT-norm.
2. Het wordt voor medisch specialisten niet meer toegestaan om zich vrij te vestigen, aanvullend kunnen huidige vrijgevestigde artsen worden gedwongen in loondienst te gaan.

Aan de eerste maatregel zijn juridische kwetsbaarheden verbonden die verder moeten worden uitgezocht. De tweede maatregel kan worden uitgevoerd door medisch specialisten indirect verplichten in loondienst te gaan: in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) wordt dan opgenomen dat zorgaanbieders alleen medisch-specialistische zorg in rekening mogen brengen als deze door artsen in loondienst is verricht.

De maatregelen vergen verschillende wetswijzigingen en het opstellen of aanpassen van arbeidscontracten. De beroepsgroep zal zich mogelijk inspannen om dit proces te vertragen. Daarom wordt rekening gehouden met een implementatietermijn van drie tot vier jaar. Voor een maximering van de inkomens in loondienst is vervolgens, in aansluiting op de huidige WNT, een overgangsperiode van zeven jaar nodig.

De maatregelen kunnen ook geleidelijk worden ingevoerd door bestaande vrije vestiging te respecteren en alleen nieuwe vrije vestiging te verbieden. Dit betekent dat nieuwe artsen in loondienst moeten en dat artsen die in loondienst zijn, zich niet alsnog vrij mogen vestigen.

Budgettaire effecten

De eerste maatregel, het maximeren van het inkomen van artsen in loondienst, heeft een verwaarloosbaar budgettair effect. Het gemiddelde salaris voor artsen in loondienst (€ 167.000 per jaar[3]) ligt namelijk ruim onder deze norm (€ 201.000).[4] Ook het toepassen van de WNT als alle artsen in loondienst zijn (combinatie met maatregel 2) heeft een verwaarloosbaar additioneel effect. Aangenomen wordt namelijk dat vrijgevestigde artsen,

3 Gemiddeld jaarloon inclusief bijzondere beloningen per VTE voor een arts alleen werknemer in 2017, CBS Statline "Beloning van in zorg werkzame artsen; beroep en specialisme", laatste update 17 mei 2019.

4 Vanzelfsprekend heeft het toepassen van 1,5 keer de Wnt-norm daarmee ook geen effect.

als ze in loondienst gaan, hetzelfde gaan verdienen als de artsen die al in loondienst zijn. Deze variant is daarom niet in de tabel uitgewerkt.

Als alle vrijgevestigde medisch specialisten in loondienst gaan, neemt hun 'productieprikkel' af. Dit resulteert in een besparing op de ziekenhuiszorg. De gemiddelde productie van medisch specialisten daalt, omdat vrijgevestigde specialisten meer uren per week maken en bij een gegeven zorgvraag meer zorg leveren dan specialisten in loondienst.[5] [6]

Toch moet de productiedaling niet overschat worden. Ook onder loondienst is het mogelijk om sterke volumeprikkels in te bouwen - het ziekenhuis heeft die prikkel immers wel. En er zijn nog andere redenen om terughoudend te zijn met de verwachtingen.[7] De berekening gaat daarom uit van 1% volumedaling wanneer specialisten in loondienst gaan. Aangezien op dit moment 40% van de artsen vrijgevestigd is resulteert dit in een besparing van 0.4%. Toegepast op de totale omvang van de ziekenhuiszorg van € 25,5 mld. levert dit een besparing op van € 100 mln.

De overgang naar loondienst levert ook een besparing op aan personeelslasten. We nemen aan dat het inkomen van vrijgevestigde medisch specialisten die in loondienst treden vergelijkbaar zal zijn met dat van de huidige artsen in loondienst. Want medisch specialisten kunnen de arbeidsmarkt niet langer op 'slot' houden door het aantal plaatsen in maatschappen te beperken. Op basis van een bruto jaarinkomen van € 167.000 per specialist plus werkgeverslasten van 20%[8] levert dit een besparing van € 240 mln. op.

Een belangrijke kostenpost betreft de afkoop van goodwill die (deels) verloren gaat bij overgang naar loondienst. Er moet rekening worden gehouden met een afkoopsom tot € 2 mld.[9] [10] Dit bedrag kan bij de rechter hoger of lager uitvallen. Bij een geleidelijke overgang is het mogelijk dat minder goodwill afgekocht hoeft te worden. Dit is juridisch zeer onzeker en daarom niet nader gekwantificeerd. Ten slotte zijn er transitiekosten

5 Douven, R. et al (2015) The Effect of Physician Remuneration on Regional Variation in Hospital Treatments (2015), Int. Jrnl. of Health Economics and Management 15(2), 215–240.
6 Weening, H. (2002). Artsen en de arbeidswet, eindrapport. Amsterdam: Regioplan. Fulltime werkende vrijgevestigde specialisten blijken 53 uur per week te werken, tegen 51 bij specialisten in fulltime loondienst.
7 Vrijgevestigde specialisten verschillen van artsen in loondienst op kenmerken die ook met het aantal gewerkte uren samenhangen; een afname van het aantal specialisten kan tot substitutie van taken naar andere zorgmedewerkers leiden; en een afname van het aantal gewerkte uren van medisch specialisten hoeft zich niet direct te vertalen in een lagere vergoeding van verzekeraars aan ziekenhuizen vanwege marktmacht.
8 Hier is in het brutoloon geen rekening gehouden met pensioenpremies.
9 SiRM, Evaluatie subsidieregeling overgang integrale tarieven MSZ, 2019; opgehoogd naar 2021.
10 De federatie medisch specialisten adviseert een waardering van de goodwill op ongeveer één jaarsalaris.

van jaarlijks € 10 mln. gedurende vijf jaar. De transitiekosten zijn ingeschat op basis van KPMG-onderzoek.[11]

Wanneer deze maatregel alleen wordt toegepast op 'nieuwe' artsen, zal het aantal artsen in loondienst geleidelijk toenemen volgens een groeipad. Het zal daarom langer duren voor de genoemde opbrengsten zich volledig manifesteren.

Overige effecten

Het wegnemen van de productieprikkel door specialisten in loondienst te brengen kan tot gevolg hebben dat wachtlijsten ontstaan en daardoor een vermindering van de (ervaren) kwaliteit van zorg. Verder verandert de positie van de medisch specialist in het ziekenhuis en in het stelsel fundamenteel. Dit kan de invloed van de rijksoverheid en de verzekeraar vergroten.

← Terug naar tabel CURE
← Terug naar overzicht resultaten

11 KPMG (2020). Transitiekosten Zorgkeuzes in Kaart.

38 Nationale aanpak ziekenhuislandschap

Het Ministerie van VWS of een landelijke stuurgroep neemt regie in het ziekenhuislandschap. In een eerste variant worden zorgverzekeraars via de financiering geprikkeld of via wetgeving gedwongen om tot een tweedeling te komen in: (i) specialistische ziekenhuizen gericht op complexe zorg en (ii) meer gedecentraliseerde zorginstellingen gericht op basiszorg die dichter bij mensen in de regio plaatsvindt. Alle ziekenhuizen leveren basiszorg, maar de meer complexe zorg wordt sterker geconcentreerd.

In een tweede variant vindt die differentiatie juist niet plaats en wordt geregeld dat iedereen met eigen vervoer of OV binnen 20 minuten in een volwaardig ziekenhuis moet kunnen zijn. Dit wordt verankerd in een wettelijke kwaliteitseis.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: herinrichting ziekenhuislandschap	**380**	**380**	**280+PM**	**180+PM**	**-300**
w.v. concentreren hoog-complexe zorg	PM	PM	-100	-200	-300
w.v. transitiekosten	380	380	380	380	0
w.v. compensatie	PM	PM	PM	PM	0
Kwalitatief effect					
Basiszorg beter bereikbaar; complexe zorg minder bereikbaar; mogelijk meer kwaliteit.					
Variant B: binnen 20 minuten in volwaardig ziekenhuis	**380**	**380**	**380**	**380**	**3.000**
w.v. structurele meerkosten	0	0	0	0	3.000
w.v. transitiekosten	380	380	380	380	0
Kwalitatief effect					
Ziekenhuiszorg beter bereikbaar.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Er zijn nu 71 algemene ziekenhuizen en 8 universitair medische centra (umc's). Dit betreft in totaal 116 ziekenhuislocaties en 129 buitenklinieken.[1] Veel ziekenhuizen bieden alle medisch specialistische zorg of een groot deel daarvan. De hoog-complexe zorg is vooral geconcentreerd in de umc's (topreferente zorg). Ziekenhuizen bepalen in beginsel zelf

1 Volksgezondheidenzorg.info, peiljaar 2019.

welke zorg ze aanbieden. Wel kunnen zij regionale afspraken maken om bepaalde zorg wel of niet aan te bieden.

De overheid stuurt op de concentratie van complexe ziekenhuiszorg en niet expliciet op aantallen. Dit kan in principe binnen het huidige stelsel - bijvoorbeeld met een vergunningenstelsel zoals met de WBMV. Deze aanpak is juridisch wel kwetsbaar omdat er onderbouwde, objectieve criteria nodig zijn. Ook is hierbij relevant dat gedwongen concentratie van complexe zorg consequenties heeft voor de financiële bedrijfsvoering van ziekenhuizen die bepaalde zorg niet langer mogen leveren. Er moet rekening worden gehouden met een langere transitieperiode met op- en afbouw van complexe zorg.

Afhankelijk van de vormgeving kan er bij gedwongen verplaatsing van zorg ook sprake zijn van eigendomsontneming en/of eigendomsregulering. Hiervoor is dan een financiële compensatie- of transitieregeling nodig voor de betreffende ziekenhuizen.

In variant B wordt de bereikbaarheidsnorm aangepast, zodat personen binnen 20 minuten met eigen of openbaar vervoer een 'volwaardig ziekenhuis'[2] moeten kunnen bereiken. Om aan deze norm te voldoen, zijn circa 110 volwaardige ziekenhuizen (locaties) nodig.[3] Ook in deze variant wordt vanuit de overheid gestuurd op het aantal locaties waar zorg wordt geleverd, en welke type zorg daar moet worden geleverd. Deze maatregel is in het huidige zorgstelsel onuitvoerbaar. Om uitvoering te geven is een ander stelsel nodig, gebaseerd op verregaande overheidssturing.

Budgettaire effecten

Bij variant 1 gaan we ervan uit dat circa 50% van de Zvw-omzet van umc's hoog-complexe zorg betreft, tegen circa 3% bij algemene ziekenhuizen.[4] Van deze omzet (circa € 3 mld.) wordt aangenomen dat de helft in aanmerking komt voor eventuele concentratie en dat dit een besparing kan opleveren van 20%. De potentiële besparing komt daarmee op € 300 mln.

Bij variant B wordt aangenomen dat er 113 volwaardige locaties nodig zijn. Daarnaast nemen wij als uitgangspunt dat een 'volwaardig' ziekenhuis in ieder geval acute

2 De definitie van een 'volwaardig ziekenhuis' is niet gespecificeerd. In deze maatregel en berekende kosten wordt hiervan geabstraheerd.

3 Voor deze benadering is gebruik gemaakt van een informele RIVM-analyse (niet voor dit doel opgesteld) waarbij op basis van verschillende scenario's is berekend hoeveel locaties nodig zijn, gebaseerd op een 20 minuten rijtijd met eigen vervoer en maximale landelijke dekking. Uitgaande van een scenario met 99,8% dekking zijn er 113 locaties nodig. Aanname is dat er op eenzelfde aantal locaties een 'volwaardig' ziekenhuis moet zijn om de 20 minuten bereikbaarheid in variant 2 te halen.

4 Percentages zijn gebaseerd op polikiniekbezoeken voor hoog-complexe zorg (J. Blank, M. Wats, 2020).

verloskunde en SEH-zorg aanbiedt. In de huidige situatie wordt deze acute zorg aangeboden op 75 respectievelijk 83 locaties.[5] Er moeten dus 38 volwaardige ziekenhuislocaties bij moeten komen. Voor de kosten wordt gerekend met circa € 175 mln. per locatie.[6] We hanteren een afslag van 50% omdat de maatregel deels gerealiseerd wordt door uitbreiding van bestaande locaties, wat minder kosten met zich meebrengt, en omdat verplaatsing van zorg naar de volwaardige locaties leidt tot besparingen elders. De indicatieve kosten komen met deze aannames uit op ruim € 3 mld. Hiermee kan de ziekenhuiscapaciteit fors worden uitgebreid, maar dit biedt geen garantie dat ook voor iedereen binnen 20 minuten een 'volwaardig' ziekenhuis bereikbaar is.

Voor beide varianten geldt dat de transitiekosten jaarlijks € 380 mln. bedragen gedurende vijf jaar.

Overige effecten

In variant A wordt eenvoudige en basiszorg zo mogelijk dichter bij patiënten geleverd, wat de bereikbaarheid van zorg zal vergroten. De verdere concentratie van hoog-complexe zorg betekent dat patiënten gemiddeld genomen verder moeten reizen voor deze zorg. Hier staat tegenover dat de kwaliteit van de complexe zorg waarschijnlijk beter wordt omdat de kennis en ervaring worden gebundeld.
Voor variant B geldt dat het grotere aantal locaties de bereikbaarheid van ziekenhuiszorg zal verbeteren. Dit kan echter negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van een deel van de geleverde zorg (met name de complexere zorg) als in die ziekenhuizen minder vaak een bepaalde verrichting uitgevoerd wordt.

Overige opmerkingen

Er is interactie met maatregel **40** (Beschikbaarheid spoedeisende hulp verlagen of verhogen) en maatregel **39** (Publieke en integrale bekostiging acute zorg), aangezien deze maatregelen ingrijpen op een specifiek onderdeel van de ziekenhuiszorg.

In de origineel geformuleerde maatregel stuurt de overheid op het aantal locaties waar zorg wordt geleverd, en welke type zorg daar wel of niet mag worden geleverd. Deze maatregel is in het huidige zorgstelsel onuitvoerbaar. Er zou een ander stelsel nodig zijn, gebaseerd op verregaande overheidssturing. Dit is een gecompliceerde, kostbare en tijdrovende operatie. Deze is hier verder niet uitgewerkt, omdat hetzelfde mogelijk ook te bereiken valt met een minder verregaande aanpak.

5 Herziening gevoelige ziekenhuisanalyse, RIVM (2019).
6 berekening VWS o.b.v. schadelast algemene ziekenhuizen (Zorginstituut, 2020) en aantal locaties algemene ziekenhuizen (volksgezondheidenzorg.info, peiljaar 2019).

← Terug naar tabel CURE
← Terug naar overzicht resultaten

39 Publieke en integrale bekostiging acute zorg

Met een nationale aanpak acute zorg moet de overheid aanwijzen welke ziekenhuizen een acute zorgfunctie krijgen. De afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH) worden geconcentreerd: de overheid bepaalt de locaties op basis van aanrijtijd. Een ambulance moet binnen 15 minuten na melding bij de patiënt kunnen zijn en 45 minuten na melding bij een SEH. De aangewezen locaties worden op basis van beschikbaarheid bekostigd. De overige SEH's worden gesloten.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**20**	**20**	**55**	**55**	**-100**
w.v. aanpassen bekostiging	0	0	0	0	-140
w.v. aantal benodigde ambulances	0	0	35	35	35
w.v. transitiekosten (a)	20	20	20	20	0
Kwalitatief effect					
Langere reistijd voor patiënt en bezoekers; sluiting van SEH's verhoogt de aanrijtijd en kan bij calamiteiten leiden tot lagere kwaliteit van de zorg.					

(a) Bij een korte afbouwperiode van SEH's kan financiële compensatie nodig zijn. Deze compensatie is niet opgeteld bij de bedragen in deze tabel.

Uitvoering & Haalbaarheid

In de huidige situatie geldt de 45-minutennorm. Deze spreidingsnorm voor SEH's (en afdelingen acute verloskunde) stelt dat het aantal inwoners dat in spoedgevallen binnen 45 minuten met een ambulance een ziekenhuis kán bereiken niet mag toenemen door sluiting van een SEH-locatie.
Ziekenhuizen, en daarmee ook de SEH's, worden nu bekostigd via dbc's. Ziekenhuizen met een SEH die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm komen onder bepaalde voorwaarden in aanmerking voor extra financiering van de SEH op basis van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg.

Het concentreren van de SEH's heeft consequenties voor individuele ziekenhuizen. Het gedwongen sluiten en afbouwen en op sommige locaties verhogen van de acute zorgcapaciteit is een complexe operatie. Voor het landelijk bepalen en aanwijzen (of sluiten) van SEH-locaties is een wijziging van wet- en regelgeving (Wmg, WTZi) nodig. Hierbij kan worden gedacht aan een vergunningstelsel.

Juridisch gezien is het belangrijk dat er objectieve en goed te onderbouwen criteria zijn op basis waarvan de aanwijzing (en sluiting) van locaties plaatsvindt. In sommige regio's, vooral in stedelijke gebieden, staan er relatief veel SEH's dicht bij elkaar en is het mogelijk arbitrair (en daarmee juridisch kwetsbaar) welke SEH aangewezen moet worden dan wel moeten sluiten.

Relevant is ook dat alle ziekenhuizen in Nederland private organisaties zijn, waarbij het hebben van een SEH integraal onderdeel is van dat ziekenhuis. Het weghalen daarvan kan verregaande consequenties hebben voor de businesscase van een ziekenhuis, omdat de SEH als 'toegangspoort' van een ziekenhuis wordt gezien. Sluiting van SEH's heeft ook gevolgen voor die onderdelen van het ziekenhuis die beschikbaar moeten zijn vanwege de aanwezigheid van de SEH.

Het bekostigen van de aangewezen SEH's vanuit de overheid kan op verschillende manieren worden vormgegeven. Te denken valt aan de invoering van een contracteerplicht voor de zorgverzekeraars in combinatie met een budgetbekostiging op basis van beschikbaarheid. Ook een vorm van directe financiering via overheid is in theorie mogelijk.

Budgettaire effecten

De maatregel leidt structureel tot een besparing in de medisch-specialistische zorg omdat er op minder plekken een SEH nodig is. Hierdoor dalen de vaste kosten. Een modelmatige inschatting[1] laat zien dat het na het sluiten van de helft van de SEH's nog mogelijk is om aan de 45 minutennorm te voldoen. Volgens het onderzoek IPSE (2013)[2] is de acute zorg verantwoordelijk voor circa 4,8% van de ziekenhuiskosten (€ 23,6 mld. in 2019). Dit betreft € 1,1 mld., waarvan tweederde van de kosten worden gemaakt op de dag en eenderde in de nacht. Bij sluiting van de helft van de SEH's is de potentiële besparing: € 23,6 mld. x 4,8% / 2 = ruim € 560 mln.

Voor het netto-effect moet rekening worden gehouden met een verschuiving: het sluiten van SEH's leidt tot capaciteitsverlies dat elders moet worden opgevangen. Voor de nacht wordt de aanname gedaan dat dit verschuivingseffect 50% is, overdag 80%. Daarnaast wordt in de nacht gerekend met een afslag van 50% vanwege het lagere aantal patiënten. Het netto-effect van de maatregel komt dan op ruim € 135 mln. Dit effect wordt op langere termijn bereikt in verband met een benodigde afbouwperiode. Als indicatie is in totaal

1 RIVM. Betreft een modelmatige doorrekening van een aantal theoretische scenario's waarbij het aantal SEH's wordt geminimaliseerd, rekening houdend met de 45 minutennorm en behouden van de huidige dekkingsgraad (% personen die binnen 45 minuten bij een SEH kan zijn per ambulance).

2 IPSE Studies; J. Blank, B. Hulst, J. Wilschut, Schaal- en synergie-effecten bij de spoedeisende hulp (2013).

circa tien jaar nodig, rekening houdend met besluitvorming over sluiting SEH-locaties, het opstellen van de benodigde wetgeving en daarna implementatie bij ziekenhuizen.

Hierbij moet nog rekening worden gehouden met een toename van het aantal benodigde ambulances om de 45-minutennorm te realiseren. De extra ambulancecapaciteit is berekend op € 35 mln.[3]

Een adequate afbouwperiode kan de schade van deze ziekenhuizen beperken en daarmee bijdragen aan het vereiste redelijke evenwicht tussen het belang van de collectieve zorguitgaven en de eigendomsrechten van getroffen ziekenhuizen. Voor dit laatste kan bij een korte afbouwperiode waarschijnlijk financiële compensatie nodig zijn. Daarnaast zijn er transitiekosten van jaarlijks € 20 mln. gedurende vijf jaar. De structurele netto besparing (opgehoogd naar prijspeil 2021) komt hiermee op circa € 100 mln.

Overige effecten

De concentratie van SEH's gaat ten koste van de beschikbaarheid van SEH's (locaties) en leidt tot toegenomen reistijd en daaraan gekoppelde reiskosten voor patiënten en bezoekers. Ook de aanrijtijd van ambulances neemt mogelijk toe, voor zover dit niet gemitigeerd kan worden door het inzetten van extra ambulancediensten. Dit kan bij calamiteiten leiden tot lagere kwaliteit van de zorg.

De SEH-sluiting heeft ook consequenties voor ondersteunende afdelingen binnen de betreffende ziekenhuizen die afhankelijk zijn van de aanwezigheid van een SEH. Verder kan toewijzing van acute zorgfuncties aan ziekenhuizen er toe leiden dat deze ziekenhuizen een relatief sterke (onderhandelings)positie krijgen ten opzichte van andere ziekenhuizen en zorgverzekeraars. De door de overheid aangewezen ziekenhuizen moeten immers beschikbaar blijven en kunnen daarom meer eisen stellen bij de zorginkoop.

Overig opmerkingen

Er is interactie met maatregel 38 (Nationale aanpak ziekenhuislandschap).

← Terug naar tabel CURE
← Terug naar overzicht resultaten

3 VWS obv RIVM-analyse. De RIVM-analyse betreft een modelmatige doorrekening van het aantal extra benodigde ambulancediensten, uitgaande van een aangenomen toename van de gemiddelde ritduur op basis van verschillende scenario's. De stijging van het aantal diensten op basis van deze modelmatige doorrekening is gemiddeld 6%.

40 Beschikbaarheid spoedeisende hulp verlagen of verhogen

Deze maatregel werkt twee tegengestelde varianten uit:
In variant 1 wordt de capaciteit van SEH's beperkt door een deel ervan in de avonduren te sluiten. In variant 2 worden de SEH-posten die sinds 2013 volledig zijn gesloten weer heropend, behalve in gebieden waar een nieuwe SEH is geopend.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: sluiting SEH's in de nacht (a)	**0**	**0**	**0**	**-45**	**-45**
w.v. structurele besparing	0	0	0	-50	-50
w.v. extra ambulances	0	0	0	5	5
Variant B: openen gesloten SEH's	**0**	**0**	**0**	**0**	**60**
w.v. structurele opbrengst	0	0	0	0	70
w.v. afname ambulances	0	0	0	0	-10
Kwalitatief effect					
Sluiting van SEH's verhoogt de aanrijtijd en kan bij calamiteiten leiden tot lagere kwaliteit van de zorg; het openen van gesloten SEH's verkort de aanrijtijden en verhoogt de kwaliteit.					

(a) Bij een korte afbouwperiode van SEH's in de nacht kan waarschijnlijk financiële compensatie nodig zijn. Deze compensatie is niet opgeteld bij de bedragen in deze tabel.

Uitvoering & Haalbaarheid

In variant A kan de overheid sluiting van een deel van de SEH's in de avonduren opleggen. Voor het landelijk aanwijzen (en sluiten) van SEH-locaties is een wijziging van wet- en regelgeving (Wmg, WTZi) nodig. Hierbij valt te denken aan een vergunningstelsel. Juridisch is het belangrijk dat er objectieve en goed te onderbouwen criteria moeten zijn voor aanwijzing (en afwijzing) van nachtlocaties. In sommige regio's, vooral in stedelijke gebieden, staan er relatief veel SEH's dicht bij elkaar en is aanwijzing mogelijk arbitrair.

Op dit moment worden beslissingen over beschikbaarheid van SEH's gebaseerd op de 45-minutennorm. Deze stelt dat het aantal inwoners van Nederland dat in spoedgevallen binnen 45 minuten met een ambulance een ziekenhuis *kán* bereiken niet mag toenemen door sluiting van een SEH-locatie. Dit wordt berekend met een model van het RIVM, dat uitgaat van de bestaande wegeninfrastructuur en gemeten snelheden van ambulances op

bepaalde wegvlakken. Op basis van een modelmatige inschatting[1] kunnen met behoud van de 45-minutennorm circa de helft van de SEH's in de nacht worden gesloten.

Van belang voor de haalbaarheid is dat alle ziekenhuizen in Nederland private organisaties zijn, waarbij de SEH integraal onderdeel is van de businesscase. Het in de nacht sluiten van de SEH kan consequenties hebben voor de financiën van een ziekenhuis en voor die onderdelen die in de nacht beschikbaar moeten zijn vanwege de aanwezigheid van de SEH.

Het bovenstaande maakt de maatregel mogelijk juridisch kwetsbaar. Er moet sprake zijn van een redelijk evenwicht tussen het belang van de collectieve zorguitgaven en de eigendomsrechten van getroffen ziekenhuizen. Een adequate afbouwperiode kan de schade van deze ziekenhuizen beperken en daarmee bijdragen aan het vereiste redelijke evenwicht. Voor dit laatste kan zeker bij een korte afbouwperiode waarschijnlijk financiële compensatie nodig zijn.

De verwachte implementatietijd is circa drie jaar. Het proces van de AMvB acute zorg moet worden doorlopen, inclusief consultatie van alle partijen in de regio en het opstellen van een continuïteitsplan, zodat duidelijk is waar patiënten in de avonduren acute zorg kunnen ontvangen. Daarnaast moet de nachtelijke sluiting van bepaalde SEH's in wetgeving worden vastgelegd.

Sinds 2013 zijn op diverse plaatsen SEH's volledig gesloten. Gecorrigeerd voor locaties (regio's) waar een nieuwe locatie is geopend, gaat dit om elf gesloten SEH's. In deze variant B wordt dit aantal SEH's heropend, samen met de benodigde ondersteunende afdelingen. Dit moet worden vastgelegd in bindende afspraken met elk van de betreffende ziekenhuizen en de bijbehorende zorgverzekeraars. De financiering van deze heropende SEH's moet plaatsvinden met een beschikbaarheidbijdrage of andere vorm van beschikbaarheidsvergoeding. Dit vereist aanpassing van de Wmg.

Mogelijk is hierbij sprake ongeoorloofde staatssteun. Daarom moet beargumenteerd worden op basis van welke objectieve criteria een SEH in aanmerking komt voor heropening. De implementatietijd is minstens vier jaar, rekening houdend met de nodige bestuurlijke afspraken, aanpassing van wetgeving en het opbouwen van SEH-capaciteit en ondersteunende afdelingen.

1 RIVM. Betreft een modelmatige doorrekening van een aantal theoretische scenario's waarbij het aantal SEH's wordt geminimaliseerd, rekening houdend met de 45-minutennorm en behouden van de huidige dekkingsgraad (% personen die binnen 45 minuten bij een SEH kan zijn per ambulance).

Budgettaire effecten

Voor variant A geldt: op basis van onderzoek IPSE[2] is de acute zorg verantwoordelijk voor circa 4,8% van de ziekenhuiskosten. Dit betreft circa € 1,1 mld., waarvan tweederde van de kosten worden gemaakt op de dag en eenderde in de nacht. Bij sluiting van de helft van de SEH's gedurende acht uur per etmaal geldt als grondslag één zesde van dit bedrag, of circa € 183 mln. Vervolgens wordt rekening gehouden met een afslag van 50% vanwege het lagere aantal patiënten in de nacht en van een verschuivingseffect van opnieuw 50% omdat capaciteitsverlies door gesloten SEH's elders moet worden opgevangen. De structurele netto-besparing, opgehoogd naar prijspeil 2021, wordt dan afgerond € 50 mln. Daarnaast zijn er kosten om een extra aantal benodigde ambulances aan te schaffen om de 45-minutennorm te realiseren. Deze kosten worden berekend op € 5 mln. Dit is exclusief eventuele financiële compensatie voor ziekenhuizen die de SEH moeten sluiten.

Voor variant B geldt: uitgaande van dezelfde grondslag van € 1,1 mld. leiden elf extra SEH's (+13%), uitgaande van een proportionele stijging van de acute zorguitgaven, tot extra kosten van circa € 150 mln. (waarvan tweederde voor de dag en eenderde voor de nacht). Hiertegenover staat een besparing met ongeveer 50% van dit bedrag door verlaging van de capaciteit bij overige SEH's. Daarnaast wordt in de nacht gerekend met een extra afslag van 50% vanwege het lagere aantal patiënten. De structurele nettokosten, opgehoogd naar prijspeil 2021, van deze variant komen hiermee op ruim € 70 mln. Niet hierin meegerekend is een eventuele afname van het aantal benodigde ambulances. Dit effect is berekend op € 10 mln.[3]

Overige effecten

De nachtelijke sluiting van een SEH heeft gevolgen voor de businesscase van een ziekenhuis, door direct omzetverlies en verminderde doorstroom van patiënten binnen het ziekenhuis. Daarnaast heeft deze sluiting consequenties voor ondersteunende afdelingen die afhankelijk zijn van de SEH.

De concentratie van SEH's in de nacht leidt ook tot toegenomen reistijd en daaraan gekoppelde reiskosten voor patiënten en bezoekers. Ook de aanrijtijd van ambulances neemt mogelijk toe, voor zover dit niet gemitigeerd kan worden door inzet van extra

2 IPSE Studies; J. Blank, B. Hulst, J. Wilschut, Schaal- en synergie-effecten bij de spoedeisende hulp (2013).

3 VWS o.b.v. RIVM-analyse (2020). De RIVM-analyse betreft een modelmatige doorrekening van het aantal extra benodigde ambulancediensten, uitgaande van een aangenomen toename van de gemiddelde ritduur op basis van verschillende scenario's, ten opzichte van het Referentiekader-2019. De stijging van het aantal diensten op basis van deze modelmatige doorrekening is gemiddeld 6%.

ambulancediensten. Bij grote calamiteiten neemt de kwaliteit van de zorg af. Omdat de sluiting alleen in de nacht plaatsvindt, zijn bovengenoemde effecten waarschijnlijk beperkt van aard.

Hoewel de sinds 2013 gesloten SEH's niet gevoelig waren voor de 45-minutennorm, zal het heropenen van deze SEH's de bereikbaarheid en de kwaliteit van acute zorg verhogen. Verder stijgt de werkgelegenheid. De relatief lage (acute) zorgvraag in de betreffende regio's heeft negatieve gevolgen voor de kwaliteit van de acute zorg. Bovendien is de sluiting van de SEH in enkele gevallen veroorzaakt door het faillissement van het gehele ziekenhuis. In die gevallen is het nog meer de vraag of het opbouwen van ziekenhuiscapaciteit realistisch is.

Overig opmerkingen

Er is interactie met maatregel 39 (Publieke en integrale bekostiging acute zorg). De in dit fiche uitgewerkte maatregel is minder kwetsbaar omdat het hier een beperktere sluiting betreft. Daarnaast is er interactie met maatregel 38 (Nationale aanpak ziekenhuislandschap).

← Terug naar tabel CURE
← Terug naar overzicht resultaten

41 Eerstelijns ggz naar Wmo en tweedelijns ggz landelijk coördineren

Eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (ggz) wordt overgeheveld van de Zorgverzekeringswet (Zvw) naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en er komt landelijke sturing op de capaciteit van de complexere vormen van ggz in de tweede lijn. Een bonus-malussysteem in de bekostiging maakt de verwijzing naar die complexe ggz minder aantrekkelijk.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Basis ggz en POH-ggz naar Wmo	**PM+5**	**PM+5**	**PM+5**	**PM+5**	**PM**
w.v. overheveling van Zvw naar Wmo	PM	PM	PM	PM	PM
w.v. transitiekosten	5	5	5	5	0
Kwalitatief effect					
Risico op meer onduidelijkheid voor de cliënt.					
Centrale aansturing gespec. ggz	**PM+60**	**PM+60**	**PM+60**	**PM+60**	**PM**
w.v. landelijke coördinatie binnen Zvw	PM	PM	PM	PM	PM
w.v. transitiekosten	60	60	60	60	0
Kwalitatief effect					
Minder keuzevrijheid van verzekerden.					
Bonus-malusdoorverwijzing	**PM+45**	**PM+45**	**PM+45**	**PM+45**	**PM**
w.v. effecten bonus-malussysteem	PM	PM	PM	PM	PM
w.v. transitiekosten	45	45	45	45	0
Kwalitatief effect					
Risico van kwaliteitsverlies door verkeerde prikkels; toename wachtlijsten eerste lijn.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Met deze maatregel komt de lichte ggz onder de Wmo 2015 te vallen. De Praktijkondersteuner Huisartsenzorg (POH) en de curatieve ggz komt onder de verantwoordelijkheid van gemeenten. Hiermee wordt de lichte ggz een voorziening in plaats van een recht, maar de zorg/ondersteuning moet wel geleverd blijven worden.

Door deze maatregel moeten zorgverleners anders gaan handelen. Op dit moment worden patiënten immers op basis van eigen professionele beoordeling geholpen door POH-ggz,

basis ggz of gespecialiseerde ggz. Er moeten nieuwe afspraken worden gemaakt over doorverwijzing.

Afbakening met overige huisartsenzorg en ggz moet geregeld worden. Dit wordt lastig uitvoerbaar. Er is nu ook al een knip tussen basis en gespecialiseerde ggz, maar er zijn geen harde onderscheidende criteria. Dit gaat goed nu beide onder de zorgverzekeringswet vallen en de aanbieder bepaalt welke zorg nodig is. De maatregel maakt een wetswijziging nodig waarbij de ggz wordt opgeknipt. Dit is juridisch ingewikkeld, zo niet onmogelijk. Overigens zijn er ook geen aanwijzingen dat de zorg door gemeenten efficiënter te regelen is dan door zorgverzekeraars.

De maatregel behelst ook landelijke coördinatie voor de gespecialiseerde ggz, waarbij de inkoop wel door zorgverzekeraars wordt gedaan. Dit kan op verschillende manieren worden vormgegeven:
- Inkoop in representatie waarbij de dominante zorgverzekeraar leidend is voor de afspraken met zorgaanbieders; andere verzekeraars volgen de afspraken (zoals bij acute ggz per 2020).
- Landelijke regulering van ggz aanbod (met een vergunningenstelsel via een aparte wet).
- Zorgaanbod door de overheid in regio's waar dit niet goed tot stand komt (aparte wetgeving).

Deze landelijke coördinatie is binnen de huidige Zvw, met private verzekeraars en individuele inkoop, moeilijk te regelen. De veronderstelling dat deze coördinatie tot een betere organisatie leidt, is bovendien niet onderbouwd. Het leidt niet per definitie tot meer efficiëntie. Het effect op wachttijden is onbekend.

Het derde onderdeel is een bonus-malussysteem om doorverwijzing naar de gespecialiseerde ggz minder aantrekkelijk te maken. Een optie is dit systeem op aanbieders te richten. Deze zouden dan een bonus krijgen als zij patiënten binnen de Wmo 2015 houden. Op zich levert behandeling van meer patiënten al geld op, maar met een bonus zouden ze extra gemotiveerd worden meer patiënten te behandelen. Zo zouden dus meer patiënten in de eerste lijn geholpen worden.

De huidige Wmo 2015 bevat prikkels om door te verwijzen. Het bonus-malussysteem moet dit verhelpen. Als de maatregel gericht wordt op de gemeenten, is dit systeem moeilijk te ontwerpen: het moet rekening houden met de case-mix per gemeente. Dit botst met de filosofie van het gemeentefonds. Het is makkelijker uitvoerbaar om het bonus-malussysteem te richten op zorgaanbieders. Dit is overigens ook denkbaar in het huidige stelsel.

De drie onderdelen van de maatregel betekenen dat het recht op zorg een voorziening wordt. Dit is een principiële wijziging binnen de sturingsfilosofie in de Zorgverzekeringwet, in de filosofie achter de Wmo 2015 (nu niet gericht op genezing) en vraagt aanpassingen in de systematiek van gemeentefonds. Dit alles zal moeilijk haalbaar zijn.

Budgettaire effecten

De overheveling van de lichte ggz leidt tot een verschuiving van circa € 0,4 mld. van Zvw naar Wmo 2015. Er van uitgaande dat de zorg/ondersteuning nog steeds geleverd wordt, is deze overheveling budgettair neutraal. Hiermee gaat ggz in drie stelsels vallen (Zvw, Wlz en Wmo 2015) waarmee het risico van inefficiency en administratieve lasten toeneemt; de mogelijke budgettaire effecten hiervan zijn niet berekend. Wel berekend zijn transitiekosten van jaarlijks € 5 mln. gedurende acht jaar.

Het is onbekend of de centrale aansturing efficiencywinst kan opleveren. Er is echter ook een risico op een minder doelmatige organisatie. Het effect is niet kwantificeerbaar. De omvang van de gespecialiseerde ggz was in 2017 in totaal ca € 3,3 mld., waarvan bijna € 1,8 mld. voor ggz zonder verblijf en het overige voor ggz met verblijf. De transitiekosten bedragen jaarlijks € 60 mln. gedurende acht jaar.

Het bonus-malussysteem kan in theorie leiden tot lagere kosten in de Zvw (complexe ggz), maar de kans is groot dat de kosten in de Wmo 2015 met eenzelfde bedrag stijgen of zelfs nog extra oplopen doordat het langer duurt voordat mensen op de juiste plek komen. De transitiekosten voor het opzetten van een bonus-malussysteem bedragen jaarlijks € 45 mln. gedurende vijf jaar.

Overige effecten

Naar verwachting duurt het enkele jaren voordat gemeenten hun beleid en inkoop voor de POH-ggz en basis ggz goed hebben ingeregeld. En er is het risico op meer onduidelijkheid voor de cliënt. Door centrale aansturing vermindert de keuzevrijheid voor verzekerden.

Ten slotte is er een risico van kwaliteitsverlies als de bonus-malus verkeerde prikkels geeft. Zonder aanpalend beleid zullen wachtlijsten voor de eerstelijns ggz toenemen en voor de tweedelijns ggz afnemen.

Overige opmerkingen

Op dit moment wordt er al gewerkt aan een nieuwe bekostigingssystematiek voor de ggz (en forensische zorg) die per 2022 ingevoerd zal gaan worden. Deze maatregel interfereert hiermee.

← **Terug naar tabel CURE**
← **Terug naar overzicht resultaten**

42 Terugdraaien ambulantisering in de ggz

De beschikbare intramurale capaciteit binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) wordt weer opgebouwd tot het niveau van 2012, voorafgaand aan de ingezette ambulantiseringsbeweging in de ggz, met behoud van de huidige financieringssystematiek. Er wordt een nieuw bestuurlijk akkoord afgesloten met veldpartijen.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**+PM+10**	**+PM+10**	**+PM**	**+PM**	**500**
w.v. Wlz	+PM	+PM	+PM	+PM	160
w.v. Zvw	+PM	+PM	+PM	+PM	260
w.v. Wmo	+PM	+PM	+PM	+PM	85
w.v. transitiekosten	10	10	0	0	0
Kwalitatief effect					
Mensen krijgen de juiste hulp om verergering van de situatie te voorkomen; een risico is dat eerdere en langere opname negatief kan uitwerken op de gezondheid					

Uitvoering & Haalbaarheid

In het bestuurlijk akkoord ggz 2013-2014 zijn afspraken gemaakt over de afbouw van de intramurale ggz-capaciteit en de opbouw van de ambulante ggz. Om de totale beschikbare intramurale capaciteit weer op te bouwen naar het niveau van 2012 dienen er – via een bestuurlijk akkoord – nieuwe afspraken gemaakt te worden met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten. Zorginkopers moeten dit vervolgens opnemen in de contractering met zorgaanbieders.

De tijd die nodig is voor de uitvoering van de maatregel hangt af van de beschikbaarheid en financiering van het zorgvastgoed en de aanwezigheid van het juiste personeel. Zorgaanbieders moeten (eerder afgestoten en/of nieuwe) beddencapaciteit aantrekken waarbij het onzeker is op welke termijn die beschikbaar is. Veel zorgaanbieders zijn voor de financiering van zorgvastgoed afhankelijk van banken, die hierin momenteel terughoudend zijn vanwege de risico's rondom rendabele exploitatie van dit vastgoed binnen de ggz-sector. Daarnaast moet ander personeel worden aangetrokken of huidig personeel worden omgeschoold omdat intramurale zorg andere vaardigheden en competenties vraagt dan ambulante zorg.

Budgettaire effecten

Een toestroom van intramurale cliënten (ten opzichte van ambulante cliënten) leidt tot een verhoging van collectieve zorguitgaven omdat intramurale zorg duurder is dan extramurale zorg.

Voor de berekening van het budgettaire effect is een terugkeer van de intramurale capaciteit naar het niveau van 2012 verondersteld. Vermenigvuldiging van het aantal sindsdien afgebouwde plaatsen (klinisch en beschermd wonen) met de gemiddelde kosten per type plaats, levert een totale structurele toename op van € 500 mln.[1] Die is opgebouwd uit:

- € 440 mln. extra uitgaven in de Zvw, voor 2200 extra bedden van € 201.000 per bed;
- € 160 mln. extra uitgaven in de Wlz, voor 1350 extra bedden van € 117.000 per bed;
- € 85 mln. extra uitgaven in de Wmo, voor 1100 extra bedden van € 77.000 per bed;
- € 190 mln. minder uitgaven in de Zvw door een verwachte daling van de ambulante uitgaven, vanwege de ontwikkeling van de totale (ambulante en intramurale) ggz uitgaven over de afgelopen jaren.

Er zijn ook transitiekosten van jaarlijks € 10 mln. gedurende twee jaar.[2]

Overige opmerkingen

Recent onderzoek wijst uit dat er geen eenduidige relatie bestaat tussen een stijging van het aantal meldingen van verwarde personen en de ingezette ambulantisering in de ggz.[3] Er bestaat geen eenduidig beeld van de oorzaken van deze stijging. Uit dit onderzoek van het Trimbos Instituut blijkt dat er slechts bij ongeveer eenderde van de meldingen over verward gedrag sprake is van een vermoeden van psychi(atri)sche problematiek. Het is niet bekend welk deel van deze mensen gebaat zou zijn bij een intramurale opname dan wel een andere vorm van zorg.

← Terug naar tabel CURE
← Terug naar overzicht resultaten

1 Voor de berekening van het budgettaire effect is gebruik gemaakt van gegevens uit de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige ggz 2018 van het Trimbos Instituut en van declaratiegegevens van zorgverzekeraars vanuit Vektis.
2 De budgettaire grondslag is gelijk aan 1,5% van de kosten voor terugkeer naar de intramurale capaciteit.
3 Planije, M., Hoof, van F., 'Verwarde personen' of 'mensen met een acute zorgnood', Trimbos instituut, 2016.

43 Stimuleren centralisering inkoop ziekenhuizen

Inkoopsamenwerking tussen ziekenhuizen wordt gestimuleerd. Het betreft bijvoorbeeld materialen voor de zorg maar ook ICT-hulpverlening. De overheid heeft drie opties voor deze stimulering, van relatief vrijblijvend naar dwingend:

A. communicatie: de voordelen van inkoopsamenwerking onder de aandacht brengen;
B. afspraken, via een bestuurlijk akkoord dat er meer inkoopsamenwerking zal plaatsvinden;
C. wet- en regelgeving om inkoopsamenwerking af te dwingen.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: communicatie	Het budgettaire effect is lager dan de ondergrens.				
Variant B: bestuurlijke afspraken	Het budgettaire effect is lager dan de ondergrens.				
Variant C: dwingende regels	0	0	0	0	PM
Kwalitatief effect					
Kwaliteit kan onder druk komen te staan.					

Uitvoering & haalbaarheid

Een aanzienlijk deel van de zorgsector maakt al gebruik van inkoopsamenwerking. Dit gebeurt bijvoorbeeld via inkoopcombinaties van meerdere ziekenhuizen. De Mededingingswet biedt veel mogelijkheden. Samenwerking mag op verschillende vlakken, zij het onder bepaalde voorwaarden. Er zijn verschillende organisaties die professionalisering en samenwerking bij inkoop in de zorgsector aanbieden.

Variant A is uitvoerbaar. Mogelijk zijn er wel extra leidraden nodig vanuit de Autoriteit Consument & Markt om duidelijk te maken wat wel en niet mag qua inkoopsamenwerking tussen zorgaanbieders.

Variant B is uitvoerbaar, al is het de vraag hoe makkelijk partijen een bestuurlijk akkoord willen sluiten. Als ze de inkoop zelf op orde hebben, zal dit niet de voorkeur hebben. Bovendien is het lastig te bepalen over welke vormen van inkoopsamenwerking het gaat in de afspraken in het bestuurlijk akkoord. Ook de monitoring of het afgesproken doel behaald wordt, is moeilijk vorm te geven.

Variant C is binnen het huidige stelsel juridisch niet uitvoerbaar omdat er dan geen sprake meer is van een private markt met regulering door de overheid, maar feitelijk van een compleet publieke markt. Hiervoor is eerst een stelselwijziging nodig.

Budgettaire effecten

Het budgettaire effect van varianten A en B ligt naar verwachting onder de budgettaire ondergrens. Het is onduidelijk hoeveel extra inkoopsamenwerking door de maatregel tot stand komt, want er zijn al inkooporganisaties actief die ook reclame maken. Er is geen prikkel om een bestuurlijk akkoord te sluiten.

Variant C vergt een fundamentele stelselwijziging. Het afdwingen van centrale inkoop zou wel tot een budgettair effect kunnen leiden. In algemene zin kunnen door centrale inkoop kosten bespaard worden, maar tegelijk kan een gecentraliseerde structuur ook tot inefficienties en dus tot extra kosten leiden. Gelet op alle onbekende variabelen is het structurele effect niet in te schatten.

Overige effecten

Als bij de inkooporganisaties een te grote nadruk komt te liggen op doelmatige inkoop kan dit mogelijk te koste gaan van de kwaliteit van de producten.

Overige opmerkingen

Voor de uitvoerbaarheid en gevolgen, inclusief transitiekosten, van een transitie naar een publiek stelsel wordt verwezen naar de maatregelen **140** (Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders (NHS)), **142** (Publiek stelsel met landelijk opererende ziekenfondsen ('Krankenkassen' en/of 'Deens model')) en **143** (Publiek stelsel met regionaal opererende ziekenfondsen ('zorgkantoren')).

Terug naar tabel CURE
Terug naar overzicht resultaten

44 Gegevensuitwisseling in de zorg standaardiseren

Gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders onderling en tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars verloopt via één landelijk digitaal systeem voor alle processen. Daarnaast kunnen mensen hun eigen gezondheidsinformatie voortaan inzien via één landelijke persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO).

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**200**	**400**	**200**	**200**	**-340**
w.v. ontwikkeling	200	200	0	0	0
w.v. implementatie	0	200	200	200	0
w.v. reductie diagnostiek	0	0	0	0	-140
w.v. verbetering medicatie	0	0	0	0	-100
w.v. reductie administratie	0	0	0	0	-80
w.v. onderhoud ICT	0	0	0	0	30
w.v. onderhoud PGO	0	0	0	0	-45
Kwalitatief effect					
Gezondheid kan verbeteren en ongemak door onnodig onderzoek neemt af.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De overheid besteedt de ontwikkeling en onderhoud van het systeem voor gegevensuitwisseling uit aan een private partij. Nader onderzoek moet uitwijzen of en hoe dit (juridisch) mogelijk kan worden gemaakt. Een wetswijziging is nodig om aansluiting en gebruik te verplichten. Voor een soepele invoering moet de overstap naar een landelijk systeem tijdig gecommuniceerd worden, zodat bestaande overeenkomsten kunnen worden beëindigd. Als deze contracten langlopend zijn, kan gefaseerde invoering of afkoop van lopende contracten overwogen worden.

Er zijn afspraken over standaardisatie en eenheid van taal nodig. Dat geldt ook nu al en verandert niet met invoering van een verplicht ICT-systeem. In welke mate gegevens daadwerkelijk uitgewisseld kunnen worden, hangt grotendeels af van de welwillendheid van burgers (opt-in).

Budgettaire effecten

De ontwikkelkosten voor de gegevensuitwisseling tussen partijen zijn moeilijk in te schatten, maar op basis van de ervaring met het Landelijk Schakelpunt Zorg van VZVZ nemen we aan dat deze uitkomen rond € 200 mln. gedurende twee jaar. Hierin zijn geen kosten opgenomen voor bijvoorbeeld het UZI-register, SVBV en Zovar, en bijbehorend klantenloket, evenals bijkomende kosten voor bijvoorbeeld communicatie en aanbestedingskosten die ongeveer 1% van het totaalbedrag zullen zijn.[1]

Voor de implementatiekosten sluiten we aan bij Gupta Strategist. Die schatte in 2017 dat het aansluiten van bestaande bronsystemen (bij zorgaanbieders) op de landelijke voorziening inclusief aanpassing van werkprocessen en opleidingen tussen € 280 en € 500 mln. zou kosten gedurende vijf jaar. Dit is consistent met de kosten van het Waarneemdossier Huisartsen en het Elektronisch Medicatiedossier ten tijde van het Landelijk Elektronisch Patiëntendossier (2002 – 2010).[2] Omdat de beschreven maatregel om extra functionaliteit vraagt, zoals aansluiting van wijkverpleging en paramedici, gaan we aan de bovengrens van de schatting van Gupta zitten.

Dit betekent dat de transitiekosten voor ontwikkeling en implementatie uitkomen op € 700 mln. Opgehoogd naar prijspeil 2021 bedragen de kosten € 861 mln. Omdat de ICT-kosten van dergelijke overheidstrajecten dikwijls lager worden ingeschat dan begroot volgens Kakebeeke et al.[3], wordt dit bedrag opgehoogd met de gemiddelde budgetoverschrijding van 36%. Inclusief een marge van circa 20% bedragen de totale transitiekosten € 1,4 mld.

Tegenover deze kosten staan ook besparingen. Zo voorkomt de maatregel onnodige diagnostische onderzoeken door betere beschikbaarheid van informatie. Voor deze besparing nemen we als basis de € 3,3 mld. die jaarlijks wordt besteed aan diagnostische onderzoeken.[4] 15% van deze onderzoeken is onnodig. Als alle eerdere onderzoeksresultaten volledig beschikbaar zijn, wordt 84% van deze onnodige onderzoeken niet meer uitgevoerd.[5] In theorie is dus een besparing mogelijk van € 420 mln. De realisatie hiervan hangt af van veel factoren zoals de standaardisatie, de toestemming van gebruikers en het feitelijk gebruik van de gegevens door zorgverleners en burgers. Ook is niet helemaal inzichtelijk

1 Transactiekosten aanbesteden, economisch instituut voor de bouw.
2 https://www.eerstekamer.nl/eu/overig/20120207/rapport_het_epd_voorbij_evaluatie
3 https://fd.nl/ondernemen/1259605/grote-ict-projecten-overheid-zeker-1-mrd-duurder-dan-begroot
4 Kosten-batenanalyse persoonlijke gezondheidsomgeving, Gupta Strategists, 2017, slide 76 opgehoogd van 2013 naar 2021.
5 Zo is het in het Hoofdlijnenakkoord Medische Specialistische Zorg 2019-2022 opgenomen dat partijen de afgesproken standaarden implementeren, waaronder de Basisgegevensset Zorg (BgZ) en andere Zorginformatie bouwstenen (ZIB's) en de MedMij standaarden.

in welke mate het huidige beleid[4] al bijdraagt aan beperking van onnodig onderzoek.[6] Daarom verwachten we dat de helft van genoemde besparing gerealiseerd kan worden. Als extra veiligheidsmarge nemen we slechts tweederde van deze helft in de tabel op. Dat komt neer op € 140 mln.

De maatregel verbetert ook de toepassing van medicatie. Dit is goed voor de gezondheid en levert een besparing op. Volledige medicatie-overzichten kunnen € 55 mln.[7] opleveren door reductie van vermijdbare ziekenhuisopnamen. Ook is er € 95 mln.[8] besparing mogelijk door toegenomen therapietrouw en € 160 mln.[9] door tijdwinst bij medicatieverificatie en herhaalrecepten. Dit komt in totaal neer op een potentiële besparing van € 310 mln. We verwachten door centrale uitwisseling van gegevens de helft hiervan te realiseren. Als extra veiligheidsmarge nemen we opnieuw slechts twee derde van deze helft op in de tabel. Dat komt uit op € 100 mln.

Besparing is ook mogelijk op administratieve lasten. In Nederland wordt jaarlijks bijna 5 miljoen keer iemand verwezen naar medisch specialistische zorg en binnen de tweede lijn wordt ruim 1,5 miljoen keer verwezen.[10] Verder is jaarlijks bij bijna 9 miljoen polikliniekbezoeken een uitvraag nodig van patiëntgegevens bij een andere zorgaanbieder.[11] De in totaal 15,5 miljoen uitvragen komen neer op 31 miljoen handelingen.[12] Als dit per handeling 15 minuten tijd vraagt, kost dit 4600 fte of € 175 mln. per jaar.[13] Door centrale gegevensuitwisseling kan hierop 37% worden bespaard.[14] Opgehoogd voor 2021 komt dit neer op € 80 mln. per jaar. Verlaagde administratieve lasten bij verwijzing binnen de eerste lijn zijn hierin niet meegenomen. Het betreft dus een onderschatting van het te verwachten effect.

Wel is er nog sprake van extra onderhoudskosten. Op basis van cijfers van het Landelijk Schakelpunt Zorg VZVZ[15] schatten we deze kosten op € 50 mln. Hierbij zijn aanpalende kosten, zoals voor authenticatie van zorgverleners niet meegenomen. Daartegenover

6 Zo waren diagnostiek en medicatie-overzicht reeds onderdeel van de Roadmap 2019 van het Informatieberaad. https://www.informatieberaadzorg.nl/over-het-informatieberaad/programma-gegevensuitwisseling/roadmap
7 Kosten-batenanalyse persoonlijke gezondheidsomgeving, Gupta Strategists, 2017, slide 82 opgehoogd van 2012 naar 2021.
8 Idem, slide 83 opgehoogd van 2014 naar 2021.
9 Idem, slide 84 opgehoogd van 2014 naar 2021.
10 Op basis van het aantal verwijzingen in 2015 (Oplegnotitie verwijzingen 1e en 2e lijn, RIVM).
11 The value of health care information exchange and interoperability, 2005, Walker, et al.
12 Iedere verwijzing en ieder informatieverzoek wordt twee keer 'aangeraakt', door verzender en ontvangen.
13 Op basis van 1680 uur en € 38.640 werkgeverslasten per FTE (FWG 40, schaal 6, in 2016).
14 Dit is het verschil tussen de besparing door volledige beschikbaarheid van informatie ('level 4') en gedeeltelijke beschikbaarheid van deze informatie ('level 3') uit Walker et al. Level 4 is vergelijkbaar met de huidige Nederlandse situatie.
15 Businessplan van de convenantspartners voor het gebruik landelijke zorginfrastructuur 2016-2020 (VZVZ).

staat dat ongeveer € 20 mln. aan onderhoudskosten van bestaande uitwisselingssystemen komen te vervallen. Per saldo is de toename dan € 30 mln.

Bespaard kan er nog worden door consolidatie van de huidige veelvoud aan persoonlijke gezondheidsomgevingen. Er is nu een groot aantal van deze PGO's met een Medmij-label. We nemen aan dit zal consolideren naar een tiental spelers. De kosten voor deze PGO's zijn ongeveer € 5,5 mln. per stuk[16], dus € 55 mln. in totaal. Bij overstap op één PGO komen deze kosten te vervallen. In de nieuwe situatie gaan we uit van € 10 mln. per jaar, omdat deze ene PGO veel meer gebruikers heeft. Daarnaast moet er toezicht komen op de tariefvorming door de leverancier van de landelijke ICT-voorziening. We nemen aan dat dit zal gaan om 10-20 fte. De kosten hiervan zijn relatief verwaarloosbaar. Per saldo resteert een besparing van € 45 mln.

Overig effecten

De maatregel helpt de medicatie te verbeteren, voorkomt vermijdbare wachttijden en ziekenhuisopnames. Dit alles is goed voor de gezondheid. Daarnaast worden onnodige onderzoeken vermeden en krijgt de patiënt betere informatie. Dat betekent een vermindering van ongemak.

Overig opmerkingen

Er ligt een nieuw wetsvoorstel Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg ter consultatie.[17] Dit wetswijziging beoogt hetzelfde als deze maatregel, maar met een ander instrument: in plaats van één digitaal systeem, wordt gegevensuitwisseling bewerkstelligd via het verplichten van standaarden. Als de wet wordt aangenomen heeft dit effect op de verwachte opbrengst van de hier beschreven maatregel.

Er is een interactie met maatregel **3** (Beschikbaar stellen standaard softwarepakket in de thuiszorg). Ook is er een afhankelijkheid met het programma eID (elektronisch identificatiemiddel burger – Wet Digitale overheid) dat authenticatiediensten gaat opleveren op betrouwbaarheidsniveau 'substantieel' en 'hoog'. Dat niveau is volgens de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) nodig om aan de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) te voldoen.

Gezien de vele aannames in de calculatie van kosten en baten is voorafgaande aan daadwerkelijke invoering van deze maatregel een gedegen kosten-batenanalyse nodig. De implementatie moet zorgvuldig en met de juiste stakeholders verlopen. Bij de

16 Kosten-batenanalyse persoonlijke gezondheidsomgevingen van Gupta Strategists (2017).
17 https://www.internetconsultatie.nl/gegevensuitwisseling

afweging om deze maatregel eventueel in te zetten en welke (governance-) voorwaarden zouden moeten gelden, zijn de bevindingen van de commissie ICT-projecten (Elias, 2014[18]) essentieel.

Voor de inschatting van de budgettaire effecten, is een uitwerking van deze maatregel gekozen die nauwer aansluit bij bestaande initiatieven in Nederland. De opzet is minder breed dan in Denemarken of Estland, voorbeelden die in de aangeleverde maatregel genoemd zijn.

← Terug naar tabel CURE
← Terug naar overzicht resultaten

18 https://www.tweedekamer.nl/sites/default/files/field_uploads/33326-5-Eindrapport_tcm181-239826.pdf

45 Verplichte implementatie onder zorgaanbieders van innovatie

De rijksoverheid verhoogt het bestaande structurele budget voor de Meerjarenagenda van het Zorginstituut, de wettelijk erkende afsprakenlijst met een overzicht van kwaliteitsstandaarden die met voorrang moeten worden ontwikkeld. Het Zorginstituut moet zijn capaciteit prioriteren voor innovaties die naar verwachting het meest kosteneffectief en arbeidsbesparend zijn. De hierdoor opgedane inzichten worden verwerkt in de kwaliteitsinstrumenten. Na vaststelling en opname in het kwaliteitsregister worden alle zorgaanbieders verplicht deze innovatie (waar relevant) binnen een jaar door te voeren. Zij moeten dus bestaande ondoelmatige zorg afbouwen. De IGJ houdt toezicht op de implementatie van de kwaliteitsinstrumenten.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**PM**	**PM**	**PM**	**PM**	**PM**
Kwalitatief effect					
Snellere implementatie van kosteneffectieve en arbeidsbesparende innovaties.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De maatregel vergt een wijziging in de werkwijze van Zorginstituut en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Het Zorginstituut krijgt een grotere regietaak bij de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten. Het moet actief ontwikkelingen in innovatie verkennen (zoals bij de horizonscan geneesmiddelen) en zich een oordeel vormen over de te bereiken arbeidsbesparing en/of kosteneffectiviteit en de processen die daarvoor aangepast moeten worden.

Handhaving door IGJ moet niet meer op specifieke kwaliteitsinstrumenten gericht zijn, maar passen in het risicogerichte toezicht van de Inspectie. Onder de huidige regelgeving leggen kwaliteitsstandaarden voor (een deel van het) zorgproces vast wat vanuit het perspectief van de cliënt nodig is om goede zorg te verlenen. Om te kunnen borgen dat kwaliteitsstandaarden ook ingaan op innovaties die arbeid- en kostenbesparend zijn, zal een wetswijziging[1] noodzakelijk zijn.

1 Zorgverzekeringswet of, als het Wetsvoorstel financiële toetsing voorgedragen kwaliteitsstandaarden in werking treedt, de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.

Kwaliteitsbeleid en richtlijnontwikkeling is een verantwoordelijkheid van veldpartijen. Opschaling van bewezen effectieve innovaties blijkt in de praktijk lastig. Dat komt lang niet altijd door richtlijnen en het aanpassen van richtlijnen leidt ook niet automatisch tot het implementeren van innovaties; er mag immers gefundeerd van afgeweken worden. Voor effectieve implementatie van innovaties moeten ook governance, prikkels en gedrag veranderen. Daarbij is het belangrijk dat minder doelmatige werkwijzen worden afgebouwd. De maatregel is vooral gericht op zorginstellingen en zorgverleners die niet vanzelf meegaan. Met een programma à la Zorgevaluatie en Gepast Gebruik kan gezamenlijk een agenda worden opgesteld en uitgevoerd, waarbij implementeren een verplicht onderdeel is.

Budgettaire effecten

Technologische ontwikkeling is een van de determinanten voor de groei van de zorguitgaven. Op basis van ramingen van het Centraal Planbureau worden elke kabinetsperiode afspraken gemaakt over de verwachte en toegestane groei van die uitgaven. Het per saldo effect van technologische ontwikkelingen is onderdeel van de veronderstelde groei van de zorguitgaven. Het is zeer de vraag of het verplicht stellen van implementatie van arbeidsbesparende en kosteneffectieve innovaties tot besparingen gaat leiden. Innovaties komen immers zelden volstrekt in de plaats van bestaande diagnose- en behandelmogelijkheden en het is altijd aan zorgverleners in samenspraak met hun patiënten om de medische interventie vast te stellen. Technologie maakt de zorg duurder, tenzij sprake is van deïmplementatie van ondoelmatig georganiseerde zorg. Lokale besparingen van innovaties in tijd en geld kunnen daarom niet zonder meer worden geëxtrapoleerd om te bepalen wat de effecten zijn van grootschalige toepassing.

Overige effecten

De snellere implementatie van bewezen doelmatige innovaties zal in het algemeen de kwaliteit van de zorg ten goede komen.

← Terug naar tabel CURE
← Terug naar overzicht resultaten

46 Intensiveren complementaire gezondheidszorg

Het basispakket wordt uitgebreid met een aanspraak op vergoeding van kosten van bepaalde vormen van complementaire zorg. Dit zijn zorgvormen en behandelwijzen die buiten de westers-wetenschappelijke geneeskunde zijn ontwikkeld en vaak ondersteunend aan reguliere zorginterventies worden gebruikt.[1]

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**0**	**0**	**550+PM**	**550+PM**
w.v. kostenstijging basispakket	0	0	0	550	550
w.v. effect op zorguitgaven tweede lijn	0	0	0	PM	PM
Kwalitatief effect					
Mogelijk positieve effecten op gezondheid; kwaliteit van zorg; kwaliteit van leven en inzetbaarheid van mensen op de arbeidsmarkt.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Het huidige verzekerde pakket Zvw is gericht op geneeskundige behandeling bij ziekte (curatief) en aan die behandeling verbonden preventie, maar niet op het behoud of verbeteren van gezondheid in het algemeen. Voor vergoeding komen bovendien alleen behandelingen in aanmerking die tot de stand van wetenschap en de praktijk worden gerekend (effectiviteit) en waarop de verzekerde op zorginhoudelijke gronden redelijkerwijs is aangewezen (medische indicatie).

De maatregel houdt in dat het basispakket wordt uitgebreid met bepaalde vormen van complementaire zorg. De vergoeding hiervan wordt vormgegeven zoals dat nu in het aanvullende pakket gebruikelijk is, namelijk geen volledige vergoeding van de zorg, maar een bepaald maximum aan kosten.

1 Definitie van het National Center for Complementary and Integrative Health (USA), bijvoorbeeld biologische interventies (zoals voeding, supplementen, kruidenmiddelen), mind-body interventies (zoals mindfulness, yoga, geleide visualisatie, muziek), lichaamsgerichte manipulatieve interventies (zoals massage, ostheopathie) en energetische interventies (zoals therapeutic touch, tai chi, reiki). Deze interventies zijn geworteld in bredere medische systemen uit andere culturele tradities, zoals de traditionele Chinese geneeskunde, de ayurvedische geneeskunde, antroposofische zorg en de natuurgeneeskunde.

Om deze complementaire zorg zowel curatief als preventief in te zetten, wanneer adequaat bewijs van effectiviteit en de medische indicatie ontbreekt, zal de overheid de fundamentele uitgangspunten van 'effectiviteit' en 'medische indicatie' moeten verlaten. De wetgever moet dan een keuze maken welke behandelingen voor vergoeding in aanmerking komen, om te voorkomen dat alle soorten van alternatieve dienstverlening instromen.

Op basis van Europese regelgeving in Solvency II dienen verzekeraars vrij te worden gelaten in onder meer de dekking van hun verzekeringen. Vanwege deze regels zal moeten worden onderbouwd waarom het in het algemeen belang is, noodzakelijk en proportioneel om complementaire zorg toe te voegen aan het basispakket. Ook zal moeten worden bepaald welke beroepsgroepen deze behandelingen mogen uitvoeren.

Het is niet mogelijk om uitvoering door een BIG-geregistreerde zorgverlener als voorwaarde te stellen. Het ligt in de rede dat verzekeraars, zoals ze dat al doen voor de aanvullende verzekering, als declaratievoorwaarde stellen dat behandelaren in ieder geval beschikken over een geldige AGB[2]-registratie. Voor een registratie als complementair zorgverlener is het lidmaatschap vereist van een erkende beroepsvereniging, of inschrijving in een erkend register van complementair zorgverleners. De Wkkgz[3], die zorgverleners verplicht om 'goede zorg' te bieden, geldt ook voor complementaire zorgverleners.

De benodigde implementatietijd is naar verwachting minimaal drie jaar: tijd voor overleg met het veld en om de Zorgverzekeringswet en het Besluit Zorgverzekeringen aan te passen.

Budgettaire effecten

Naar schatting zal 17% van de bevolking gebruik gaan maken van complementaire zorg. Uit onderzoek van het CBS[4] blijkt namelijk dat 11,2% van de bevolking in 2018 contact had met een alternatieve genezer en dat opname in het basispakket tot nog eens 5,7% nieuwe gebruikers van complementaire zorg zou leiden.[5]

2 Algemene GegevensBeheer-code (AGB).
3 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
4 CBS, Statistische Trends, Alternatieve geneeswijzen: contact en opvattingen, Rianne Kloosterman, 2019
5 Van de 88,8% van de bevolking die in 2018 geen contact had met alternatieve genezers gaf (a) 1,7% als reden op dat de verzekeraar de kosten niet zou vergoeden (b) 5,9% aan niet bekend te zijn met alternatieve geneeswijzen en (c) 3,6% geen reden op voor het ontbreken van contact met alternatieve genezers. Verondersteld wordt dat alle personen in categorie a gebruik zullen maken van alternatieve geneeswijzen en de helft van de personen in categorieën b en c als de kosten van alternatieve geneeswijzen zouden worden vergoed vanuit de basispolis (1,7%+3,0%+1,8% = 6,5% van de 88,8% niet-gebruikers in 2018 = 5,7% van de totale bevolking).

Voor het ramen van de budgettaire consequenties zijn enkele bouwstenen nodig:
– Bekend is dat in 2017 in totaal 84,1% van alle verzekerden een aanvullende verzekering had, en dat voor hen € 198 mln. is vergoed aan alternatieve geneeswijzen.[6]
– We nemen aan dat twee derde van de eerder genoemde 11,2% van de bevolking de kosten voor alternatieve geneeswijzen uit de aanvullende verzekering vergoed kreeg. Dat zou betekenen dat 3,7% van de bevolking deze kosten zelf droeg, ter waarde van € 98 mln.[7]
– Als bovendien de 5,7% nieuwe gebruikers kosten van complementaire zorg vergoed hadden gekregen, zou dit nog eens € 153 mln.[8] gekost hebben.

De totale kosten in 2017 zouden uitgekomen zijn op (€ 198 mln. +€ 98 mln. +€ 153 mln.=) € 449 mln. Vanwege indexatie komt dit voor 2021 uit op € 550 mln.

Bij deze berekening wordt verondersteld dat na opname van complementaire geneeswijzen in het basispakket de inhoudelijke dekking en maximale uitkering per jaar gemiddeld overeenkomt met die in de huidige aanvullende verzekeringen. Ook wordt aangenomen dat het remgeldeffect van het eigen risico op het gebruik van complementaire zorg gelijk zal zijn aan het huidige remgeldeffect van de maximale vergoeding van € 40 per dag in de aanvullende verzekeringen.

Er zijn geen cijfers over mogelijke besparingen aan zorguitgaven, omdat nog betrekkelijk weinig betrouwbaar onderzoek beschikbaar is over de kosteneffectiviteit van vormen van complementaire zorg in Nederland. Het beschikbare onderzoek betreft een zeer beperkt aantal specifieke complementaire behandelingen in relatie tot een beperkt aantal specifieke aandoeningen.

Overige effecten

Het is de vraag of verzekeraars aanvullende dekkingen voor kosten van alternatieve zorg zullen willen aanbieden. Doen zij dit niet, dan zullen de private uitgaven voor alternatieve geneeswijzen kunnen dalen met zo'n € 200 mln.

Door deze toelating van alternatieve zorg tot het baspakket kan de druk toenemen om ook andere dienstverlening die niet aan de pakketcriteria voldoet, te gaan vergoeden. Dat zou een veel verderstrekkende uitbreiding van het verzekerde pakket betekenen.

Elke investering in meer aandacht voor gezondheid en (vroeg)signalering van aandoeningen heeft mogelijk positieve effecten op de gezondheid, kwaliteit van zorg, kwaliteit van leven en daarmee in potentie ook op de inzetbaarheid van mensen op de arbeidsmarkt.

6 NZa monitor Zorgverzekeringen 2019 en Verzekerden in Beeld 2019 Vektis).
7 € 198 mln. gedeeld door 7,5% = € 26,4 mln. per procent *3,7%.
8 € 198 mln. gedeeld door 7,5% = € 26,4 mln. per procent *5,7%.

Helaas is op basis van de huidige kennis niet te zeggen in welke mate deze positieve effecten zich daadwerkelijk voordoen en hoe groot de impact daarvan kan zijn.

Overige opmerkingen

Omdat alleen reguliere zorg in aanmerking komt voor btw-vrijstelling, moet er rekening mee worden gehouden dat voor de complementaire zorg het 21%-tarief geldt.

← Terug naar tabel CURE
← Terug naar overzicht resultaten

47 Intensiveren van eerstelijns wondzorg

Er wordt € 100 mln. geïnvesteerd in de ontwikkeling van wondteams en huisartsenposten. Door vroegtijdige behandeling van wonden wordt het beroep op (duurdere) tweedelijnszorg teruggedrongen. De maatregel moet in overleg met veldpartijen worden vormgegeven.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**PM**	**PM**	**100-PM**	**100-PM**	**100-PM**
w.v. investeren in ontwikkeling van wondteams en huisartsenposten	+PM	+PM	+100	+100	+100
w.v. te realiseren besparingen	-PM	-PM	-PM	-PM	-PM
Kwalitatief effect					
Betere behandeling van patiënten met slecht of niet-genezende wonden; betere kwaliteit van leven en deelname aan het arbeidsproces.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De maatregel kan op verschillende manieren worden vormgegeven:

1. Het ingediende voorstel betrof een wondteam in een huisartsencentrum, bestaande uit een huisarts, doktersassistenten, een verpleegkundige en een verpleegkundige specialist, dat met diverse disciplines samenwerkt en zo nodig patiënten naar de tweede lijn verwijst.
2. De afgelopen jaren zijn er ook gespecialiseerde wondcentra ontstaan. Deze verschillen in opzet, maar er zijn ook belangrijke overeenkomsten: multidisciplinaire samenwerking, de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen, invulling van triage en casemanagement en het bevorderen van deskundigheid en protocollair werken bij zorgverleners in de regio.
3. Een andere mogelijkheid is om een impuls te geven aan de Kwaliteitsstandaard Organisatie van de wondzorg in Nederland die medio 2018 is verschenen. Voor veel zorgverleners in de eerste lijn behoort wondzorg tot de dagelijkse praktijk. Indien de wondgenezing anders verloopt dan verwacht, er belemmerende factoren bij komen, of twijfel bestaat over de diagnose, wordt de patiënt verwezen naar een expertteam. Indien mogelijk wordt de patiënt in overleg daarna alsnog in de eerste lijn behandeld; anders wordt verdere behandeling (tijdelijk) overgenomen door de tweede of derde lijn.

De technische en praktische haalbaarheid van het voorstel is sterk afhankelijk van de gekozen concrete uitwerking. Dat geldt ook voor de tijd die nodig is voor de implementatie. Alternatief 1 en 2 sluiten aan op reeds bestaande initiatieven. De overheid kan de uitrol daarvan bevorderen, maar de nadere uitwerking vereist overleg met veldpartijen. Het behalen van het doel van de maatregel is daarmee onzeker, omdat het Rijk afhankelijk is van de medewerking van partijen.

Voor alternatief 3 geldt dat kwaliteitsstandaarden primair tot de verantwoordelijkheid van partijen in de zorg behoren. Aanbieders en verzekeraars moeten het eens worden voordat een kwaliteitsstandaard in het kwaliteitsregister wordt ingeschreven. Als zij er onderling niet uitkomen, kan het Zorginstituut zijn doorzettingsmacht gebruiken om uiteindelijk een besluit te nemen.

Budgettaire effecten

Ook de budgettaire effecten zijn afhankelijk van het te kiezen alternatief en de uitwerking ervan.

1. De beschrijving van alternatief 1 in Medisch Contact[1] gaf geen indicatie van besparingen. Omdat er geen cijfers waren over de periode voorafgaand aan het wondspreekuur, kon niet worden aangetoond of de behandelduur korter was geworden of dat er minder verwijzingen naar de tweede lijn hebben plaatsgevonden.
2. Besparingen bij gespecialiseerde wondcentra (alternatief 2) zijn in 2014 onderzocht in opdracht van de NZa.[2] De gemiddelde besparing per behandelde extramurale patiënt is conservatief berekend op circa € 1.300. Afhankelijk van de omvang en implementatiesnelheid van de innovatieve behandelwijze zouden de besparingen in tien jaar oplopen naar minimaal € 24 mln. en maximaal € 126 mln. In het laatste geval werd 40% van de patiënten innovatief behandeld.
3. Inzicht in kosten en mogelijke besparingen van alternatief 3 ontbreekt. De Kwaliteitsstandaard is nog niet aangeboden aan het Kwaliteitsregister waardoor Zorginstituut en NZa nog geen informatie kunnen geven over de financiële gevolgen.

In de tabel is de intensivering van € 100 mln. voor alle drie de varianten taakstellend ingeboekt en de te realiseren besparing op PM gezet.

1 https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/betere-wondzorg-bij-de-huisarts.htm
2 https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3196_22/1/

Overige effecten

Patiënten met slecht of niet-genezende wonden blijven vaak te lang onvoldoende behandeld. Zij kunnen last hebben van pijn, een nare geur, fysiek onwelbevinden, beperkingen in mobiliteit, sociaal functioneren en psychologische problemen. Daarnaast kan deelname aan het arbeidsproces beperkt of onmogelijk zijn of kan men zelfs niet meer in dagelijkse levensbehoeften voorzien.

Terug naar tabel CURE
Terug naar overzicht resultaten

48 100% borging Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ)

Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) gaat alle vastgoedleningen die banken bereid zijn te verstrekken 100% borgen. De rijksoverheid is achterborg voor de garanties die het WFZ afgeeft.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**75**	**150**	**200**	**570**
w.v. Zorgverzekeringswet (Zvw)	0	20	45	60	190
w.v. Wet langdurige zorg (Wlz)	0	55	100	140	390

Het WFZ geeft nu al garanties af voor leningen die banken aan zorginstellingen verstrekken. Dat gebeurt op basis van de solvabiliteit en rentabiliteit van de organisatie, plus een beoordeling van de businesscase. Het moet gaan om zorggerelateerde investeringen in grond, gebouwen of inventarissen. Om risico's op moral hazard te verminderen, verstrekt het WFZ tot nu toe veelal gedeeltelijke garanties. Per geval wordt dit door het WFZ bepaald.

Na invoering van deze maatregel borgt het WFZ dit type investeringen niet gedeeltelijk maar voor de volle 100%. Het WFZ stond in 2018 garant voor € 7,1 mld. Als het WFZ ooit wordt aangesproken op de garantieverplichtingen, is er een risicovermogen van € 285,6 mln. beschikbaar. Mocht dit bedrag niet voldoende blijken, dan kan het WFZ 'collecteren' bij de aangesloten deelnemers. Deze verplichte deelnemersbijdrage is maximaal 3% van de uitstaande garanties van de deelnemende instelling. Mocht ook dit niet voldoende zijn, dan dient de rijksoverheid het WFZ een renteloze lening te verstrekken. Deze ongelimiteerde 'achterborg' stelt het WFZ in staat om altijd aan de garantieverplichtingen te voldoen.

Uitvoering & Haalbaarheid

De maatregel is juridisch en technisch uitvoerbaar, maar besluitvorming erover zal meerdere jaren in beslag nemen. Ten eerste is goedkeuring nodig van de deelnemers van het WFZ, de zorginstellingen zelf. Willen zij extra risico's van collega-organisaties dragen, in ruil voor mogelijk betere toegang tot financiering? Zo niet, dan is de maatregel niet uitvoerbaar.

Bij de rijksoverheid vindt alle besluitvorming over risicoregelingen plaats in het voorjaar, in de ministerraad. De maatregel moet in dat kader behandeld worden; de voorbereiding kost ongeveer een jaar. Bovendien is goedkeuring van de Europese Commissie nodig, omdat de verhoogde staatsgaranties een rentevoordeel voor zorginstellingen en banken opleveren. Ook hiermee zullen enkele maanden gemoeid zijn.

Budgettaire effecten

De huidige, gedeeltelijke borgstelling door het WFZ biedt de zorginstellingen jaarlijks ruim € 70 mln. rentevoordeel. Bij volledige borging kan dit rentevoordeel oplopen tot enkele honderden miljoenen euro's per jaar. Hiertegenover staan toenemende risico's voor de Staat: zowel zorginstellingen als geldverstrekkers zullen minder kritisch oordelen over investeringen. Ook moet de Staat een extra financiële reserve op de begroting opnemen, omdat er meer en duurdere investeringen gedaan worden en er meer zorgaanbieders op de markt komen die duurdere zorgcapaciteit leveren.

In de berekeningen is uitgegaan van extra investeringen, die in tien jaar oplopen tot 10% van de huidige materiële activa. Deze extra investeringen brengen jaarlijks onderhoudskosten, afschrijvingen en rentelasten met zich mee. Daarnaast groeit de zorgconsumptie met naar schatting 0,5%. Dit alles resulteert uiteindelijk in € 570 mln. extra collectieve lasten per jaar.

Overige effecten

Naast de berekenbare budgettaire effecten zijn er ook andere effecten te verwachten. Deze bestaan vooral uit toenemende risico's voor de rijksoverheid, zoals:

- Zorginstellingen zullen mogelijk te grote en mooie bouwplannen maken, door gebrek aan tucht van de markt. Het WFZ zou dit moeten ondervangen door kritische toetsing.
- Banken zullen kredietaanvragen minder kritisch toetsen en ook gedurende de looptijd van leningen minder streng toezien op de financiële situatie bij zorgaanbieders, omdat ze geen enkel risico meer lopen in geval van een faillissement.
- Door de verruimde borgstelling nemen de risico's voor het WFZ en de aangesloten leden toe en zal ook het risico toenemen dat de rijksoverheid moet bijspringen als achterborg.
- Als de risico's voor het WFZ toenemen, zullen financieel gezonde zorginstellingen mogelijk afhaken en ervoor kiezen om kapitaal direct in de markt op te halen.
- Een gemakkelijke toegang tot kapitaal kan er ook toe leiden dat overcapaciteit ontstaat.

← **Terug naar tabel CURE**
← **Terug naar overzicht resultaten**

6.1.3 EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN

Nr	Naam
49	Verhogen van de lonen in de zorg
50	Banenplan voor de langdurige zorg
51	Betere arbeidsvoorwaarden thuiszorg
52	Hogere lonen huishoudelijke hulp
53	Korten op opleidingsbudgetten medisch specialisten
54	Aanpassen of afschaffen (vrijwillig) eigen risico
55	Aanpassen vrijwillig eigen risico
56	Invoeren procentueel eigen risico in de Zvw
57	Two-tier-systeem (het Zwitserse systeem)
58	Verschoven eigen risico
59	Inkomensafhankelijk eigen risico
60	Herintroduceren van de verplichte no-claimkorting
61	Vaste eigen bijdrage per dbc
62	Gepaste eigen betalingen
63	Huisartsenzorg onder het eigen risico
64	Invoeren eigen bijdrage voor bezoek aan de huisartsenpost
65	Invoeren eigen bijdrage voor extramurale geneesmiddelen
66	Invoeren eigen risico voor hulpmiddelen in de Zvw
67	Invoeren eigen bijdrage bij verblijf in het ziekenhuis
68	Invoeren eigen bijdrage voor wijkverpleging
69	Inkomensafhankelijk eigenbetalingensysteem
70	Effect van vermogen op eigen betalingen Wmo en Wlz aanpassen
71	Vermogen eigen woning in vermogensinkomensbijtelling Wlz en Wmo
72	Afschaffen eigen bijdrage Wlz
73	Hoge eigen bijdrage eerste vier maanden intramurale zorg in Wlz en Wmo beschermd wonen
74	Afschaffen eigen bijdrage Wmo
75	Huishoudelijke hulp (en woningaanpassingen) uit de Wmo
76	Korten op huishoudelijke hulp in de Wmo
77	Nominale premie Zvw verlagen

49 Verhogen van de lonen in de zorg

Op de looncomponent van de macrobudgetten en gereguleerde tarieven in de zorg wordt een eenmalige of tweejarige verhoging van 1% toegepast. Eenzelfde verhoging geldt voor de (fictieve) looncomponent in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de jeugdzorg in het gemeentefonds.[1] In een bestuurlijk akkoord met zorgaanbieders, Patiëntenfederatie Nederland, zorgverzekeraars en sociale partners in de zorg worden afspraken gemaakt over het doorgeven van het extra budget in de vorm van hogere tarieven en lonen.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant 1: eenmalig verhogen loonindexatie met 1%	**560**	**560**	**560**	**560**	**560**
w.v. effect op Zvw	300	300	300	300	300
w.v. effect op Wlz	180	180	180	180	180
w.v. effect op Wmo/Jeugd	85	85	85	85	85
Variant 2: tweejarig verhogen loonindexatie met 1%	**560**	**1.100**	**1.100**	**1.100**	**1.100**
w.v. effect op Zvw	300	600	600	600	600
w.v. effect op Wlz	180	350	350	350	350
w.v. effect op Wmo/Jeugd	85	170	170	170	170
Kwalitatief effect					
Hogere tarieven en op termijn mogelijk meer werkgelegenheid in de zorg.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Sinds 1999 geldt in het VWS-veld het zogeheten OVA-convenant: overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling. Op basis hiervan worden ieder jaar de budgetten en gereguleerde tarieven geïndexeerd voor de loonkostenontwikkeling. In de curatieve zorg wordt voor een klein deel gewerkt met vaste tarieven (zoals bij een deel van de ambulancezorg), deels met maximumtarieven (bijvoorbeeld in de geestelijke gezondheidszorg) en deels met vrije tarieven (bijvoorbeeld in een deel van de medische specialistische zorg). Verder zijn in de hoofdlijnakkoorden 2019-2022 afspraken opgenomen over het doorvertalen van de OVA in de prijzen door verzekeraars. In de Wlz zijn de tarieven gemaximeerd,

1 De variant verlagen lonen zorg valt onder de maximaal mogelijke generieke taakstelling bij de Zvw, Wlz en het gemeente- en provinciefonds en wordt daarom hier niet meegenomen.

maar in de praktijk worden lagere tarieven uitonderhandeld tussen zorgkantoren en zorgaanbieders.

Het Rijk stelt via verschillende kanalen middelen beschikbaar aan gemeenten voor Jeugd en Wmo, grotendeels via de algemene uitkering in het gemeentefonds. Daarnaast zijn er de integratie-uitkeringen Voogdij 18+ en beschermd wonen. Ook zijn er nog enkele decentralisatie-uitkeringen, zoals voor maatschappelijke opvang en vrouwenopvang. Voor jeugdhulp en de Wmo wordt over de tarieven onderhandeld tussen gemeente en zorgaanbieders(s). Op de algemene uitkering van het gemeentefonds is het accres (trap-op-trap-af-systematiek) van toepassing en vindt dus geen aparte loonindexering plaats.

De maatregel houdt in dat op de looncomponent van de macrobudgetten binnen het Uitgavenplafond zorg (UPZ) de genoemde verhoging wordt toegepast. Tevens wordt de verhoging opgenomen in het OVA-percentage, zodat deze ook wordt verwerkt in de gereguleerde tarieven. Verder wordt de algemene uitkering (AU) van het gemeentefonds eenmalig of tweejarig verhoogd met 1% van het loongevoelige deel van het fictieve aandeel van Jeugd en Wmo in de AU. Daarvoor moet eerst het fictieve aandeel van Wmo en Jeugd in de AU worden bepaald. De overheid sluit een bestuurlijk akkoord met zorgverzekeraars over het doorgeven van het extra budget in de tarieven en vergoedingssommen.

Werkgevers en werknemers in de zorg onderhandelen over de arbeidsvoorwaarden. Het Rijk is geen partij aan de cao-tafel. Enkel het verhogen van de loonindexatie hoeft dus niet automatisch te leiden tot hogere contactlonen. De overheid moet dus in een bestuurlijk akkoord met de sociale partners afspreken dat de hogere tarieven/vergoedingssommen vertaald worden in hogere lonen. De overheid kan dit echter niet opleggen, want bij cao-onderhandelingen geldt het principe van contractvrijheid.

Budgettaire effecten

De loongerelateerde uitgaven in de zorg bedragen in totaal circa € 56 mld. in 2021. Een eenmalige verhoging met 1% kost € 560 mln., en een tweejarige verhoging € 1,12 mld. Hiervan slaat circa € 300 mln. neer bij de curatieve zorg, circa € 175 mln. bij de langdurige zorg en circa € 85 mln. bij Wmo en Jeugdzorg. De dubbele bedragen gelden vanaf jaar 2 voor variant 2.

Overige effecten

Door de bestuurlijke afspraken zullen de extra middelen zich vertalen in hogere tarieven, en in hogere lonen, in ieder geval voor de duur van het bestuurlijk akkoord. Als er tekorten aan personeel zijn, kan de loonstijging bijdragen aan het bestrijden hiervan en dus ook zorgen voor meer werkgelegenheid in de zorg. Op de langere termijn is het onzeker

waar de hogere uitgaven zich in vertalen. Dat kan zijn in hogere lonen, meer werkgelegenheid, betere huisvesting en apparatuur of het aanvullen van tekorten.

Overige opmerkingen

Andere maatregelen die een effect hebben op de loongerelateerde uitgaven in de zorg hebben invloed op het budgettaire beslag van de hier beschreven maatregel. Daarnaast kan er interactie optreden met de maatregel 50 (Banenplan voor de langdurige zorg). Meer loonindexatie kan leiden tot hogere lonen en het makkelijker maken om extra personeel aan te trekken. Daarnaast bestaat er interactie met andere loonmaatregelen, zoals 51 (Betere arbeidsvoorwaarden thuiszorg) en 52 (Hogere lonen huishoudelijke hulp).

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

50 Banenplan voor de langdurige zorg

Er komt structureel € 1,4 mld. beschikbaar voor de langdurige zorg, die wordt verdeeld over de budgetten voor de Wlz, de Wmo 2015 en de Zvw. In een bestuurlijk akkoord met zorginkopers en aanbieders wordt afgesproken dat de extra middelen volledig worden uitgegeven aan extra personeel.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	0	700	1.400	1.400	1.400
Kwalitatief effect					
Hogere kwaliteit van de langdurige zorg.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De intensivering van € 1,4 mld. wordt naar rato van het budget verdeeld over Wlz, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) en wijkverpleging (Zvw). Voor de Wlz wordt de contracteerruimte verhoogd; dit leidt tot extra volumeruimte aangezien de Wlz kostendekkende maximumtarieven kent. Voor de Wmo 2015 wordt de algemene uitkering van het gemeentefonds verhoogd. Als zorgaanbieders het extra budget volledig aan extra personeel uitgeven, kunnen zij hiermee in potentie circa 28 duizend extra fte aantrekken.

Met zorginkopers (gemeenten, zorgkantoren, zorgverzekeraars) wordt een bestuurlijk akkoord gesloten dat zij deze middelen daadwerkelijk volledig doorgeven aan de aanbieders. Zonder dergelijke afspraken was dit voor met name wijkverpleging en de Wmo 2015 minder aannemelijk. Gemeenten hebben namelijk bestedingsvrijheid en zouden de extra middelen ook aan andere zaken dan de Wmo 2015 kunnen uitgeven. Bij wijkverpleging is er sinds de overheveling naar de Zvw sprake van een (oplopende) onderschrijding van het kader.

Via de bestuurlijke afspraken committeren ook aanbieders zich om de extra middelen uit te geven aan extra personeel. Dit commitment is nodig, want de monitor van de Agema-gelden[1] heeft laten zien dat extra middelen voor zorginstellingen zonder verdere verplichtingen niet automatisch leiden tot evenredige stijging van de werkgelegenheid.

1 Zie ondermeer: https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-443004.pdf

De maatregel zelf kan binnen een jaar worden ingevoerd; we gaan uit van een start in jaar 2 (2023). Het aantrekken en eventueel opleiden van personeel zal tijd kosten; de aanname is dat het voor instellingen in de langdurige zorg mogelijk is om ongeveer 10 duizend extra fte per jaar[2] aan te trekken (dus bovenop de werkgelegenheidsgroei die al was opgenomen in het basispad).

Budgettaire effecten

De maatregel betreft een intensivering van € 1,4 mld. De maatregel kent een ingroeipad van twee jaar en bereikt in jaar 3 zijn volledige budgettaire beslag.

Overige effecten

Mogelijk leiden de extra middelen tot strategisch gedrag bij aanbieders, waardoor zij bijvoorbeeld andere middelen die oorspronkelijk bedoeld waren voor extra personeel ergens anders aan gaan uitgeven. In dat geval wordt de uitbreiding met 28 duizend fte niet volledig gerealiseerd. Het inzetten van meer personeel leidt tot een hogere kwaliteit van de zorg.

Overige opmerkingen

Er kan interactie optreden met maatregelen die leiden tot een substantiële bezuiniging of intensivering. Deze werken immers ook in op de vraag naar personeel binnen de zorg en kunnen gevolgen hebben voor het ingroeipad van de hier beschreven maatregel. Daarnaast heeft ook maatregel 49 (Verhogen van de lonen in de zorg) effect op de mogelijkheden van aanbieders om extra personeel aan te trekken.

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

2 Conform veronderstelling bij implementatie van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

51 Betere arbeidsvoorwaarden thuiszorg

De uitkering voor de Wmo wordt geoormerkt en verhoogd met € 300 mln. Zo ontstaat er circa 6% extra ruimte voor arbeidsvoorwaarden. Deze verbetering van arbeidsvoorwaarden wordt ook vastgelegd in een bestuurlijk akkoord met gemeenten en sociale partners.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	0	0	300 +PM	300 +PM	300 +PM
Kwalitatief effect					
Het oormerken van middelen in het gemeentefonds leidt mogelijk tot administratieve lasten.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Sociale partners binnen de zorg gaan zelf over arbeidsvoorwaarden. De overheid bemoeit zich niet met de inhoud van de afspraken. Thuiszorgwerknemers vallen onder de cao Verpleeg- & Verzorgingshuizen & Thuiszorg (VVT). Binnen deze cao zijn er enkele specifieke bepalingen voor de thuiszorg, maar het gros van de afspraken en de cao-salarisschalen gelden VVT-breed. Overigens omvat thuiszorg in het kader van de cao meer dan alleen zorg die valt onder de Wmo. Het gaat ook om instellingen die zich voornamelijk richten op vormen van zorg zonder verblijf in het kader van Wlz of Zvw en instellingen die vormen van Jeugdgezondheidszorg leveren.

De maatregel betekent dat de overheid afspraken met sociale partners maakt over het aanpassen van de cao VVT. Sociale partners moeten binnen de cao differentiatie in arbeidsvoorwaarden gaan toepassen tussen medewerkers die thuiszorg verlenen in het kader van de Wmo en de rest van de medewerkers die onder deze cao vallen. De overheid kan deze aanpassing niet opleggen aan partijen.

Verder moet de overheid het fictieve budget voor de Wmo binnen de algemene uitkering (AU) voor het gemeentefonds vaststellen. Binnen deze AU is niet apart inzichtelijk welk budget voor welke taak dient, want volgens de Financiële-verhoudingswet zijn uitkeringen uit het gemeentefonds vrij besteedbaar. Daarom wordt het (fictieve) budget van de Wmo uit het gemeentefonds gehaald en omgezet in een specifieke uitkering; aan dit budget wordt € 300 mln. extra toegevoegd. Deze uitkering gaat via de VWS-begroting lopen.

Met gemeenten moeten afspraken gemaakt worden dat de extra middelen worden gebruikt voor hogere tarieven voor thuiszorg. Gemeenten zullen mogelijk ook met sociale

partners afspraken willen maken over hoe de arbeidsvoorwaardenverbetering vorm krijgt, mede in relatie tot de kwaliteit van de geleverde zorg en ondersteuning. Ten slotte moeten gemeenten over de besteding van Wmo-budget verantwoording afleggen aan VWS. Dit leidt tot extra administratieve lasten.

Een groot deel van de gemeenten heeft langjarige contracten afgesloten met thuiszorg-aanbieders.[1] Een deel van deze contracten bevat aanpassingsclausules, zodat tarieven tussentijds kunnen worden aangepast. Een ander deel van de contracten kan echter niet op korte termijn eenzijdig door gemeenten worden aangepast; dat zou leiden tot juridische procedures en schadevergoedingen. Binnen de bestuurlijke afspraken moeten gemeenten dus de tijd krijgen om hun contracten stapsgewijs aan te passen en eventueel opnieuw aan te besteden. Twee jaar lijkt hierbij een redelijke termijn.

Vanwege het sluiten van bestuurlijk akkoorden met sociale partners en gemeenten en de benodigde tijd voor de aanpassing van contracten en het opnieuw aanbesteden door gemeenten, gaan we er vanuit dat de maatregel in jaar 3 ingevoerd kan worden.

Budgettaire effecten

Er wordt € 300 mln. extra toegevoegd aan de nieuwe geoormerkte Wmo-uitkering. Daarnaast leidt het oormerken van de middelen tot een extra stijging van PM van de netto-collectieve zorguitgaven. Want gemeenten die voorheen geld overhielden met betrekking tot de Wmo, moeten nu meer geld uitgeven. Gemeenten die moesten toeleggen op de Wmo doen dit na het oormerken nog steeds.

Overige effecten

- Het oormerken van Wmo leidt tot hogere administratieve lasten voor gemeenten en het Rijk.
- De bestedingsvrijheid voor deze middelen wordt beperkt. Daarbij is het waarschijnlijk dat de maatregel tot lagere niet-zorguitgaven van gemeenten leidt, tenzij de bijdrage van het Rijk toeneemt, de overige inkomsten van gemeenten toenemen, of het EMU-saldo van gemeenten verslechtert.

1 Monitor gemeentelijk zorginkoop 2019, PPRC, in opdracht van het Ministerie van VWS.

Overige opmerkingen

Er is interactie met maatregel 52 (Hogere lonen huishoudelijke hulp), die direct ingrijpt in de salarissen van huishoudelijke hulpen.

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

52 Hogere lonen huishoudelijke hulp

De salarisschaal van medewerkers die huishoudelijke hulp leveren in het kader van de Wmo 2015 wordt verhoogd. Deze wordt gelijkgetrokken met salarisschaal 25 uit de cao Verpleeg- & Verzorgingshuizen & Thuiszorg (VVT). In de structurele situatie gaan huishoudelijke hulpen er gemiddeld ruim 9% in bruto-inkomen op vooruit. Het Rijk regelt dit via een bestuurlijk akkoord met sociale partners en gemeenten.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	0	0	30	55	130
Kwalitatief effect					
Werk als huishoudelijke hulp wordt aantrekkelijker; risico op fuikeffect: minder prikkel tot doorstroming en investering in scholing.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Sociale partners binnen de zorg gaan over arbeidsvoorwaarden. Over de beloning van hulp bij het huishouden bevat de cao VVT een apart artikel (3.2A), met een specifieke salarisschaal voor hulpen bij het huishouden. Dit artikel geldt alleen voor contracten met gemeenten die gesloten zijn sinds het Besluit reële prijs onder Wmo 2015 van toepassing is (art 5.4 Uitvoeringsbesluit Wmo 2015). Voor oudere contracten geldt dit artikel niet.

Voor deze maatregel gaat de overheid in overleg met sociale partners om hen te bewegen de cao aan te passen, zodat de huidige salarisschaal voor huishoudelijke hulpen wordt aangepast naar salarisschaal 25 uit de cao VVT. De overheid kan de aanpassing echter niet opleggen. Op cao-onderhandelingen is het beginsel van contractvrijheid van toepassing.

De hogere salarisschaal kost werkgevers extra geld. De overheid zal extra middelen beschikbaar moeten stellen aan gemeenten, zodat zij hogere tarieven kunnen betalen aan aanbieders van huishoudelijke hulp. In 2019 is het budget voor Wmo-hulp bij het huishouden overgeheveld naar de Algemene Uitkering (AU). Binnen de AU is niet apart inzichtelijk welk budget bestemd is voor welke taak, want volgens de Financiële-verhoudingswet zijn uitkeringen uit het gemeentefonds vrij besteedbaar. Er is daarom een bestuurlijk akkoord met gemeenten nodig om af te spreken dat zij de extra gelden besteden aan hogere tarieven voor huishoudelijke hulp.

Een groot deel van de gemeenten heeft langjarige contracten afgesloten met aanbieders van huishoudelijke verzorging.[1] Een deel van deze contracten bevat aanpassingsclausules, zodat tarieven tussentijd kunnen worden aangepast. Een ander deel van de contracten kan echter niet eenzijdig door gemeenten aangepast; dat zou leiden tot juridische procedures en schadevergoedingen. Binnen de bestuurlijke afspraken moeten gemeenten dus de tijd krijgen om hun contracten stapsgewijs aan te passen en eventueel opnieuw aan te besteden. Twee jaar lijkt hierbij een redelijke termijn.

Budgettaire effecten

Binnen de algemene uitkering van het gemeentefonds is een bedrag van € 1,4 mld. voor huishoudelijke hulp verondersteld voor het jaar 2021. We gaan ervan uit dat het volledige bedrag loongerelateerd is. Er is een inschatting gemaakt van de verdeling van huishoudelijke hulpen over de verschillende treden van hun huidige loonschaal. Vervolgens is een ingroeipad gemaakt naar de nieuwe loonschaal 25 en een inschatting van de structurele verdeling over de verschillende treden van de schaal. Daarbij is gebruik gemaakt van informatie over personeelsstromen.

In de structurele situatie kost de maatregel jaarlijks ongeveer € 130 mln. Vanwege de doorlooptijd voor bestuurlijke akkoorden, aanpassing van contracten en het opnieuw aanbesteden door gemeenten, kan de maatregel in jaar 3 ingevoerd worden.

Overige effecten

Het wordt aantrekkelijker om te werken als huishoudelijke hulp. In de structurele situatie gaan huishoudelijke hulpen er gemiddeld ruim 9% in bruto-inkomen op vooruit. Mogelijk heeft de hogere loonschaal voor huishoudelijke hulpen ook een opwaarts effect op de lonen van andere functies binnen de VVT. In de berekening is dit effect niet meegenomen.

De maatregel zou een soort fuikeffect kunnen hebben. De huidige populatie hulpen bij het huishouden hebben veelal relatief weinig opleiding en zijn kwetsbaar in een neergaande arbeidsmarkt. Een hoger schaalniveau kan remmend werken op de neiging om door te stromen naar andere functies en te investeren in opscholing.

1 Monitor gemeentelijk zorginkoop 2019, PPRC, in opdracht van het Ministerie van VWS.

Overig opmerkingen

De maatregel is iets aangepast. In de ingediende versie werden schaal 10, 15 en 20 volledig geschrapt. Dit zou ook effect hebben op de lonen van werknemers met andere beroepen in de VVT.

Er is interactie met maatregel 51 (Betere arbeidsvoorwaarden thuiszorg).

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

53 Korten op opleidings-budgetten medisch specialisten

Het vergoedingsbedrag dat zorginstellingen ontvangen voor de 27 medisch-specialistische vervolgopleidingen wordt met 7,5% gekort. Dit is op twee manieren mogelijk:

A. De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) wordt zodanig aangepast dat de opleidingsvergoeding niet meer kostendekkend hoeft te zijn.
B. VWS maakt bestuurlijke afspraken met de opleidende partijen over aanpassing/inkorting van het curriculum van de medisch-specialistische vervolgopleidingen. Deze aanpassing moet tot een kostendaling van 7,5% leiden.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: opleidingsvergoeding niet meer kostendekkend	0	0	-55	-55	-55
Variant B: bestuurlijke afspraak curriculum	0	0	0	0	-55
Kwalitatief effect					
Risico dat instellingen minder gaan opleiden.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De huidige vergoedingen worden verleend op basis van de Wmg via het instrument van de beschikbaarheidsbijdrage en dienen redelijkerwijs kostendekkend te zijn. De NZa bepaalt op basis van kostenonderzoek de hoogte van het vergoedingsbedrag per opleidingsplaats en berekent de bijdrage per ziekenhuis op basis van het aantal opleidingsplaatsen. De afgelopen jaren is een bezuiniging op de opleidingskosten gerealiseerd, waarbij onder meer de gemiddelde opleidingsduur met drie maanden is verkort.

Het vergoedingsbedrag per opleidingsplaats bedraagt, afhankelijk van het specialisme en de opleidingsinstelling, tussen € 140.200 en € 167.200 per jaar (cijfers 2019). Naarmate een ziekenhuis meer opleidingsplaatsen heeft, is het vergoedingsbedrag per opleidingsplaats lager (staffelsystematiek) omdat schaalvoordelen worden verondersteld.

Van het totale vergoedingsbedrag bestaat ongeveer 60% uit loonkosten en 40% uit overige kosten, zoals extra benodigde tijdsduur op de OK als een arts in opleiding tot specialist (aios) bij de operatie betrokken is, en extra diagnostiek door een aios wordt aangevraagd. De ziekenhuizen leggen over de ontvangen bijdragen verantwoording af. Die bestaat op

dit moment uit een verklaring over welk deel van het kalenderjaar de aios daadwerkelijk in opleiding was (de gerealiseerde opleidingsplaatsen per jaar per opleiding in fte).

Het korten van vergoedingsbedragen kan zoals aangegeven op twee manieren:

A. De NZa moet de beschikbaarheidsbijdrage lager vaststellen dan uit haar kostenonderzoek naar voren komt. De Wmg moet hiervoor worden aangepast. Een wetswijziging waarin onder meer dit punt is opgenomen, is ingediend bij de Tweede Kamer. Of, en zo ja wanneer dit plenair zal worden behandeld, is op dit moment niet bekend. Voor een wetswijziging moet normaliter rekening worden gehouden met een periode van minimaal twee jaar. Daarbij is nog geen rekening gehouden met de tijd die ziekenhuizen nodig hebben om zich aan te passen aan de nieuwe regels.
B. Het opleidingscurriculum voor de medisch-specialistische vervolgopleidingen moet aangepast worden, zodanig dat de opleidingen 7,5% minder kosten. Deze variant wordt, gelet op de geldende opleidingseisen, niet uitvoerbaar geacht door de partijen die betrokken zijn bij de opleiding. Hun medewerking is noodzakelijk, omdat deze partijen het curriculum opstellen. Aanpassing van het curriculum zal meerdere jaren kosten, aangezien dit in samenspraak met de opleidende partijen zal moeten gebeuren. De eerdere verkorting van de opleidingen met drie maanden heeft vijf jaar (inclusief voorbereidingstijd) gekost.

Budgettaire effecten

De totale geraamde uitgaven aan medisch-specialistische vervolgopleidingen bedragen circa € 700 mln. per jaar in 2019. Een korting van 7,5% levert – rekening houdend met ophoging naar 2021 – circa € 55 mln. per jaar op. Verwachting is dat variant B in jaar 5 een besparing oplevert, aangezien aanpassing van het curriculum in samenspraak met de opleidende partijen moet plaatsvinden. Vanwege deze doorlooptijd wordt variant B dus niet ingeboekt bij Keuzes in Kaart.

Overige effecten

Zorgaanbieders kunnen de korting op de opleidingsvergoeding proberen te compenseren via hogere prijzen voor reguliere zorgproductie. De cao-loonkosten van de aios beslaan circa 60% van de opleidingskosten. Als deze kosten als gegeven worden beschouwd, moet het opleidende ziekenhuis de korting intern doorberekenen naar de 40% overige kosten, zoals de overheadkosten van de opleiding en extra OK-kosten of extra diagnostiek. Een korting van 7,5% vertaalt zich dan in 18,75% korting op de niet-loonkosten van de aios.

Door verlaging van de opleidingsvergoeding bestaat er een reëel risico dat de instellingen niet of minder gaan opleiden. Dit zorgt op termijn voor een tekort aan medisch specialisten en daarmee oplopende wachtlijsten. Zorgverzekeraars kunnen in de problemen komen met hun zorgplicht.

Tot slot heeft deze maatregel een (moeilijk in te schatten) effect op de concurrentiepositie tussen ziekenhuizen met en zonder opleidingen, vanwege de kosten die met opleiden samenhangen.

De variant waarbij het opleidingscurriculum wordt aangepast/ingekort leidt tot een daling van de kennis en kunde van (nieuwe) medisch specialisten. Dit zal een negatief effect hebben op de kwaliteit van zorg.

Overige opmerkingen

De maatregel dat ziekenhuizen verplicht worden om gedetailleerd verantwoording af te leggen over de besteding van de subsidie (zoals ook stond in ZiK 2015) is recent geschrapt. Deze verantwoording is niet noodzakelijk om te kunnen korten.

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

54 Aanpassen of afschaffen (vrijwillig) eigen risico

Het verplichte eigen risico wordt vastgezet op € 485, € 285, € 220 of € 0 en stijgt dus niet meer mee met de zorguitgaven. In een aparte variant wordt bovendien het vrijwillig eigen risico afgeschaft. Het eigen risico is nu € 385. Verhoging ervan leidt tot een groter remgeldeffect, het afschaffen of verlagen ervan vergroot de toegankelijkheid van de zorg.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Varianten 1: aanpassen verplicht eigen risico					
Variant 1a: € 485	**0**	**-1.400**	**-1.400**	**-1.400**	**-1.400**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	-660	-660	-660	-660
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	-700	-700	-700	-700
Variant 1b: € 285	**0**	**1.300**	**1.300**	**1.300**	**1.300**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	640	640	640	640
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	700	700	700	700
Variant 1c: € 220	**0**	**0**	**2.300**	**2.300**	**2.300**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	0	1.100	1.100	1.100
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	0	1.200	1.200	1.200
Variant 1d: geen verplicht eigen risico	**0**	**0**	**5.300**	**5.300**	**5.300**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	0	3.200	3.200	3.200
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	0	2.100	2.100	2.100
Varianten 2: aanpassen verplicht én afschaffen vrijwillig eigen risico					
Variant 2a: € 485	**0**	**-1.300**	**-1.300**	**-1.300**	**-1.300**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	-660	-660	-660	-660
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	-600	-600	-600	-600
Variant 2b: € 285	**0**	**1.400**	**1.400**	**1.400**	**1.400**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	640	640	640	640
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	800	800	800	800
Variant 2c: € 220	**0**	**0**	**2.400**	**2.400**	**2.400**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	0	1.100	1.100	1.100
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	0	1.300	1.300	1.300

Variant 2d: geen verplicht eigen risico	**0**	**0**	**5.400**	**5.400**	**5.400**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	0	3.200	3.200	3.200
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	0	2.200	2.200	2.200
Kwalitatief effect					
Verhoging eigen risico maakt zorg minder toegankelijk; dit kan een negatief effect hebben op de gezondheid. Voor verlaging of afschaffing geldt het omgekeerde.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Aanpassingen van het verplicht en/of vrijwillig eigen risico vergen een wetswijziging. Het proces van een wetswijziging neemt anderhalf tot twee jaar in beslag. Ook moeten de maatregelen worden getoetst aan het Europees recht. Ter bescherming van kopers van verzekeringsproducten én ter bevordering van een level playing field verbiedt de richtlijn Solvency II het om verzekeringsondernemingen te onderwerpen aan wettelijke voorschriften over acceptatie, verzekeringsdekking en premiestelling. Het verhogen of een beperkte verlaging van het verplicht eigen risico zal die toets waarschijnlijk wel doorstaan. Voor de varianten 1a en 1b (wijziging van € 100) wordt daarom verondersteld dat dit proces binnen een jaar kan worden doorgelopen.

Bij substantiële verlaging of afschaffing van het verplicht of vrijwillig eigen risico is Europese goedkeuring minder vanzelfsprekend. Er is een draagkrachtige motivering nodig met betrekking tot de noodzakelijkheid en proportionaliteit ter bescherming van het algemeen belang. Voor die varianten hanteren wij de normale wetgevingstermijn van twee jaar.

Verzekeraars zullen de nominale premie aanpassen op het nieuwe eigen risico (lager eigen risico betekent hogere premie).

Budgettaire effecten[1]

Variant 1 bestaat uit verschillende hoogtes van het verplicht eigen risico. Door verhoging naar € 485 (variant 1a) gaan mensen meer zelf betalen en neemt de opbrengst van de eigen

1 Deze maatregelen hebben twee typen effecten: een verschuiving tussen collectieve en private uitgaven en een effect op zorggebruik. Voor wijzigingen van het verplicht eigen risico zijn beide effecten berekend met het eigenbetalingenmodel van het Centraal Planbureau. Er komt een apart document met een uitgebreide uitleg van het model. Voor afschaffing van het vrijwillig eigen risico zijn extra berekeningen gemaakt. Hiervoor is gebruik gemaakt van CPB Discussion Paper "Selectie en remgeldeffecten in de gezondheidszorg" (M. Remmerswaal, J. Boone en R. Douven, 2019). Verder zijn voor cijfers over keuzegedrag van verzekerden rapporten van de NZa en Vektis gebruikt: "NZa Monitor Zorgverzekeringen 2019" en "Zorgthermometer: Verzekerden in beeld 2019".

betalingen toe. Dit betekent een hogere prijs van zorg en leidt tot een afname van het gebruik van zorg en dus een daling van de collectieve zorguitgaven. Het omgekeerde geldt voor het verlagen van het eigen risico naar € 285, € 220 en € 0 (varianten 1b, 1c en 1d). Hier daalt de opbrengst van eigen betalingen en neemt het zorggebruik toe.

In variant 1a neemt de gemiddelde eigen betaling per verzekerde toe met € 47 per jaar. Met 14,1 miljoen verzekerden boven de 18 leidt dat tot een opbrengst van € 659 mln. Tegelijk daalt door het remgeldeffect het gebruik van zorg bij deze maatregel met € 50 per jaar. De collectieve zorguitgaven nemen daardoor af met € 698 mln.

In de varianten 1b, 1c en 1d wordt het eigen risico verlaagd en neemt de gemiddelde eigen betaling af met respectievelijk € 45, € 80 en € 225 per verzekerde per jaar. Tegelijk nemen door afnemend remgeldeffect de zorguitgaven toe met € 50, € 86 en € 150 per verzekerde per jaar. Dat vertaalt zich naar € 702 mln., € 1.155 mln. en € 2.138 mln. extra collectieve uitgaven en € 641 mln., € 1.126 mln. en € 3.177 mln. minder opbrengsten aan eigen betalingen.

In variant 2 wordt naast de aanpassing van het verplicht eigen risico ook het vrijwillig eigen risico afgeschaft. Dit leidt tot een extra effect op de collectieve zorguitgaven. Voor de berekening daarvan hebben we aannames gedaan over verandering in het keuzegedrag van het vrijwillig eigen risico als het verplicht eigen risico verandert. Vervolgens is berekend hoe de collectieve zorguitgaven veranderen als het vrijwillig eigen risico wordt afgeschaft. Het verschil met de variant in maatregel 55 (Aanpassen vrijwillig eigen risico) is verwaarloosbaar. Het resultaat is ook hier een intensivering van afgerond € 100 mln. per jaar.

In zowel variant 1 als variant 2 kunnen de structurele beheerskosten voor zorgverzekeraars iets toenemen. Dit kan leiden tot een beperkte stijging van de premie. Naar verwachting is deze stijging echter beperkt.

Naast het verlagen of verhogen van het verplicht eigen risico kan er ook een keuze gemaakt worden over de ontwikkeling van het verplicht eigen risico over tijd. Vanaf 2022 stijgt het verplicht eigen risico weer mee met de ontwikkeling van de zorguitgaven in de Zvw over tijd.[2]

2 In Zorgkeuzes in Kaart wordt verondersteld dat het eigen risico 385 na 2021 blijft. Er zijn geen kosten gerekend voor deze bevriezing van het eigen risico. In Keuzes in Kaart worden deze kosten wel meegenomen.

Overige effecten

Bij een verlaging van het eigen risico gaan mensen meer zorg gebruiken. Inzichten uit de literatuur tonen aan dat de toename zowel waardevolle als weinig waardevolle zorg betreft.[3] Het extra gebruik van waardevolle zorg kan een positief effect hebben op de gezondheid. Bij verhoging van het eigen risico geldt het tegendeel.

Een verhoging van het verplicht eigen risico kan leiden tot hogere private uitgaven aan zorg. De premie kan daarentegen lager worden. Bij een verlaging van het verplicht of vrijwillig eigen risico geldt het omgekeerde. Het eigen risico en de nominale premie zijn communicerende vaten: als het eigen risico omlaag gaat, gaat de premie omhoog.

Overige opmerkingen

We rekenen voor het afschaffen van het vrijwillig eigen risico geen besparing op uitvoeringskosten, omdat zorgverzekeraars nog steeds uitvoeringskosten houden voor het verplicht eigen risico en deze kosten ook voor hun rekening komen.

Er is sprake van interactie-effect met bijna alle maatregelen die een aanpassing in het eigen risico of de eigen bijdrage Zvw doen. Het effect verschilt per subvariant.

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

3 Zie bijvoorbeeld: Zarek C. Brot-Goldberg, Amitabh Chandra, Benjamin R. Handel, Jonathan T. Kolstad, What does a Deductible Do? The Impact of Cost-Sharing on Health Care Prices, Quantities, and Spending Dynamics, The Quarterly Journal of Economics, Volume 132, Issue 3, August 2017, Pages 1261–1318.

55 Aanpassen vrijwillig eigen risico

In deze maatregel krijgt de verzekerde extra keuzemogelijkheden wat betreft het eigen risico. In variant 1 blijft het verplicht eigen risico zoals het is (nu € 385 en vanaf 2022 weer geïndexeerd). Het maximale vrijwillig eigen risico (nu € 500) wordt gewijzigd naar € 1000, € 2500 of € 0. In het laatste geval wordt het vrijwillig eigen risico dus afgeschaft. Er komen geen extra tussenstappen.[1]

In variant 2 kan de verzekerde het verplicht eigen risico vrijwillig verlagen. Het default verplicht eigen risico blijft € 385 (inclusief indexering) en ook blijft het mogelijkheid om het verplicht eigen risico vrijwillig te verhogen met maximaal € 500. Daarnaast komt er de mogelijkheid om het verplicht eigen risico te verlagen met € 100, € 200, € 300 of € 385. De verzekerde betaalt in ruil hiervoor een hogere premie.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Varianten 1: aanpassen maximaal vrijwillig eigen risico					
Variant 1a: € 1000 euro	Het budgettaire effect is lager dan de ondergrens.				
Variant 1b: € 2500	Het budgettaire effect is lager dan de ondergrens.				
Variant 1c: afschaffen, € 0	0	0	100	100	100
Kwalitatief effect					
Verzekerden krijgen minder keuzevrijheid; de gemiddelde premieverschillen tussen gezonden en chronisch zieken nemen af, waardoor de solidariteit kan toenemen.					
Variant 2: vrijwillig verlagen verplicht eigen risico	0	0	930	930	930
Kwalitatief effect					
Verzekerden krijgen meer keuzevrijheid; de gemiddelde premieverschillen tussen gezonden en chronisch zieken nemen toe, waardoor de solidariteit kan afnemen.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Aanpassingen van het verplicht en/of vrijwillig eigen risico vergen een wetswijziging. Het proces van een wetswijziging neemt anderhalf tot twee jaar in beslag. Ook moeten de maatregelen worden getoetst aan het Europees recht. Ter bescherming van kopers van

1 In elke variant zijn er, voor zover van toepassing, tussenstappen van € 100 tot € 500. In variant 1b kan de verzekerde bijvoorbeeld kiezen voor een vrijwillig eigen risico van: € 100, € 200, € 300, € 400, € 500 of € 2.500.

verzekeringsproducten én ter bevordering van een level playing field verbiedt de richtlijn Solvency II het om verzekeringsondernemingen te onderwerpen aan wettelijke voorschriften over acceptatie, verzekeringsdekking en premiestelling. Het verhogen of een beperkte verlaging van het verplicht eigen risico zal die toets waarschijnlijk wel doorstaan. Bij substantiële verlaging of afschaffing van het verplicht of vrijwillig eigen risico is dat minder duidelijk. Er is een draagkrachtige motivering nodig met betrekking tot de noodzakelijkheid en proportionaliteit ter bescherming van het algemeen belang.

Budgettaire effecten[2]

Variant 1 behelst wijziging van het maximale vrijwillig eigen risico. Om de budgettaire effecten te berekenen zijn cijfers nodig over de aantallen verzekerden die kiezen voor elke hoogte van het vrijwillig eigen risico, de gemiddelde premiekorting die ze kregen en de gemiddelde eigen bijdrage die verzekerden betaalden voor het vrijwillig eigen risico. Deze cijfers zijn beschikbaar voor 2019 via NZa en Vektis. Bij variant 1a en 1b, met de verhoogde maxima, blijkt het totale budgettaire effect lager dan de in ZiK gehanteerde ondergrens van € 50 mln. Het gaat namelijk om een kleine groep die relatief gezond is. Daardoor is het remgeldeffect van de varianten klein.

Variant 1c - afschaffing van het vrijwillig eigen risico - betekent voor een deel van de verzekerden een verlaging ten opzichte van het huidige eigen risico. Zij zullen meer zorg gebruiken. De collectieve zorguitgaven stijgen daardoor met € 99 mln. per jaar.[3] Verzekerden zonder vrijwillig eigen risico betalen in de huidige situatie mee aan de premiekorting voor verzekerden met een vrijwillig eigen risico. Door het afschaffen van het vrijwillig eigen risico vervalt dat.

Variant 2 betreft een vrijwillige verlaging van het verplichte eigen risico. Voor de berekening van de effecten hiervan zijn de volgende veronderstellingen gedaan:

– Het aanbieden van een verlaagd eigen risico is waarschijnlijk ongunstig voor verzekeraars. Veel verzekerden met hoge zorgkosten zullen hiervoor kiezen; ook zullen zij

2 Deze maatregelen hebben twee typen effecten: een verschuiving tussen collectieve en private uitgaven en een effect op zorggebruik. Voor wijzigingen van het verplicht eigen risico zijn beide effecten berekend met het eigenbetalingenmodel van het Centraal Planbureau. Er komt een apart document met een uitgebreide uitleg van het model. Voor afschaffing van het vrijwillig eigen risico zijn extra berekeningen gemaakt. Hiervoor is gebruik gemaakt van CPB Discussion Paper "Selectie en remgeldeffecten in de gezondheidszorg" (M. Remmerswaal, J. Boone en R. Douven, 2019). Verder zijn voor cijfers over keuzegedrag van verzekerden rapporten van de NZa en Vektis gebruikt: "NZa Monitor Zorgverzekeringen 2019" en "Zorgthermometer: Verzekerden in beeld 2019".

3 Dit bedrag is hoger dan de € 37 mln. uit het onderzoek van Remmerswaal et al. (2019) omdat dat onderzoek geldt voor de jaren 2008 t/m 2013. Door ophoging naar zorguitgaven 2021 en verandering in het keuzegedrag komt het bedrag hoger uit. Verzekerden zijn namelijk vaker een vrijwillig eigen risico gaan kiezen en vaker voor het maximum van € 500.

nog meer zorg gaan gebruiken. Tegelijk zullen ook risicomijdende verzekerden voor een lager eigen risico kiezen. Als hun zorguitgaven laag zijn, betekent dat mogelijk een bescheiden besparing voor verzekeraars. Per saldo wordt verondersteld dat zorgverzekeraars bij de maximale verlaging van het verplicht eigen risico een premie-opslag zullen vragen van € 385.
- In 2019 kozen 11,9 miljoen verzekerden niet voor een vrijwillig eigen risico. We veronderstellen dat 6 miljoen hiervan zullen kiezen voor maximale verlaging van het eigen risico. 3,4 miljoen verzekerden veranderen niet en de rest kiest voor de tussenliggende opties. Dat betekent dat ongeveer 43% van de volwassen bevolking kiest voor de maximale verlaging van het eigen risico.[4]
- Daarnaast speelt het zero-price effect een rol: mensen reageren sterker bij een prijs van € 0, als iets gratis is.[5]

Als het verplicht eigen risico van € 385 voor iedereen wordt afgeschaft, nemen de zorguitgaven nemen toe met € 2.138 mln. (zie maatregel 54 (Aanpassen of afschaffen (vrijwillig) eigen risico), variant 1d). Als door de hier besproken maatregel het verplicht eigen risico feitelijk voor ongeveer 43% van de bevolking maximaal verlaagd wordt, nemen de zorguitgaven dus toe met ongeveer 43%*€ 2.138 = € 929 mln. We veronderstellen dat de selectie-effecten (minder prijselastische personen kiezen het lagere eigen risico) opwegen tegen de extra toename van zorguitgaven voor verzekerden die het eigen risico verlagen met € 300, € 200 of € 100.

Naast het verlagen of verhogen van het verplicht eigen risico, kan er ook een keuze gemaakt worden over de ontwikkeling van het verplicht eigen risico over tijd. Vanaf 2022 stijgt het verplicht eigen risico weer mee met de ontwikkeling van de zorguitgaven in de Zvw over tijd.[6]

4 De volgende aannames zijn hieraan onderliggend. Wij veronderstellen dat 75% van de verzekerden zonder vrijwillig eigen risico die hun verplicht eigen risico vol maakt kiest voor de maximale verlaging van het eigen risico. De overige 25% verdelen we evenredig over de overige opties (een verlaging van € 300, van € 200, van € 100 en geen verlaging). Voor verzekerden zonder vrijwillig eigen risico die niet hun eigen risico vol maken is het niet financieel voordelig om hun eigen risico te verlagen. Het is echter mogelijk dat ze risicomijdend zijn. We veronderstellen dat de helft van hen niet het eigen risico verlaagt, dat 25% kiest voor de maximale verlaging van € 385 en de overige 25% verdelen we evenredig over de overgebleven opties.

5 R. Douven et al., Premium levels and demand response in health insurance: relative thinking and zero-price effects, Journal of Economic Behavior & Organization, 2019.

6 In Zorgkeuzes in Kaart wordt verondersteld dat het eigen risico € 385 na 2021 blijft. Er zijn geen kosten gerekend voor deze bevriezing van het eigen risico. In Keuzes in Kaart worden deze kosten wel meegenomen.

Overige effecten

Het zelf bepalen van de hoogte van het (vrijwillig) eigen risico biedt verzekerden meer keuzevrijheid. Verder gaan mensen bij een verlaging van het eigen risico meer zorg gebruiken. Inzichten uit de literatuur tonen aan dat de toename zowel waardevolle als weinig waardevolle zorg betreft.[7] Het extra gebruik van waardevolle zorg kan een positief effect hebben op de gezondheid. Bij verhoging van het eigen risico geldt het tegendeel.

Een verhoging van het vrijwillig eigen risico kan leiden tot hogere private uitgaven aan zorg voor mensen die zorg gebruiken. De premie kan daarentegen lager worden door een premiekorting. Bij een verlaging van het verplicht eigen risico geldt het omgekeerde. Het eigen risico en de nominale premie zijn communicerende vaten: als het eigen risico omlaag gaat, gaat de premie omhoog.

Vooral gezonde verzekerden zullen kiezen voor een hoog vrijwillig eigen risico in ruil voor een lagere premie. De gemiddelde premieverschillen tussen gezonden en chronisch zieken nemen toe, waardoor solidariteit kan afnemen.

Overig opmerkingen

Er is sprake van interactie-effect met bijna alle maatregelen die een aanpassing in de het eigen risico of eigen bijdrage Zvw doen. Welk effect verschilt per subvariant.

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

7 Zie bijvoorbeeld: Zarek C. Brot-Goldberg, Amitabh Chandra, Benjamin R. Handel, Jonathan T. Kolstad, What does a Deductible Do? The Impact of Cost-Sharing on Health Care Prices, Quantities, and Spending Dynamics, The Quarterly Journal of Economics, Volume 132, Issue 3, August 2017, Pages 1261–1318.

56 Invoeren procentueel eigen risico in de Zvw

In plaats van het verplicht eigen risico wordt er een verplicht procentueel eigen risico ingevoerd in de Zvw. Verzekerden betalen in dit systeem voortaan een percentage van hun zorgkosten zelf tot een bepaald maximum.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant 1a: 23,5%, maximale eigen betaling € 385	**0**	**500**	**500**	**500**	**500**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	970	970	970	970
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	-470	-470	-470	-470
Variant 1b: 25%, maximale eigen betaling € 385	**0**	**450**	**450**	**450**	**450**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	930	930	930	930
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	-480	-480	-480	-480
Variant 1c: 50%, maximale eigen betaling € 385	**0**	**60**	**60**	**60**	**60**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	460	460	460	460
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	-400	-400	-400	-400
Variant 1d: 75%, maximale eigen betaling € 385	**0**	**-10**	**-10**	**-10**	**-10**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	190	190	190	190
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	-200	-200	-200	-200
Variant 2a: 25%, maximale eigen betaling € 670	0	0	-1.800	-1.800	-1.800
Variant 2b: 50%, maximale eigen betaling € 480	0	0	-1.000	-1.000	-1.000
Variant 2c: 75%, maximale eigen betaling € 420	0	0	-450	-450	-450
Kwalitatief effect					
Verzekerden gaan minder zorg gebruiken, wat een negatief effect kan hebben op hun gezondheid. Daarnaast neemt de risicosolidariteit tussen ziek en gezond (vooral in varianten 2) af.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De maatregel kent twee varianten. In variant 1 blijft de maximale eigen betaling blijft gelijk aan het verplicht eigen risico van € 385. Daarbij worden vier percentages gehanteerd: 23,5%, 25%, 50% en 75%. In variant 2 wordt het maximumbedrag hoger en gekozen zodat de macro-opbrengst van de eigen betalingen gelijk blijft. Daar zijn drie percentages: 25%, met een maximale eigen betaling van € 670, 50%, met een maximale eigen betaling van € 480 en 75%, met een maximale eigen betaling van € 420.

De invoering van een procentueel eigen risico vergt wijziging van regelgeving (bij variant 1 wijziging van het besluit zorgverzekering; bij variant 2 ook wijziging van de Zvw). Daarnaast zal ook de administratie van verzekeraars moeten worden aangepast. De invoering vergt bij variant 1 één jaar en bij variant 2 twee jaar.

Budgettaire effecten[1]

Door het procentueel eigen risico maken verzekerden minder snel hun eigen risico vol en worden ze langer gestimuleerd om minder zorg te gebruiken. En meer verzekerden worden financieel gestimuleerd om minder zorg te vragen, ook verzekerden met hogere zorgkosten. In variant 1b betalen verzekerden bijvoorbeeld voor zorggebruik tot € 1.540 (€ 385 /25%) een eigen bijdrage, terwijl ze maximaal € 385 uit eigen zak betalen.

Als de maximale eigen betaling bij een procentueel eigen risico gelijk blijft aan het huidige eigen risico (zie varianten 1a-1d) dan zullen verzekerden gemiddeld minder uit eigen zak bijdragen voor zorg. In variant 2 worden eigenlijk twee maatregelen genomen: er wordt een procentueel eigen risico ingevoerd en de maximale eigen betaling ten opzichte van het huidige eigen risico wordt verhoogd. Door het verhogen van de maximale eigen betaling zullen mensen met hoge zorgkosten dan juist meer uit eigen zak bijdragen.

De invoering van een procentueel eigen risico met een maximale eigen betaling van € 385 (variant 1) leidt tot een lagere opbrengst van de eigen betalingen. Het remgeldeffect neemt echter toe, waardoor de collectieve zorguitgaven afnemen. Per saldo zijn varianten 1a-1c intensiveringen, omdat de besparing op de zorguitgaven niet opweegt tegen de lagere opbrengst van de eigen betalingen: de netto-collectieve zorguitgaven nemen toe met respectievelijk € 499, € 447 en € 62 mln. Voor variant 1d is het remgeldeffect echter iets groter dan de verandering van de opbrengst van de eigen betalingen. Deze maatregel resulteert daarom in een besparing van € 9 mln.

In variant 2 zijn de maximale eigen betalingen zo gekozen dat de verandering van de opbrengst van de eigen betalingen € 0 is (en daarom niet opgenomen in de tabel). Het remgeldeffect neemt toe door de invoering van het procentueel eigen risico en de verhoging van de maximale eigen betaling. Per saldo leidt variant 2 tot een besparing op de collectieve zorguitgaven van respectievelijk € 1.830, € 1.029 en € 449 mln. voor varianten 2a, 2b en 2c.

1 Deze maatregelen hebben grofweg twee typen effecten: een verandering in de financieringsschuif van collectieve naar private uitgaven en een effect op zorggebruik. Beide effecten zijn berekend met het eigenbetalingenmodel van het Centraal Planbureau. Zie Bijlage 6.4 voor een uitgebreide uitleg van het model en de aanpak van de berekening.

Overige effecten

Het procentueel eigen risico leidt tot een sterker remgeldeffect. Inzichten uit de literatuur tonen aan dat het gebruik van zowel waardevolle zorg als het gebruik van weinig waardevolle zorg afneemt.[2] Dit kan een negatief effect hebben op de gezondheid. Daarnaast neemt de risicosolidariteit tussen ziek en gezond (vooral in variant 2) af omdat mensen met hoge zorgkosten alsnog hun eigen risico volmaken terwijl mensen met lagere zorgkosten minder zelf betalen.

Overige opmerkingen

Deze beleidsmaatregel raakt aan beleidsopties die die de hoogte of systematiek van de eigen betalingen in de Zvw veranderen.

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

2 Zie bijvoorbeeld: Zarek C. Brot-Goldberg, Amitabh Chandra, Benjamin R. Handel, Jonathan T. Kolstad, What does a Deductible Do? The Impact of Cost-Sharing on Health Care Prices, Quantities, and Spending Dynamics, The Quarterly Journal of Economics, Volume 132, Issue 3, August 2017, Pages 1261–1318.

57 Two-tier-systeem (het Zwitserse systeem)

In plaats van het bestaande eigen risico wordt het two-tiersysteem ingevoerd. Het eigen risico wordt hierbij gerelateerd aan de hoogte van de zorguitgaven van een verzekerde.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant 1: two-tier-systeem met grens X op € 320 en grens Y op € 580	Het budgettaire effect is lager dan de ondergrens.				
Variant 2: two-tier-systeem met grens X op € 300 en grens Y op € 680	0	0	-95	-95	-95
Kwalitatief effect					
Verzekerden gaan minder zorg gebruiken, wat een negatief effect kan hebben op hun gezondheid. Daarnaast neemt de risicosolidariteit tussen ziek en gezond af.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Nu is er een vast eigen risico maar de maatregel bepleit de hoogte van het eigen risico te koppelen aan de individuele zorguitgaven. Dan gelden er drie stappen:
1. Verzekerden betalen de eerste zorgkosten tot grens X volledig uit eigen zak (100%).
2. Daarna betalen ze tot grens Y 25% van de gemaakte zorgkosten.
3. Boven grens Y worden vervolgens de zorgkosten volledig vergoed (0%).

Voor deze maatregel zijn twee varianten met verschillende grenzen van X en Y ontwikkeld:
1. Grens X is € 320 en grens Y is € 580: de verzekerde betaalt de zorg tot € 320 uit eigen zak, daarna betaalt hij 25% mee voor de zorgkosten tussen € 320 en € 580. Zorgkosten hoger dan € 580 worden volledig vergoed. De maximale eigen betaling is € 320 + 25% * (€ 580-€ 320) = € 385. De maximale eigen betaling blijft dus gelijk aan het huidige geraamde eigen risico in 2021 (€ 385).
2. Grens X is € 300 en grens Y is € 680. De macro-opbrengst van de eigen betalingen blijft hierbij gelijk. De maximale eigen betaling is € 300 + 25% * (€ 680-€ 300) = € 395.

De introductie van een two-tier-systeem vergt een wetswijziging. Daarnaast zal ook de administratie van verzekeraars moeten worden aangepast. Er is tenminste twee jaar nodig om de maatregel in te voeren.

Budgettaire effecten[1]

Door het two-tier-systeem maken verzekerden minder snel hun eigen risico vol en worden ze langer gestimuleerd om minder zorg te gebruiken. Daarnaast worden meer verzekerden financieel gestimuleerd om minder zorg te gebruiken, ook verzekerden met hogere zorgkosten. In variant 2 betalen verzekerden bijvoorbeeld tot zorgkosten van € 680 een eigen bijdrage, terwijl ze maximaal € 395 uit eigen zak betalen.

In de varianten 1 en 2 ervaren verzekerden over een groter deel van hun zorggebruik een financiële prikkel. Daarnaast is grens X bij variant 2 lager dan bij variant 1: het procentueel eigen risico (stap 2) geldt langer. Naar verwachting zal het zorggebruik daardoor afnemen. Variant 1 is een relatief kleine verandering van het eigen betalingenstelsel ten opzichte van het huidige eigen risico. Het budgettaire effect van deze variant is daardoor lager dan € 50 mln. Bij variant 2 neemt het remgeldeffect toe met € 95 mln.

Als de maximale eigen betaling bij een two-tier-systeem gelijk blijft aan het huidige eigen risico (variant 1), dan zullen verzekerden gemiddeld minder uit eigen zak bijdragen voor zorg, omdat ze minder snel de maximale eigen betaling betalen. In variant 2 worden eigenlijk twee maatregelen genomen: er wordt een two-tier-systeem ingevoerd en de maximale eigen betaling ten opzichte van het huidige eigen risico wordt verhoogd met € 10 naar € 395. De macro-opbrengst van de eigen betalingen van deze maatregel blijft gelijk, dus de gemiddelde eigen betaling blijft hetzelfde. Maar de verdeling verandert: mensen met zorgkosten tussen de € 300 en € 640[2] gaan er op vooruit terwijl mensen met meer zorgkosten dan € 640 een iets hogere eigen bijdrage zullen betalen. Hierdoor neemt de risicosolidariteit tussen zieken en gezonden af.

Verzekeraars zullen te maken krijgen met tijdelijke implementatiekosten voor onder andere ICT-aanpassingen. Mogelijk nemen de structurele beheerskosten voor zorgverzekeraars ook iets toe, wat kan leiden tot een beperkte stijging van de premie. Naar verwachting is deze stijging echter zeer klein.

1 Deze maatregelen hebben grofweg twee typen effecten: een verandering in de financieringsschuif van collectieve naar private uitgaven en een effect op zorggebruik. Beide effecten zijn berekend met het eigenbetalingenmodel van het Centraal Planbureau. Zie Bijlage 6.4 voor een uitgebreide uitleg van het model en de aanpak van de berekening.

2 Tot grens X (€ 300) verandert er niks ten opzichte van de huidige situatie: er geldt een eigen risico. Boven de € 300 betalen verzekerden 25% van de zorgkosten uit eigen zak. Een verzekerde met € 640 zorgkosten betaalt in variant b hetzelfde als in het huidige eigen risico stelsel: € 300 + 25%*(€ 640 - € 300) = € 385. Boven € 640 neemt de eigen bijdrage toe tot maximaal € 395.

Overige effecten

Inzichten uit de literatuur tonen aan dat het gebruik van zowel waardevolle zorg als het gebruik van weinig waardevolle zorg afneemt.[3] Het lagere gebruik van waardevolle zorg kan een negatief effect hebben op de gezondheid.

Overige opmerkingen

Er is een interactie-effect met alle andere voorstellen die die de hoogte of systematiek van de eigen betalingen in de Zvw veranderen.

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

3 Zie bijvoorbeeld: Zarek C. Brot-Goldberg, Amitabh Chandra, Benjamin R. Handel, Jonathan T. Kolstad, What does a Deductible Do? The Impact of Cost-Sharing on Health Care Prices, Quantities, and Spending Dynamics, The Quarterly Journal of Economics, Volume 132, Issue 3, August 2017, Pages 1261–1318.

58 Verschoven eigen risico

Er komt een verplicht verschoven eigen risico in de Zvw, in plaats van het bestaande verplicht eigen risico. In dit systeem is er geen eigen risico voor de eerste € x zorgkosten die een verzekerde maakt. Pas als de zorgkosten deze drempel overschrijden, geldt vanaf dat punt het eigen risico van € 385. Er zijn twee varianten:

A. een generiek verschoven eigen risico dat op € 300 begint;
B. een gedifferentieerd verschoven eigen risico waarbij het startpunt afhangt van het zorggebruik van een verzekerde.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: generiek verschoven eigen risico	**0**	**0**	**80**	**80**	**80**
w.v. verandering eigen betalingen	0	0	820	820	820
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	0	-740	-740	-740
Variant B: gedifferentieerd verschoven eigen risico	**0**	**0**	**20**	**180**	**180**
w.v. verandering eigen betalingen	0	0	0	930	930
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	0	0	-770	-770
w.v. uitvoeringskosten	0	0	20	20	20
Kwalitatief effect					
Verzekerden gaan minder zorg gebruiken, mogelijk negatief effect op hun gezondheid.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De maatregel vergt een wetswijziging. Door het verbod op premiedifferentiatie dragen gezonde verzekerden al bij aan betaalbare premies voor ouderen en verzekerden met een zwakke gezondheid. Een gedifferentieerd verschoven eigen risico vergroot deze overdracht van middelen van gezond naar ziek. Mogelijk past deze inmenging door de overheid in de private verzekering niet meer binnen de Europese schaderichtlijnen.

In variant A moet ook de administratie van verzekeraars worden aangepast. Invoering vergt daarom twee jaar. In variant B is het startpunt niet voor elke verzekerde hetzelfde, maar hangt dit af van de (kosten van) behandelingen waarvan modelmatig is berekend dat ze nut hebben en waardoor mensen ze vrijwel altijd kiezen. Daarnaast vergt deze variant mogelijk dat gegevens uitgewisseld kunnen worden en moet de administratie van verzekeraars verdergaand worden aangepast. Invoering van variant B kost daarom drie jaar.

Budgettaire effecten[1]

Een verschoven eigen risico kan een sterker remgeldeffect hebben omdat een groep verzekerden dan niet meer "automatisch" het eigen risico volmaakt.[2] Deze prikkel kan ook sterker worden omdat het huidige eigen risico vooral gezonde mensen met lage zorgkosten afremt, terwijl in de nieuwe situatie juist mensen met een lagere gezondheidsstatus en hogere zorgkosten worden geremd. Als zij vanwege het eigen risico besluiten af te zien van een behandeling, betreft dit vaker een duurdere behandeling.

In variant B is het startpunt niet voor elke verzekerde hetzelfde, maar gebaseerd op de gemiddelde kosten van de behandelingen waarvan modelmatig is berekend dat ze nut hebben en dat mensen ze vrijwel altijd kiezen. Gebruikmakend van het simulatiemodel voor eigen betalingen van het Centraal Planbureau[3] kan dit startpunt berekend worden per leeftijds- en geslachtsgroep.[4] Voor jongere verzekerden zal het startpunt lager liggen dan voor ouderen, omdat zij gemiddeld gezonder zijn. Op deze manier zullen verzekerden minder snel hun eigen risico vol maken.

Een verschillend startpunt per leeftijd- en geslachtsgroep kan nog steeds betekenen dat het startpunt voor sommige verzekerden in die groep te hoog of te laag ligt. Dat komt omdat het startpunt ligt op de gemiddelde zorguitgaven van die groep, terwijl de zorgkosten van verzekerden binnen een groep sterk kunnen uiteenlopen. Voor verzekerden met zeer hoge zorgkosten zal het startpunt naar verwachting te laag liggen, zodat zij alsnog elk jaar hun eigen risico volmaken.

In beide varianten wordt de kans kleiner dat een verzekerde zijn of haar eigen risico vol maakt. De gemiddelde eigen betaling per verzekerde neemt daardoor af. In variant A maken verzekerden met zorgkosten vanaf € 685 alsnog het eigen risico vol. In variant B maken alleen mensen met zeer hoge zorgkosten naar verwachting alsnog het eigen risico vol.

1 Deze maatregelen hebben grofweg twee typen effecten: een verandering in de financieringsschuif van collectieve naar private uitgaven en een effect op zorggebruik. Beide effecten zijn berekend met het eigenbetalingenmodel van het Centraal Planbureau. Er komt een apart document met een uitgebreide uitleg van het model.

2 Van Kleef, R.C., W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet (2009) Shifted deductibles for high risks: More effective in reducing moral hazard than traditional deductibles, Journal of Health Economics 28(1), pp.198-209.

3 Zie Bijlage 6.4 voor een uitgebreide uitleg van het model en de aanpak van de berekening.

4 Het bepalen van het startpunt op een gedetailleerder niveau dan per leeftijd en geslacht is niet mogelijk met dit model. Het model kan bijvoorbeeld niet per diagnose of aandoening bepalen welke zorg het meeste nut heeft en niet te vermijden is. Op leeftijds- en geslachtsniveau kan het model echter wel nuttige en minder nuttige zorg van elkaar scheiden, en daarom het startpunt bepalen.

In variant A start het eigen risico op € 300. Daardoor neemt het remgeldeffect toe met € 740 mln. per jaar en daalt de opbrengst van de eigen betalingen met € 820 mln. Per saldo betekent dit een intensivering van € 80 mln. per jaar. In variant B neemt het remgeldeffect toe met € 770 mln. en neemt de opbrengst van de eigen betalingen af met € 930 mln. per jaar.

Verzekeraars maken transitiekosten voor onder andere ICT-aanpassingen. Mogelijk nemen hun structurele beheerskosten ook iets toe, wat kan leiden tot een beperkte stijging van de premie. Naar verwachting zijn beide kostenposten beperkt, waardoor deze niet gekwantificeerd zijn. In variant B ontstaan er ook uitvoeringskosten. De hoogte ervan hangt af van de complexiteit van de regeling. Als het startpunt mede wordt bepaald op basis van zorgkosten in het verleden, moet daarover informatie worden uitgewisseld. Dit vergt waarschijnlijk extra werk voor het Zorginstituut. Het schatten van de startpunten en de communicatie hierover leiden tot € 20 mln. extra uitvoeringskosten per jaar. Per saldo betekent variant B een intensivering van € 180 mln. per jaar.

Overige effecten

Het verschoven eigen risico leidt tot een sterker remgeldeffect. Inzichten uit de literatuur tonen aan dat het gebruik van zowel waardevolle zorg als het gebruik van weinig waardevolle zorg afneemt.[5] Dit kan een negatief effect hebben op de gezondheid.

De maatregel, met name variant B, kan lastig uitlegbaar zijn voor verzekerden. Relevant daarbij is dat als het model ook wordt gebaseerd op data over zorggebruik, die informatie met vertraging beschikbaar komt. Dat betekent dat de grenzen van het eigen risico niet bepaald worden op basis van recent zorggebruik.

Overige opmerkingen

Deze beleidsoptie raakt aan andere beleidsopties die de hoogte of systematiek van de eigen betalingen in de Zvw veranderen.

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

5 Zie bijvoorbeeld: Zarek C. Brot-Goldberg, Amitabh Chandra, Benjamin R. Handel, Jonathan T. Kolstad, What does a Deductible Do? The Impact of Cost-Sharing on Health Care Prices, Quantities, and Spending Dynamics, The Quarterly Journal of Economics, Volume 132, Issue 3, August 2017, Pages 1261–1318.

59 Inkomensafhankelijk eigen risico

Voor het eigen risico worden drie verschillende niveaus ingevoerd (€ 100, € 385 en € 800), afhankelijk van het individuele inkomen. De maatregel is budgettair neutraal ten opzichte van het basispad (exclusief gedragseffect, transitiekosten en administratieve lasten).

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**0**	**50**	**50**	**-55**
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	0	0	0	-120
w.v. administratiekosten	0	0	0	0	65
w.v. transitiekosten	0	0	50	50	0
Kwalitatief effect					
De maatregel werkt nivellerend.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De maatregel betreft invoering van een inkomensafhankelijk eigen risico. Voor inkomens tussen € 15.000 en € 30.000 blijft het eigen risico € 385. Voor lagere inkomens wordt het verlaagd naar € 100 en voor hogere inkomens wordt het € 800. De bedragen zijn zo gekozen dat de opbrengst van de eigen betalingen gelijk blijft.

Het invoeren van een inkomensafhankelijk eigen risico vergt een wetswijziging. Ook moet de administratie van zorgverzekeraars worden aangepast. Daarnaast kan de overdracht van inkomens- en vermogensgegevens aan de zorgverzekeraars in strijd zijn met de bescherming van de privacy. Een mogelijk alternatief is dat een derde (publieke) partij, zoals het CAK, mensen op basis van inkomensgegevens in de drie klassen indeelt en alleen deze klassen doorgeeft aan de verzekeraars. De invoering van deze maatregel zal vier jaar in beslag nemen.

Een van de aandachtspunten die bleek in de IBO-toeslagen[1] is de behandeling van fluctuerende inkomsten. Als wordt uitgegaan van het gerealiseerde inkomen, kunnen personen waarvan het inkomen daalt in een te hoge klasse uitkomen. Een hardheidsbeleid om dit te ondervangen is heel complex in de uitvoering. Werken met een geschat actueel inkomen (zoals bij de toeslagen) leidt weer tot andere problemen.

1 IBO Toeslagen Deelonderzoek 1, Eenvoud of maatwerk.

Budgettaire effecten

Het eigen risico voor personen met een laag inkomen wordt € 285 lager. Zij zullen daardoor sneller hun eigen risico volmaken en minder geprikkeld worden om hun zorgconsumptie te beperken. Voor mensen met een hoog inkomen neemt het eigen risico toe met € 415. Zij zullen meer geprikkeld worden om hun zorggebruik te beperken. Volgens het eigenbetalingenmodel van het CPB is de toename van het remgeldeffect door verhoging naar € 800 groter dan de afname van het remgeldeffect door de verlaging naar € 100.

Inzichten uit de economische literatuur suggereren dat mensen met een lager inkomen sterker reageren op een prijsverandering dan mensen met een hoog inkomen. We veronderstellen daarom dat mensen met een laag inkomen 10% prijsgevoeliger zijn dan gemiddeld en dat mensen met een hoog inkomen 10% minder prijsgevoelig zijn dan gemiddeld. Het verschil in remgeldeffect neemt daardoor af naar € 26 per verzekerde. Als we dat bedrag vermenigvuldigen met het aantal verzekerden in 2021 in de groepen, levert dit een netto remgeldeffect op van € 122 mln.

Mogelijk nemen de structurele beheerskosten voor zorgverzekeraars iets toe, wat kan leiden tot een beperkte stijging van de premie. Naar verwachting is deze stijging beperkt en daarom niet gekwantificeerd. Naast de extra administratiekosten bij verzekeraars zijn er ook beheerskosten voor CAK en belastingdienst. Die worden ingeschat op € 65 mln. structureel.

Ten slotte is er sprake van transitiekosten bij het invoeren van een inkomensafhankelijk eigen risico. Deze kosten bedragen jaarlijks € 50 mln. gedurende twee jaar.

Overige effecten

Personen met lage inkomens gaan afhankelijk van hun zorgconsumptie tussen de € 0 en € 285 minder betalen, terwijl personen met een hoog inkomen juist meer gaan betalen (tussen de € 0 en € 415). Dit geeft een nivellerend effect. Nadeel is dat de marginale druk stijgt.

Overige opmerkingen

Er is sprake van interactie-effect met bijna alle maatregelen die het eigen risico of de eigen bijdrage Zvw aanpassen.

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

60 Herintroduceren van de verplichte no-claimkorting

Het verplicht eigen risico wordt afgeschaft en vervangen door een verplichte no-claimkorting. Verzekerden betalen dus vooraf een hogere premie en krijgen achteraf geld terug als hun zorgkosten lager zijn dan de maximale no-claim. Voor de hoogte wordt aangesloten op het eigen risico (€ 385). Het vrijwillig eigen risico, boven op de no-claimkorting, blijft bestaan.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**0**	**800**	**800**	**800**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	0	-55	-55	-55
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	0	860	860	860
Kwalitatief effect					
Verzekerden gaan meer zorg gebruiken, met mogelijk positief effect op de gezondheid, vooral bij lage inkomens.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Het herintroduceren van een verplichte no-claimkorting vergt een wetswijziging. Ook moeten de administratieve systemen van zorgverzekeraars worden aangepast. De premie wordt verhoogd en verzekerden met lage zorgkosten krijgen in jaar t+1 een no-claimkorting terug. Er is twee jaar nodig om de maatregel in te voeren.

Budgettaire effecten

Het remgeldeffect van een no-claimkorting is lager dan dat van een verplicht eigen risico. Hiervoor zijn drie verklaringen. Ten eerste is er het verschil in timing: bij het eigen risico zit de financiële prikkel gemiddeld dichter op het moment van zorgconsumptie, zodat de patiënt dit directer in de portemonnee voelt. Ten tweede vinden mensen verlies erger dan winst. Een eigen risico kan ervaren worden als een 'verlies', terwijl een no-claim meer het karakter van een 'beloning' heeft. Ten slotte kan acuut geldtekort er bij een eigen risico toe leiden dat mensen afzien van een behandeling. Bij het no-claimsysteem bestaat die rem niet, omdat mensen via de premie al hebben bijgedragen. Zij hoeven achteraf geen betaling meer te doen.

Volgens Remmerswaal et al. (2019)[1] is het remgeldeffect van een no-claimkorting 40% lager dan het remgeldeffect van een eigen risico. Bij een verplicht eigen risico van € 385 is het remgeldeffect € 2.138 mln. (zie maatregel 54 variant 1d). De afname van het remgeldeffect door de invoering van de no-claim bedraagt dus € 855 mln.

Tegelijk neemt door deze maatregel de gemiddelde eigen betaling per verzekerde met € 4 toe, omdat er meer zorg wordt gebruikt. Per saldo gaat het om een bedrag van € 55 mln.

Overige effecten

Inzichten uit de literatuur tonen aan dat bij een afname van het remgeldeffect het gebruik van zowel waardevolle als minder waardevolle zorg toeneemt.[2] Dit kan een positief effect hebben op de gezondheid. In het huidige systeem moeten sommige verzekerden mogelijk afzien van waardevolle zorg, omdat zij het eigen risico niet kunnen betalen. De no-claimkorting kan voor deze verzekerden een verbetering zijn, omdat ze de no-claim al via de premie hebben betaald en op het moment van zorggebruik geen financiële beperking ervaren.

Verzekeraars zullen te maken krijgen met transitiekosten voor onder andere ICT-aanpassingen. Mogelijk nemen ook de structurele beheerskosten voor zorgverzekeraars iets toe, wat kan leiden tot een stijging van de premie. Naar verwachting zijn beide kostenposten beperkt, waardoor deze niet gekwantificeerd zijn.

Overige opmerkingen

Er is sprake van interactie-effect met bijna alle maatregelen die een aanpassing in het eigen risico of de eigen bijdrage Zvw doen.

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

1 Zie: Remmerswaal, M., J. Boone, M. Bijlsma, and R. Douven (2019). Cost-sharing design matters: a comparison of the rebate and deductible in healthcare, Journal of Public Economics 170, pp. 83-97.

2 Zie bijvoorbeeld: Zarek C. Brot-Goldberg, Amitabh Chandra, Benjamin R. Handel, Jonathan T. Kolstad, What does a Deductible Do? The Impact of Cost-Sharing on Health Care Prices, Quantities, and Spending Dynamics, The Quarterly Journal of Economics, Volume 132, Issue 3, August 2017, Pages 1261–1318.

61 Vaste eigen bijdrage per dbc

De werking van het eigen risico wordt aangepast voor de zorg die met diagnose-behandelingscombinaties (dbc's) wordt bekostigd en wordt vervangen door een systeem van vaste maximale eigen bijdragen per dbc. Er zijn acht verschillende varianten. In de meeste varianten zijn de tarieven zo gekozen dat de verzekerde na drie of vier dbc's het verplicht eigen risico (bijna) heeft opgebruikt. In één variant (1b) met een verhoogd verplicht eigen risico zijn zes dbc's nodig om het maximum te bereiken.

Een patiënt heeft niet gelijk zijn hele eigen risico opgemaakt na één behandeling. De remmende werking van een eigen betaling blijft dus langer in stand. De eigen bijdragen gelden vanaf 18 jaar. Voor alle overige zorg (zoals eerstelijnszorg, farmaceutische zorg en hulpmiddelen) blijft de huidige systematiek bestaan, met de bestaande eigen bijdragen en uitzonderingen daarop.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant 1a: € 150 per dbc met verplicht eigen risico van € 385	**0**	**0**	**-50**	**-50**	**-50**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	0	140	140	140
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	0	-200	-200	-200
Variant 1b: € 150 per dbc met verplicht eigen risico van € 885	**0**	**0**	**-4.500**	**-4.500**	**-4.500**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	0	-1.600	-1.600	-1.600
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	0	-2.800	-2.800	-2.800
Variant 1c: € 150 per dbc met maximum van € 405	Het budgettaire effect is lager dan de ondergrens.				
Variant 2: € 90 per dbc met maximum van 4 trajecten (€ 360)	**0**	**0**	**80**	**80**	**80**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	0	270	270	270
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	0	-200	-200	-200
Variant 3: € 120 per dbc met maximum van 3 trajecten (€ 360)	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	0	200	200	200
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	0	-200	-200	-200

Variant 4: € 140 voor 1e dbc, € 100 voor 2e dbc, € 80 voor 3e dbc en € 60 voor 4e dbc	**0**	**0**	**-20**	**-20**	**-20**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	0	180	180	180
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	0	-200	-200	-200
Variant 5: € 120 per zorgtraject met maximum van 3 trajecten (€ 360) (a)	**0**	**0**	**50**	**50**	**50**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	0	240	240	240
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	0	-200	-200	-200
Variant 6: € 120 per specialismen met maximum van 3 specialismen (€ 360)	**0**	**0**	**70**	**70**	**70**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	0	260	260	260
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	0	-200	-200	-200
Kwalitatief effect					
Verzekerden gaan minder zorg gebruiken, met mogelijk negatief effect op hun gezondheid. Het systeem van eigen betalingen wordt complexer en moeilijker voor verzekerden te begrijpen.					

(a) Een zorgtraject kan bestaan uit meerdere dbc's en beslaat de gehele duur van de behandeling. Bij een dbc geldt een maximum van 120 dagen.

Uitvoering & Haalbaarheid

De zorg die met diagnose-behandelingscombinaties (dbc's) wordt bekostigd, betreft de medisch specialistische zorg en de gespecialiseerde ggz in de Zvw. De kosten in deze typen zorg zijn zodanig dat bij behandeling het verplicht eigen risico al snel opgemaakt wordt. Bij de hier behandelde maatregel gaat een beperkte eigen bijdrage per dbc (of combinatie van dbc's) gelden, zodat het verplicht eigen risico minder snel opgemaakt wordt. De eigen bijdrage per dbc is een maximum: is de prijs die de verzekeraar betaalt lager, dan geldt dat lagere bedrag.

In de varianten 1a en 2 t/m 6 blijft het verplicht eigen risico € 385. Alleen in variant 1b en 1c is sprake van een hoger verplicht eigen risico, van € 885 en € 405. Dit laatste bedrag is zo gekozen dat de macro-opbrengst van het eigen risico gelijk blijft.[1] Twee voorbeelden bij variant 2 kunnen de systematiek illustreren:

– Als een verzekerde al € 350 aan eigen bijdrage betaald heeft aan niet-dbc-zorg en deze verzekerde heeft ook nog 1 dbc aan medisch specialistische zorg, dan kan er voor de eigen bijdrage van de dbc niet meer dan € 35 gerekend worden. Het verplichte (overkoepelende) eigen risico blijft namelijk € 385.

1 Het Zorginstituut kon de nieuwe hoogte van het eigen risico niet berekenen. Dit bedrag is een benadering, waarbij is gekeken welke verhoging nodig is om te compenseren voor de derving van variant 1a (€ 123 mln.).

– Als het eigen risico dat betaald wordt voor niet-dbc-zorg € 250 is en de verzekerde heeft ook nog 1 dbc aan medisch specialistische zorg, dan is de eigen bijdrage € 90, namelijk het maximumbedrag per dbc.

De maatregel vergt een wetswijziging. Ook moeten administratieve systemen worden aangepast. Dat neemt twee jaar in beslag. De eigen bijdrage mag niet hoger zijn dan wat het ziekenhuis of de ggz-instelling bij de verzekeraar declareert voor de dbc. Daarom is gekozen voor de eigen bijdrage als maximum, waarbij de cliënt nooit meer betaalt dan de verzekeraar.

Budgettaire effecten

Het Zorginstituut heeft de verandering van de opbrengst van eigen betalingen voor de verschillende varianten berekend. Daarbij is gebruik gemaakt van declaratiedata uit 2017. Deze bevatten onder andere de zorguitgaven en het aantal dbc's per persoon. Steeds is per persoon berekend hoeveel ze in de huidige en in de nieuwe situatie zelf zouden betalen. De bedragen zijn vervolgens opgeteld voor de hele bevolking en opgehoogd met de groei van prijzen en volume in 2021. Bij de meeste varianten (behalve 1b) daalt de opbrengt van het eigen risico. Hierdoor nemen de zorguitgaven toe met € 140, € 270, € 200, € 180, € 240 en € 260 mln. voor varianten 1a, 2, 3, 4, 5 en 6 respectievelijk. Mensen die maar incidenteel gebruik maken van ziekenhuiszorg of gespecialiseerde ggz, betalen minder dan in de huidige situatie. Dat betekent dat de collectief gefinancierde zorguitgaven toenemen. In variant 1b stijgt de maximale eigen betaling en hierdoor ook de opbrengst van eigen betalingen, met € 1.600 mln.

Voor de (berekening van de) gedragseffecten geldt het volgende:
– De maatregel lijkt deels op een procentueel eigen risico (zie maatregel 56 (Invoeren procentueel eigen risico in de Zvw)). Vergeleken met het huidige systeem zullen verzekerden immers vaker een financiële prikkel ervaren, omdat ze minder snel hun eigen risico volmaken. Anders dan bij een procentueel eigen risico geldt de gepaste betaling in deze maatregel alleen de msz en ggz; verzekerden zullen dus vaak hun eigen risico alsnog vol maken met andere zorg. Hierdoor zwakt de prikkelende werking af.
– Vanwege een gebrek aan Nederlands onderzoek naar gepaste eigen betalingen, en de kleine verschillen tussen de varianten, veronderstellen we voor alle varianten (behalve 1b en 1c) hetzelfde gedragseffect of remgeldeffect. Daarbij nemen we aan dat de eigen

bijdrage gemiddeld 25% van de zorgkosten bedraagt[2] en dat de maatregel daardoor overeenkomt met een procentueel eigen risico van 25%. Volgens maatregel 56 nemen de zorguitgaven dan toe met € 480 mln. per jaar. Omdat de eigen betaling geldt voor een kleinere grondslag, is het gedragseffect hier ook kleiner. De zorguitgaven van msz en ggz voor verzekerden ouder dan 18 jaar vormen 55% van de totale Zvw-kosten voor deze populatie. Het gedragseffect bedraagt dan 55%*€ 480 mln. = € 260 mln. Zoals gezegd zwakt dit effect nog extra af omdat het eigen risico wordt gevuld met andere zorg. We gaan uit van een afname met een kwart, tot 75%*€ 260 mln. = € 195 mln.

– Variant 1b bevat een verhoging van het verplicht eigen risico. Eerst is het gedragseffect van deze verhoging tot € 885 berekend en daarna het effect van een procentueel eigen risico van 25% met een maximale eigen betaling van € 885 voor de gehele Zvw.[3]
  Het gedragseffect van deze maatregelen is respectievelijk € 3.143 mln. en € 2.574 mln. Het effect van maatregel 1b zit tussen deze bedragen in en komt afgerond uit op € 2.800 mln.
– In maatregel 1c blijft de macro-opbrengst van het eigen risico gelijk. Daardoor is het totale budgettaire effect lager dan de – in ZiK gehanteerde - ondergrens van € 50 mln.

Verzekeraars zullen te maken krijgen met transitiekosten voor onder andere ICT-aanpassingen. Mogelijk nemen ook de structurele beheerskosten voor zorgverzekeraars iets toe, wat kan leiden tot een stijging van de premie. Naar verwachting zijn beide kostenposten beperkt, waardoor deze niet gekwantificeerd zijn.

2 Het Zorginstituut heeft de gemiddelde kosten berekend per dbc (varianten 1 t/m 4), per zorgtraject (variant 5) en per specialisme (variant 6). Een beperking is dat het alleen mogelijk was deze kosten te berekenen voor verzekerden die niet alsnog hun eigen risico vol zouden maken met msz of ggz. Daarnaast was het niet mogelijk rekening te houden met het moment van declareren van de dbc's of de overige zorg. Het Zorginstituut heeft daarom steeds eerst gekeken naar de duurste dbc. Op basis van deze gemiddelde kosten is berekend welk aandeel de eigen bijdrage neemt in de totale kosten van een dbc. De eerste dbc in variant 1 kost gemiddeld € 565. Het percentage is dan: € 150/€ 565 = 27%. Dit percentage loopt op voor de volgende, minder dure dbc's. Vanwege de kleine verschillen tussen de varianten, de beperkingen van de berekening en de onzekerheid rekenen we veiligheidshalve met 25%.

3 Hiervoor is gebruik gemaakt van het eigenbetalingenmodel van het Centraal Planbureau. Het model is alleen geschikt om de effecten van eigen betalingen op de gehele Zvw door te rekenen en daarom niet direct inzetbaar voor deze maatregel 61 (Vaste eigen bijdrage per dbc). Zie Bijlage 6.4 voor een uitgebreide uitleg van het model en de aanpak van de berekening.

Overige effecten

Alle maatregelen leiden tot een sterker remgeldeffect. Inzichten uit de literatuur tonen aan dat bij eigen betalingen het gebruik van zowel waardevolle zorg als het gebruik van minder waardevolle zorg afneemt. [4] Dit kan een negatief effect hebben op de gezondheid.

Daarbij komt dat door de maatregel het eigen risicosysteem complexer wordt, omdat er twee verschillende systemen tegelijk gaan gelden en de gepaste eigen bijdrage niet geldt voor alle vormen van zorg. Het is de vraag in hoeverre dit uitlegbaar is aan verzekerden.

De (financiële) gevolgen zijn verschillend per persoon. Deze maatregel verandert niets voor mensen die het eigen risico al vol maken aan andere zorg dan ggz of msz. Verzekerden met enkele dbc's (afhankelijk van de variant) in de ggz en/of msz gaan een lagere eigen bijdrage betalen, tenzij ze alsnog het eigen risico vol maken met andere zorgkosten. De risicosolidariteit tussen zieken en gezonden neemt toe. Dit effect is echter beperkt omdat mensen met veel dbc's alsnog hun eigen risico volmaken terwijl mensen met minder dbc's ook minder zelf gaan betalen. Als het maximale eigen risico wordt verhoogd (variant 1b), gaan mensen die veel zorg gebruiken meer betalen. Hierdoor neemt de risicosolidariteit af.

Overig opmerkingen

De andere variant van gepaste eigen betalingen is de variant met een procentueel eigen risico van 23,5%. Deze is overgeheveld naar maatregel 56.

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

4 Zie bijvoorbeeld: Zarek C. Brot-Goldberg, Amitabh Chandra, Benjamin R. Handel, Jonathan T. Kolstad, What does a Deductible Do? The Impact of Cost-Sharing on Health Care Prices, Quantities, and Spending Dynamics, The Quarterly Journal of Economics, Volume 132, Issue 3, August 2017, Pages 1261–1318.

62 Gepaste eigen betalingen

De hoogte van de eigen betaling ten laste van het eigen risico wordt effect-afhankelijk:
A. Bij geneesmiddelen: afhankelijk van de ziektelast (hogere ziektelast = lagere betaling).
B. Bij behandelingen: afhankelijk van doelmatigheid dbc (hoge doelmatigheid = lagere betaling).

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: bijdrage geneesmiddelen	**110**	**110**	**30**	**30**	**PM+30**
w.v. capaciteitsuitbreiding ZiNL	30	30	30	30	30
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	0	0	0	PM
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	0	0	0	PM
w.v. transitiekosten	80	80	0	0	0
Variant B: bijdrage behandelingen (dbc's)	**110**	**110**	**30**	**30**	**PM+30**
w.v. capaciteitsuitbreiding ZiNL	30	30	30	30	30
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	0	0	0	PM
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	0	0	0	PM
w.v. transitiekosten	80	80	0	0	0
Kwalitatief effect					
Sterkere solidariteit bij aandoeningen met een hoge ziektelast en/of kosteneffectieve dbc's; risico dat zorgverleners de ziektelast onnodig hoog vaststellen; gevaar van risicoselectie op de verzekeringsmarkt.					

Uitvoering en haalbaarheid

Voor beide maatregelen hebben zorgverzekeraars inzicht nodig in medische persoonsgegevens. Dit vergt een wetswijziging, die alleen mogelijk is met een draagkrachtige motivering van de proportionaliteit van de inbreuk op de privacy ten opzichte van de beoogde doelen. Daarnaast is een wijziging van het Besluit zorgverzekering nodig die bepaalt welk deel van de kosten van geneesmiddelen en dbc's ten laste worden gebracht van het verplicht eigen risico.

De uitvoering van variant A is lastig, omdat voor veel aandoeningen momenteel nog geen ziektelast is vastgesteld. Daarnaast ontbreken veelal gegevens om de ziektelast te

berekenen.[1] Om de maatregel toe te passen is dus nog veel aanvullend onderzoek nodig. Ook is het de vraag of voor alle aandoeningen de ziektelast kan worden berekend. Onderzoek naar ziektelasten en opschaling van de capaciteit van ZIN kan tien tot twintig jaar kan duren.

Verder wordt ziektelast gedefinieerd per aandoening en niet per geneesmiddel. Geneesmiddelen kunnen voor verschillende aandoeningen worden ingezet en in verschillende ziektestadia. In België bestaat nu wel een indeling in groepen geneesmiddelen: een categorie noodzakelijke middelen voor levensbedreigende aandoeningen (met 0% eigen bijdrage) en een categorie voor minder effectieve aandoeningen (waar wel een eigen bijdrage voor geldt). Het is echter niet duidelijk hoe ermee rekening wordt gehouden dat een geneesmiddel voor meerdere aandoeningen gebruikt kan worden – zodat er ook sprake kan zijn van een verschillende ziektelast.

Bovendien verdwijnen essentiële nuances bij een getal voor de ziektelast. Dit is bezwaarlijk bij bijvoorbeeld: 1) heterogeniteit van een patiëntengroep, 2) episodisch (aanvalsgewijs) verloop van de ziekte en 3) ziekten met een progressief verloop.

Voor variant B is ook de noodzakelijke informatie over kosteneffectiviteit van behandelingen veelal niet beschikbaar. De bewezen effectiviteit van de medisch-specialistische zorg is circa 50 procent. Inspanningen en kosten voor onderzoek naar de kosteneffectiviteit van het resterende deel zijn aanzienlijk. Eerste resultaten en besparingen zijn daarom na tientallen jaren te verwachten.

Budgettaire effecten

Vanwege de vele onzekerheden in de operationalisering van deze maatregel is het niet mogelijk de budgettaire effecten te kwantificeren. Wel is duidelijk dat er fors meer capaciteit nodig is bij ZiNL, hetgeen structureel € 30 mln. per jaar kost (dit is een inschatting; zie ook maatregel **108** (Versterking toetsing (kosten)effectiviteit basispakket)). Verder nemen na invoering het remgeldeffect en het gebruik van gepaste en doelmatige zorg mogelijk toe, hetgeen resulteert in een daling van de zorguitgaven en eigen betalingen.

Beide varianten vergroten het kostenbewustzijn van chronisch zieken met een aandoening met een hoge ziektelast. Zij maken bijvoorbeeld niet direct hun eigen risico op na één behandeling. De administratieve lasten nemen toe, omdat er veel geregistreerd moet worden. Ook brengt de maatregel transitiekosten met zich mee. De transitiekosten voor beide varianten bedragen jaarlijks € 80 mln. gedurende twee jaar.

1 Zie bijvoorbeeld College voor Zorgverzekeringen. 2012. Uitvoeringstoets lage-ziektelastbenadering.

Overige effecten

Variant A versterkt de risicosolidariteit voor geneesmiddelen bij aandoeningen met een hoge ziektelast. Kostenbewustzijn wordt alleen verlangd bij aandoeningen met een lage ziektelast.

Variant B stimuleert op dezelfde wijze het gebruik van de meest passende en doelmatige zorg. De solidariteit voor kosteneffectieve dbc's neemt toe, terwijl die voor minder kosteneffectieve dbc's afneemt.

Het risico bestaat dat zorgverleners de ziektelast hoger vaststellen, zodat een verzekerde een lagere eigen betaling verschuldigd is voor geneesmiddelen (upcoding). Daarnaast kan de maatregel preventie ontmoedigen. Bij activiteiten gelinkt aan preventie is vaak (nog) geen sprake van een ziektelast, dus zou de eigen bijdrage hoger zijn.

Tot slot kan er ongewenste risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt ontstaan, indien zorgverzekeraars inzicht krijgen in de aandoeningen van mensen. Verzekeraars kunnen op basis van dit inzicht bepalen welke verzekerden (financieel) aantrekkelijk zijn en zich vervolgens voornamelijk op deze verzekerden richten.

Overige opmerkingen

Bij deze maatregel blijft er een overkoepelend maximaal eigen risico bestaan, waar de kosten per geneesmiddel en dbc deels voor meetellen. Voor andere zorgvormen (zoals eerstelijnszorg en hulpmiddelen) blijft de systematiek ongewijzigd. Het verplicht eigen risico geldt niet voor kinderen (jonger dan 18 jaar). Ook de eigen bijdrage voor geneesmiddelen met kosten boven de vergoedingslimiet (met een tijdelijk maximum van € 250 per patiënt per jaar) blijft bestaan.

Een maatregel met vaste eigen bijdragen per dbc is uitgewerkt in maatregel **61** (Vaste eigen bijdrage per dbc). Er is ook interactie met andere maatregelen rond het eigen risico, zoals maatregel **54** (Aanpassen of afschaffen (vrijwillig) eigen risico), **55** (Aanpassen vrijwillig eigen risico), **59** (Inkomensafhankelijk eigen risico) en **60** (Herintroduceren van de verplichte no-claimkorting), inzake verkleining van het basispakket op basis van ziektelast of een QALY-norm (**108** (Versterking toetsing (kosten)effectiviteit basispakket)), en gepast gebruik (**109** (Gepast gebruik en zinnige zorg)).

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

63 Huisartsenzorg onder het eigen risico

De aanspraak op huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg wordt onder het eigen risico geplaatst. Dit geldt zowel voor algemene huisartsenzorg als huisartsenposten. Het inschrijftarief voor een huisarts wordt niet onder het eigen risico geplaatst.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**-810**	**-810**	**-810**	**-810**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	-530	-530	-530	-530
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	-280	-280	-280	-280
Kwalitatief effect					
Verzekerden gaan minder zorg gebruiken, wat een negatief effect kan hebben op hun gezondheid.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Via een wijziging van het besluit Zorgverzekering moet worden geregeld dat huisartsenzorg onder het eigen risico valt.

Budgettaire effecten

Door deze maatregel gaan personen ook voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg een eigen bijdrage betalen. Hierdoor vindt er een verschuiving plaats van collectieve financiering naar het eigen risico.[1] Dit leidt naar verwachting tot een directe extra opbrengst van € 530 mln. per jaar.

Naar verwachting zullen mensen minder vaak (of later) naar de huisarts gaan. Het budgettaire effect wordt bepaald door de prijselasticiteit van de vraag naar huisartsenzorg. Volgens Van Vliet[2] is deze ongeveer drie keer zo groot als de gemiddelde prijselasticiteit voor alle zorg onder het eigen risico. Dit gedragseffect is bekend en bedraagt € 2,2 mld. op een

1 De omvang hiervan is geschat in het eigenrisicoramingsmodel van VWS.
2 Vliet, R.C. J.A. van, (2004). Deductibles and health care expenditures: empirical estimates on price sensitivity on administrative data. International Journal of Health Care Finance and Economics 4 (4): 81-94.

grondslag van € 48,3 mld. De totale kosten aan huisartsenzorg zijn € 2,4 mld.[3] De helft hiervan bestaat uit reguliere consulten en diensten. De andere helft omvat multidisciplinaire zorg, resultaatbeloning en zorgvernieuwing.[4]

De kostendaling van de reguliere huisartsenzorg wordt dan: 3*(€ 2,2 mld. /€ 48,3 mld.) *50%*€ 2,4 mld. = € 150 mln. Voor de overige huisartsenzorg geldt een gemiddelde prijselasticiteit; hier komt de kostendaling op 1*(€ 2,2 mld. /€ 48,3 mld.)*50%*€ 2,4 mld. = € 50 mln. Daarnaast zal het aantal verwijzingen naar de tweede lijn afnemen. Het besparende effect hiervan wordt geraamd op € 150 mln.

Omdat sommige personen door de financiële prikkel te laat naar de huisarts zullen gaan en daardoor langer of erger ziek worden, veronderstellen we als neveneffect een toename van de zorguitgaven van € 75 mln. Per saldo nemen de zorguitgaven af met (€ 150+€ 50+€ 150-€ 75=) € 275 mln.

Overige effecten

De maatregel leidt tot een sterker remgeldeffect. Inzichten uit de literatuur tonen aan dat ook het gebruik van waardevolle zorg afneemt.[5] Dit kan een negatief effect hebben op de gezondheid.

Overige opmerkingen

Deze beleidsoptie raakt aan beleidsopties die de hoogte of systematiek van de eigen betalingen in de Zvw veranderen.

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

3 De omvang hiervan is geschat in het eigen risico-ramingsmodel van VWS.
4 ZIN-rapportage Q4.
5 Zie bijvoorbeeld: Zarek C. Brot-Goldberg, Amitabh Chandra, Benjamin R. Handel, Jonathan T. Kolstad, What does a Deductible Do? The Impact of Cost-Sharing on Health Care Prices, Quantities, and Spending Dynamics, The Quarterly Journal of Economics, Volume 132, Issue 3, August 2017, Pages 1261–1318.

64 Invoeren eigen bijdrage voor bezoek aan de huisartsenpost

Iedere volwassene moet voor (a) elk bezoek, of (b) elk bezoek zonder verwijzing, aan de huisartsenpost (HAP) een eigen bijdrage van 25% van de zorgkosten gaan betalen.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: alle volwassenen	**0**	**-95**	**-95**	**-95**	**-95**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	-40	-40	-40	-40
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect en substitie)	0	-55	-55	-55	-55
Variant B: alleen zelfverwijzers	Het budgettaire effect is lager dan de ondergrens.				
Kwalitatief effect					
Mogelijk zorgmijding of onnodig beroep op SEH					

Uitvoering en haalbaarheid

Omwille van de toegankelijkheid van de zorg geldt er in het huidige stelsel geen eigen risico of eigen bijdrage voor de huisartsenzorg, inclusief de huisartsenpost (HAP). De laatste is bedoeld voor acute huisartsenzorg in de avond, nacht- en weekenduren. Om de urgentie van de zorgvraag te bepalen vindt voorafgaand aan het bezoek aan de HAP een telefonische triage plaats. Sommige mensen (zelfverwijzers) gaan echter zonder verwijzing en om praktische redenen in de avond-, nacht en weekenduren naar de huisartsenpost voor niet-acute zorg in plaats van naar de huisarts overdag. Dit verhoogt de druk op de HAP en maakt deze minder toegankelijk voor gevallen waar echt acute zorg nodig is.

Met de invoering van een eigen bijdrage voor bezoek aan de huisartsenpost wordt oneigenlijk gebruik van deze voorziening ontmoedigd. Deze eigen bijdrage van 25% kan ingevoerd worden met een wijziging van het Besluit Zorgverzekering. Dit kost naar verwachting een jaar.

Budgettaire effecten

Een bezoek aan de HAP is voor de zorgverzekeraar (en premiebetaler) duurder dan een bezoek aan de eigen huisarts. De HAP deed ongeveer 2 miljoen consulten in de huisartsenpost en 350.000 thuisbezoeken in 2018. Uit onderzoek van het Nivel blijkt dat in 2017 27% van de bezoekers aan de HAP jonger was dan 18 jaar. De huisvisites betreffen daarentegen vooral ouderen. Hier veronderstellen we daarom dat alle huisvisites

volwassenen betreffen. We rekenen dus met 1,5 miljoen consulten van 18+'ers op de HAP en 350.000 visites.

In variant A gaan alle volwassenen een eigen bijdrage van 25% betalen voor de HAP. We verwachten dat 20% van de huidige aantallen naar de reguliere huisarts gaat, 10% afziet van zorg en 5% direct naar de SEH gaat.[1] Het beroep op de HAP daalt dus met 35%. De eigen betalingen voor de resterende consulten en visites leveren € 40 mln. per jaar op (opgehoogd van € 35 mln. voor 2018[2]). Het gaat om 980.000 consulten waarbij 25% van € 110 wordt betaald (= € 25 mln.) en 230.000 visites waarbij 25% van € 166 wordt betaald (= € 10 mln.). We verwachten geen opbrengst van de extra SEH-bezoeken, omdat deze mensen hun eigen risico waarschijnlijk al vol maken.

Naast de directe opbrengst uit de eigen bijdragen is er een besparing op de zorguitgaven te verwachten. Deze komt uit op netto € 55 mln. per jaar (opgehoogd van € 45 mln. voor 2018[2]):
- besparing van € 60 mln. op HAP consulten (530.000 x € 110);
- besparing van € 20 mln. op HAP visites (120.000 x € 166);
- toename van € 5 mln. aan reguliere huisarts bezoeken (370.000 x € 12[3]);
- toename van € 30 mln. aan SEH-bezoeken (95.000 x € 300[4]).

In variant B gaat deze maatregel alleen gelden voor zelfverwijzers. Hier verwachten we een opbrengst van € 5 mln. In deze variant wordt de ondergrens dus niet gehaald. We nemen aan dat de zelfverwijzers 10% van het totale aantal HAP-consulten en -visites betreffen. De opbrengsten komen volledig uit de eigen betalingen voor ongeveer 150.000 consulten en 35.000 visites.

1 Vliet, R.C. J.A. van (2004). Deductibles and health care expenditures: empirical estimates on price sensitivity on administrative data. International Journal of Health Care Finance and Economics 4 (4): 81-94. Uit dit onderzoek blijkt dat de elasticiteit bij huisartsenzorg relatief hoog is (-0,40). Er is daarbij niet specifiek gekeken naar de huisartsenpost.
2 De vermelde deelbedragen zijn berekend voor 2018. Alleen het totaalbedrag is opgehoogd.
3 Het maximumtarief voor een consult tussen 5 en 20 minuten is € 9,97. Voor een consult langer dan 20 minuten is dat € 19,94. Uitgaand van 22% lange consulten is de gemiddelde consultprijs bij de huisarts € 12.
4 Uit onderzoek uit 2011 blijkt dat zelfverwijzers naar de SEH drie keer zo duur zijn dan op de HAP, in het artikel wordt € 256,50 genoemd, maar is o.b.v. data van inmiddels 10 jaar geleden: Giesbers, Smits, Giesen (2011), IQ Healthcare, UMC Radboud Nijmegen, https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/zelfverwijzers-seh-jagen-zorgkosten-op.htm

Overige opmerkingen

Er is sprake van een interactie-effect met maatregel 63 (Huisartsenzorg onder het eigen risico). De gezamenlijke opbrengst van de maatregelen neemt af wanneer beide gelijktijdig worden ingevoerd.

Er is verondersteld dat de eigen bijdrage alleen geldt voor volwassenen; dat er geen eigen bijdrage geldt voor een telefonisch consult met de HAP; en dat de eigen bijdrage bovenop het eigen risico komt. In ZIK 2015 werden geen opbrengsten of kosten ingeboekt voor substitutie naar de gewone huisarts of SEH. Daar hebben we dit keer wel naar gekeken.

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

65 Invoeren eigen bijdrage voor extramurale geneesmiddelen

Invoeren van een eigen bijdrage per receptregel voor extramurale geneesmiddelen voor meerderjarigen van € 3, € 4 of € 5 of 25%.[1] De eigen bijdrage is maximaal € 200 per jaar. Er geldt dan voor extramurale geneesmiddelen geen eigen risico meer.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant 1: € 3 per receptregel	**0**	**-340**	**-340**	**-340**	**-340**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	-480	-480	-480	-480
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	-65	-65	-65	-65
w.v. verval opbrengst eigen risico	0	200	200	200	200
Variant 2: € 4 per receptregel	**0**	**-470**	**-470**	**-470**	**-470**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	-590	-590	-590	-590
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	-80	-80	-80	-80
w.v. verval opbrengst eigen risico	0	200	200	200	200
Variant 3: € 5 per receptregel	**0**	**-580**	**-580**	**-580**	**-580**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	-690	-690	-690	-690
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	-95	-95	-95	-95
w.v. verval opbrengst eigen risico	0	200	200	200	200
Variant 4: 25% per receptregel	**0**	**-320**	**-320**	**-320**	**-320**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	-460	-460	-460	-460
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	-65	-65	-65	-65
w.v. verval opbrengst eigen risico	0	200	200	200	200
Kwalitatief effect					
Mogelijk zorgmijding en extra uitleg nodig bij de apotheek.					

1 Als een patiënt geneesmiddelen gebruikt met een lagere prijs dan de eigen bijdrage, dan betaalt de patiënt slechts de (lagere) prijs van de geneesmiddelen. Oftewel mensen betalen nooit meer eigen bijdrage dan de kostprijs.

Uitvoering & Haalbaarheid

Het introduceren van een nieuwe eigen bijdrage voor geneesmiddelen en het uitzonderen van geneesmiddelen van het eigen risico is mogelijk met een aanpassing van het Besluit Zorgverzekering. Implementatie kost een jaar. De zorgverzekeraars kunnen de eigen bijdrage innen en het maximum bewaken.

Budgettaire effecten

Het Zorginstituut heeft voor ZiK 2020 berekend wat het effect zou zijn van deze nieuwe eigen bijdrage op de opbrengsten uit het eigen risico. Daartoe is berekend hoeveel eigen risico wordt 'opgevuld' door overige Zvw-zorg als de bijdrage voor medicijnen wordt afgetrokken van het eigen risico. De maatregel heeft uiteindelijk drie effecten:

- extra opbrengsten uit de nieuwe eigen bijdrage voor medicijnen;
- een beperkt remgeldeffect op het medicijnengebruik;
- lagere opbrengsten uit eigen risico.

Alle varianten leiden tot een besparing van de netto-collectieve zorguitgaven, van € 340, € 470, € 580 en € 320 mln. respectievelijk voor varianten 1 t/m 4.

De mogelijk lagere opbrengsten van de bestaande GVS-bijbetalingen zijn niet gekwantificeerd. Ook is gerekend met het huidige geneesmiddelengebruik en zijn de gevolgen van de toekomstige modernisering van het GVS dus niet meegenomen. Er is uitgegaan van een eigen risico van € 385.

Er wordt een remgeldeffect op het medicijnengebruik verwacht, maar de ervaring leert dat deze opbrengst ook weer gedeeltelijk weglekt. Zo leidde de 'medicijnknaak' [2] in 1983 tot 20% minder voorgeschreven recepten, maar ook tot een toename van het aantal medicijnen per recept van 12%. Vanwege de huidige prescriptieregeling[3] zal de weglek kleiner zijn en wordt deze ingeschat op een derde. Er is daarom gerekend met een netto-remgeldeffect van 14%.

Private uitgaven aan de eigen bijdrage voor geneesmiddelen nemen per persoon maximaal met € 200 toe. Daar staat tegenover dat er geen eigen risico meer geldt voor geneesmiddelen. Per saldo leidt dit macro tot een toename van de private zorguitgaven. De

2 In 1983 was er een 'medicijnknaak': voor elk voorgeschreven recept gold een eigen bijdrage van 2,50 gulden. De eigen bijdrage mocht totaal niet meer dan 125 gulden per jaar bedragen.

3 Koepelorganisaties van patiënten, zorgverzekeraars, apothekers en artsen hebben afgesproken dat patiënten die een geneesmiddel voor het eerst gebruiken deze voor maximaal vijftien dagen voorgeschreven krijgen. Als de kleinste afleververpakking voor meer dan vijftien dagen bevat, is het afleveren van deze verpakking toegestaan. Bij chronisch gebruik mag voor maximaal drie maanden voorgeschreven worden. https://www.nhg.org/actueel/nieuws/afspraken-over-aflevertermijnen-van-geneesmiddelen

gevolgen per individu zijn afhankelijk van onder andere het geneesmiddelengebruik (en de prijs daarvan) en of zij het eigen risico volmaken met andere zorg.

Overige effecten

Een extra eigen bijdrage kan leiden tot zorgmijding. Verzekeraars en apotheken kunnen te maken krijgen met extra vragen, aangezien er voor het ophalen van één geneesmiddel sprake kan zijn van drie eigen betalingen die stapelen: de huidige GVS-bijbetaling, de nieuwe eigen bijdrage en een eigen risico voor de terhandstellingskosten.

Overig opmerkingen

Er is een interactie-effect, met maatregel 54 (Aanpassen of afschaffen (vrijwillig) eigen risico). De kosten van het uitzonderen van extramurale geneesmiddelen van het eigen risico zijn hoger als het eigen risico hoger is.

Er geldt nu al een eigen bijdrage voor geneesmiddelen met kosten boven de vergoedingslimiet (met een maximum van € 250 per patiënt per jaar). Het is in principe mogelijk om twee eigen bijdragen voor geneesmiddelen naast elkaar te laten bestaan, want ze hebben gedeeltelijk ook een ander doel. Maar dit is wel minder begrijpelijk voor de burger en moeilijker uit te leggen voor de apotheek en de verzekeraar. Bij invoering van deze maatregel valt daarom te overwegen de eigen bijdrage uit de GVS-systematiek af te schaffen - zoals in maatregel 97 (Afschaffen Geneesmiddelenvergoedingssysteem) gebeurt).

De opbrengsten van deze maatregel wijken fors af van ZiK 2015. Dit komt voornamelijk doordat in 2015 de derving bij het eigen risico veel hoger is ingeschat dan nu.

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

66 Invoeren eigen risico voor hulpmiddelen in de Zvw

Er wordt een specifiek eigen risico ingevoerd voor alle extramurale hulpmiddelen in het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) tot een jaarlijks maximum van € 200 per persoon. Er wordt daarbij geen onderscheid gemaakt naar type hulpmiddel.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**-290**	**-290**	**-290**	**-290**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen door eigen risico hulpmiddelen	0	-340	-340	-340	-340
w.v. verval opbrengst eigen bijdragen voor hulpmiddelen	0	80	80	80	80
w.v. verval opbrengst verplicht eigen risico	0	40	40	40	40
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	-70	-70	-70	-70
Kwalitatief effect					
Gezondheid en kwaliteit van leven kan afnemen voor sommige mensen die stoppen met het gebruik van hulpmiddelen.					

Uitvoering en haalbaarheid

Bij invoering van deze maatregelen vallen hulpmiddelen niet meer onder het reguliere eigen risico. Ook de huidige eigen bijdragen voor specifieke hulpmiddelen (hoortoestellen, kunstgebitten, orthopedische schoenen, pruiken, contactlenzen en brillen)[1] komen te vervallen. Het nieuwe, specifieke eigen risico voor hulpmiddelen geldt niet voor verzekerden jonger dan 18 jaar. De maatregel kan worden ingevoerd met een wijziging van het Besluit zorgverzekering. De implementatietijd bedraagt minimaal een jaar.

Budgettaire effecten

De netto-opbrengst van de maatregel is € 290 mln., bestaande uit de opbrengst van het nieuwe eigen risico, het remgeldeffect en het verval van een deel van het eigen risico en de huidige eigen bijdragen.

1 In die gevallen dat ze reeds onder het basispakket vallen.

Er zijn ruim twee miljoen unieke hulpmiddelengebruikers van 18 jaar en ouder. Het Zorginstituut heeft berekend dat de totale maximale opbrengst van het invoeren van een specifiek eigen risico voor hulpmiddelen € 340 mln. is. Daarnaast levert het remgeldeffect € 70 mln. op als we veronderstellen dat dit effect 20% van de opbrengst van het eigen risico bedraagt.[2]

De opbrengt van het reguliere eigen risico zal met € 40 mln. dalen. Dit heeft het Zorginstituut berekend door te bepalen hoeveel hulpmiddelengebruikers het reguliere eigen risico volmaken als de kosten voor hulpmiddelen hierin niet meer worden meegenomen. Ten slotte vervalt de opbrengst van € 80 mln. van de huidige eigen bijdragen voor hulpmiddelen.

Overige effecten

Hulpmiddelengebruikers gaan maximaal € 200 per jaar extra uit eigen zak betalen. Deze kosten komen bovenop het eigen risico van € 385, dat veel hulpmiddelengebruikers ook volmaken. Daar staat tegenover dat voor gebruikers van hoortoestellen, kunstgebitten, orthopedische schoenen, pruiken, contactlenzen en brillen de huidige eigen bijdrage, die ook hoger dan € 200 kan zijn, komt te vervallen. Ook voor zover er nu nog sprake was van een eigen bijdrage bij kinderen die hulpmiddelen gebruiken, vervalt die. Gemiddeld gaan hulpmiddelengebruikers € 99 meer betalen.

Het is mogelijk dat sommige patiënten afzien van het gebruik van hulpmiddelen. Daardoor kan hun gezondheid en kwaliteit van leven afnemen, zodat ze afhankelijker worden van (mantel-) zorgers of meer andere zorg gaan gebruiken. Ook kan er sprake zijn van strategisch gedrag waarbij men het aanschaffen van hulpmiddelen opspaart over meerdere jaren.

Overige opmerkingen

Er is sprake van interactie-effect met de maatregelen 54 (Aanpassen of afschaffen (vrijwillig) eigen risico), 55 (Aanpassen vrijwillig eigen risico), 56 (Invoeren procentueel eigen risico in de Zvw), 57 (Two-tier-systeem (het Zwitserse systeem)), 58 (Verschoven eigen risico), 59 (Inkomensafhankelijk eigen risico) en 60 (Herintroduceren van de verplichte no-claimkorting), die (de hoogte van) het eigen risico wijzigen.

2 Vliet, R.C. J.A. van, (2004). Deductibles and health care expenditures: empirical estimates on price sensitivity on administrative data. International Journal of Health Care Finance and Economics 4 (4): 81-94.

← Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN
← Terug naar overzicht resultaten

67 Invoeren eigen bijdrage bij verblijf in het ziekenhuis

Voor ziekenhuisverblijf wordt een eigen bijdrage van € 10 per ligdag ingevoerd, met een maximum van € 100 per patiënt per jaar. De maatregel geldt niet voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	0	-55	-55	-55	-55
Kwalitatief effect					
Mogelijk betalingsproblemen na ziekenhuisopname.					

Uitvoering en haalbaarheid

Voor deze maatregel moet een nieuwe eigen bijdrage worden gecreëerd via een wijziging van het Besluit Zorgverzekering. Hiervoor is minimaal een jaar nodig. Omdat de eigen bijdrage is gemaximeerd op € 100 en mensen binnen een jaar in verschillende ziekenhuizen kunnen liggen, is het nodig dat voor iedere verzekerde op een centrale plek wordt geadministreerd hoeveel eigen bijdrage iemand al heeft betaald. Het ligt voor de hand om die taak bij verzekeraars te leggen. De eigen bijdrage komt bovenop de kosten van het eigen risico.

Budgettaire effecten

Het Zorginstituut heeft op basis van declaratiedata voor 2017 berekend hoeveel verpleegdagen er in één jaar zijn per unieke persoon ouder dan 18 jaar. Ongeveer 18,4% van de opnames van unieke personen is langer dan tien dagen. Voor deze dagen zal dus geen eigen bijdrage gerekend worden, vanwege het bereiken van het maximum van € 100. De totale opbrengst aan eigen bijdragen komt dan op € 55 mln. per jaar.[1] Schattingen wijzen uit dat de prijselasticiteit van verblijf in het ziekenhuis zeer laag is. Wij hebben het remgeldeffect daarom als verwaarloosbaar ingeschat.[2]

1 Als volgt berekend: aantal mensen met 1 verpleegdag * € 10 + aantal mensen met 2 verpleegdagen * € 20 etc.

2 Vliet, R.C. J.A. van (2004). Deductibles and health care expenditures: empirical estimates on price sensitivity on administrative data. International Journal of Health Care Finance and Economics 4 (4): 81-94. Hieruit blijkt dat de elasticiteit voor ziekenhuiszorg relatief laag is (-0,04).

Overige effecten

De ongeveer 1 miljoen mensen die in een jaar in het ziekenhuis verblijven, gaan meer betalen. 20% daarvan betaalt de maximale eigen bijdrage van € 100. Relatief meer chronisch zieken en ouderen zullen hiermee geconfronteerd worden. Mogelijk ontstaan er betalingsproblemen bij mensen met lage inkomens die in het ziekenhuis hebben gelegen.

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

68 Invoeren eigen bijdrage voor wijkverpleging

Er komt een eigen bijdrage voor wijkverpleegkundige zorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw), behalve voor kinderen onder de 18 jaar. De maatregel moet tot beheersing van zorgkosten leiden en verkleint het verschil met de regels voor de Wlz. Er zijn vier verschillende varianten:

A. Een inkomensafhankelijke eigen bijdrage van gemiddeld € 5 per uur.
B. Een vaste eigen bijdrage van € 5 per uur, onafhankelijk van het inkomen.
C. Een eigen bijdrage van € 5 per uur met een inkomensafhankelijk maximum per jaar
D. Boven een maximaal aantal uren per week geldt een eigen bijdrage van 20% per uur. In drie subvarianten ligt dit maximum op 12, 16 of 20 uur per week.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: inkomensafhankelijke eigen bijdrage per uur	**0**	**0**	**5**	**5**	**-390+PM**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (Zvw)	0	0	0	0	-270
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Zvw, remgeldeffect)	0	0	0	0	-200+PM
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (Wlz)	0	0	0	0	-10
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wlz, remgeldeffect)	0	0	0	0	790
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Zvw, substitutie)	0	0	0	0	-480
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wmo, substitutie)	0	0	0	0	-260
w.v. uitvoeringskosten CAK	0	0	0	0	40
w.v. transitiekosten	0	0	5	5	0
Kwalitatief effect					
Mogelijk gaan cliënten waardevolle zorg mijden, met negatieve gevolgen voor de gezondheid. Mensen met veel zorguren gaan een hoge eigen bijdrage betalen.					

Variant B: vaste eigen bijdrage per uur	**0**	**0**	**-450+PM**	**-450+PM**	**-450+PM**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (Zvw)	0	0	-270	-270	-270
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Zvw, remgeldeffect)	0	0	-220+PM	-220+PM	-220+PM
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (Wlz)	0	0	-10	-10	-10
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wlz, remgeldeffect)	0	0	790	790	790
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Zvw, substitutie)	0	0	-480	-480	-480
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wmo, substitutie)	0	0	-260	-260	-260
Kwalitatief effect					
Mogelijk gaan cliënten waardevolle zorg mijden, met negatieve gevolgen voor de gezondheid. Cliënten met een laag inkomen en veel zorguren betalen een relatief hoge eigen bijdrage.					
Variant C: vaste uurbijdrage met inkomens-afhankelijk maximum per jaar	**0**	**0**	**5**	**5**	**-210+PM**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (Zvw)	0	0	0	0	-160
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Zvw, remgeldeffect)	0	0	0	0	-100+PM
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wlz, remgeldeffect)	0	0	0	0	190
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Zvw, substitutie)	0	0	0	0	-120
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wmo, substitutie)	0	0	0	0	-65
w.v. uitvoeringskosten CAK	0	0	0	0	40
w.v. transitiekosten	0	0	5	5	0
Kwalitatief effect					
Mogelijk gaan cliënten waardevolle zorg mijden, met negatieve gevolgen voor de gezondheid. Door het maximum per jaar pakt deze variant beter uit voor cliënten met een laag inkomen en veel zorguren.					

Varianten D: eigen bijdrage van 20% vanaf maximum aantal uren per week					
Variant D1: maximum 12 u per week	**0**	**0**	**-110+PM**	**-110+PM**	**-110+PM**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (Zvw)	0	0	-90	-90	-90
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Zvw, remgeldeffect)	0	0	-70+PM	-70+PM	-70+PM
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (Wlz)	0	0	-10	-10	-10
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wlz, remgeldeffect)	0	0	790	790	790
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Zvw, substitutie)	0	0	-480	-480	-480
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wmo, substitutie)	0	0	-260	-260	-260
Variant D2: maximum 16 u per week	**0**	**0**	**-65+PM**	**-65+PM**	**-65+PM**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (Zvw)	0	0	-60	-60	-60
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Zvw, remgeldeffect)	0	0	-50+PM	-50+PM	-50+PM
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (Wlz)	0	0	-10	-10	-10
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wlz, remgeldeffect)	0	0	790	790	790
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Zvw, substitutie)	0	0	-480	-480	-480
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wmo, substitutie)	0	0	-260	-260	-260
Variant D3: maximum 20 u per week	**0**	**0**	**-40+PM**	**-40+PM**	**-40+PM**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (Zvw)	0	0	-45	-45	-45
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Zvw, remgeldeffect)	0	0	-35+PM	-35+PM	-35+PM
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (Wlz)	0	0	-10	-10	-10
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wlz, remgeldeffect)	0	0	790	790	790
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Zvw, substitutie)	0	0	-480	-480	-480
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wmo, substitutie)	0	0	-260	-260	-260
Kwalitatief effect					
Mogelijk gaan cliënten waardevolle zorg mijden, met negatieve gevolgen voor de gezondheid. Cliënten met veel zorguren betalen een (zeer) hoge eigen bijdrage.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De maatregel moet tot beheersing van zorguitgaven leiden en verkleint het verschil met de regels voor de Wlz, waar immers al een eigen bijdrage bestaat.

Alle varianten verhogen de administratielasten voor verzekeraar en zorgaanbieder. Vooral voor de inkomensafhankelijke varianten A en C moet bekeken worden welke partij de eigen bijdrage gaat berekenen. Op dit moment mogen zorgverzekeraars niet over inkomensgegevens van verzekerden beschikken. Daarvoor moet eerst een wettelijke grondslag gecreëerd worden. Daarom wordt er van uitgegaan dat een derde partij, zoals het CAK, de eigen bijdrage gaat berekenen.

De juridische implementatie kost ten minste twee jaar. Vooral bij de inkomensafhankelijke varianten A en C moet worden onderbouwd dat de maatregel het algemeen belang dient en noodzakelijk en proportioneel is. Alleen dan mogen op grond van de richtlijn Solvency II voorschriften worden gesteld aan zorgverzekeraars. De praktische implementatie duurt bij deze varianten langer als het CAK de uitvoering op zich neemt. Gedurende de komende vier jaar is het namelijk niet mogelijk om deze taak bij het CAK te leggen.[1] Voor de varianten B en D wordt uitgegaan van zorgverzekeraars als uitvoeringsorganisatie.

Budgettaire effecten

Bij de bepaling van de opbrengst van de eigen bijdrage is gebruik gemaakt van NZa-data-analyses voor cliëntgroepen in de wijkverpleging.[2] In deze analyse staat het aantal uren wijkverpleging per deelgroep en de verdeling over de cliënten. De opbrengsten zijn berekend op basis van cijfers uit 2019 en daarna opgehoogd naar 2021. Het budgettaire effect van de maatregel bestaat uit verschillende componenten.

De opbrengsten van de eigen bijdrage Zvw worden in alle varianten structureel hoger. In totaal zijn met de wijkverpleging 50 miljoen uren per jaar gemoeid, tegen een gemiddeld tarief van € 67 [3]. Kleine eigen bijdragen of wijzigingen daarin leiden dan ook tot aanzienlijke opbrengsten. Voor varianten A, B, C, D1, D2, D3 is er een besparing door de hogere opbrengst van respectievelijk € 270, € 270, € 160, € 90, € 60 en € 45 mln.

1 https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2020/02/18/kamerbrief-over-evaluatie-cak-2013-2018-ik-het-kader-van-de-kaderwet-zbos.

2 Data-analyses met betrekking tot cliëntgroepen in de wijkverpleging. M. de Korte en G. Verhoeven. Nederlandse Zorgautoriteit, februari 2019.

3 Het tarief van één uur wijkverpleging is berekend door de totale kosten van de wijkverpleging (€ 3,4 mld.) te delen door het aantal uren wijkverpleging (50 mln.). Dit komt uit op een gemiddeld tarief van € 67 per uur.

Er treedt ook een remgeldeffect op, omdat mensen door de eigen bijdrage minder wijkverpleging gaan gebruiken. De omvang van dit effect is berekend met het eigenbetalingenmodel van het CPB. Bij de inkomensafhankelijke varianten A en C veronderstellen we op grond van de economische literatuur dat het gedragseffect bij hogere inkomens lager is dan bij mensen met lager inkomen. Voor varianten A, B, C, D1, D2, en D3 is er een besparing vanwege het remgeldeffect van respectievelijk € 200, € 220, € 100, € 70, € 50 en € 35 mln. Ten opzichte van deze bedragen geldt een verandering van € PM vanwege een extra verschuiving van niet-gecontracteerde naar gecontracteerde wijkverpleging.

Daarnaast zou de eigen bijdrage voor de wijkverpleging kunnen leiden tot toenemend gebruik van zorg in andere domeinen, zoals Wmo-zorg. Deze stijging is naar verwachting echter beperkt, aangezien uit recent onderzoek van het SCP (2019) blijkt dat circa 89% van de cliënten van de wijkverpleging nu ook al gebruik maakt van andere vormen van zorg, met name vanuit de Wmo.[4]

Door de hogere eigen bijdrage voor wijkverpleging zullen cliënten sneller een overstap naar de Wlz proberen te maken. Hiervoor is een indicatie nodig, op basis van objectieve criteria. Verondersteld is dat alleen cliënten die minstens een half jaar lang meer dan 48 uur per maand wijkverpleging ontvangen, in aanmerking komen. Aangezien deze cliënten thuis wonen, wordt aangenomen dat zij een pgb of MPT zullen afnemen. Per variant en per inkomensgroep is gekeken hoe de eigen bijdrage voor de wijkverpleging zich verhoudt tot de eigen bijdrage voor een pgb in de Wlz. in variant C blijkt overstap naar de Wlz alleen aantrekkelijk voor cliënten met een middeninkomen. In de overige varianten is de overstap voor alle inkomensgroepen aantrekkelijk. Hierdoor nemen de Wlz-uitgaven in variant C toe met € 190 mln. en € 790 mln. in de andere varianten.

Door de toename van het aantal Wlz-cliënten nemen ook de eigen bijdragen opbrengsten toe. Voor variant C nemen de opbrengsten toe met € 1 mln. en in de andere varianten met € 10 mln.

Tegelijk wordt verondersteld dat de Zvw- en Wmo-uitgaven dalen. Deze daling is gelijk aan 65% van de toename van de Wlz-uitgaven voor de Zvw en 35% voor de Wmo. De Zvw-uitgaven in variant C nemen af met circa € 120 mln. en in de overige varianten met € 480 mln. De Wmo-uitgaven in variant C nemen af met circa € 65 mln. en in de overige varianten met € 260 mln.

In de varianten A en C is er een toename van de uitvoeringskosten in de Zvw, vanwege het CAK als uitvoeringsorganisatie. Er wordt verondersteld dat deze uitvoeringskosten

4 SCP rapport "Wat als zorg wegvalt", https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2019/11/26/wat-als-zorg-wegvalt

overeenkomen met de huidige uitvoeringskosten van het CAK in de Wmo.[5] Ten slotte zijn er jaarlijkse transitiekosten van € 5 mln. gedurende twee jaar.

Overige effecten

Het invoeren van een eigen bijdrage kan tot gevolg hebben dat mensen minder zorg afnemen. Inzichten uit de literatuur tonen aan dat ook het gebruik van zowel waardevolle zorg afneemt.[6] Minder gebruik van waardevolle zorg kan een negatief effect hebben op de gezondheid.

Door de sterke verschillen in het aantal uren wijkverpleging en de opgegeven varianten zonder maximum kan de eigen bijdrage wijkverpleging voor sommige cliënten oplopen tot wel duizenden euro's per maand.

Overig opmerkingen

Er is interactie met de maatregel **33** (Tarieven en prestaties wijkverpleging standaardiseren) en met de maatregel **117** (Langdurige wijkverpleging vervalt als aanspraak in het basispakket Zvw). Deze maatregelen kunnen niet tegelijkertijd worden ingevoerd.

De NZa is voornemens om per 2022 een nieuwe bekostiging van de wijkverpleging in te voeren. De verwachting is dat deze niet per definitie is gebaseerd op een tarief per uur. Deze bekostiging strookt niet met een eigen bijdrage per uur zoals hier beschreven.

In deze tekst is verondersteld dat voor wijkverpleegkundige zorg aan kinderen onder de 18 jaar geen eigen bijdrage geldt. Hiermee wordt aangesloten bij de huidige praktijk in de Zvw, waarin kinderen onder de 18 jaar geen eigen risico of eigen bijdragen betalen.

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

5 De huidige uitvoeringskosten van de Wmo bedragen € 40 mln. per jaar. De Wmo heeft minder gebruikers dan de wijkverpleging in de Zvw, waardoor er aangenomen wordt dat de uitvoeringskosten voor een eigen bijdrage wijkverpleging hoger liggen dan die van de Wmo. CAK Jaarplan en Begroting 2020, 30-10-2019.

6 Zie bijvoorbeeld: Zarek C. Brot-Goldberg, Amitabh Chandra, Benjamin R. Handel, Jonathan T. Kolstad, What does a Deductible Do? The Impact of Cost-Sharing on Health Care Prices, Quantities, and Spending Dynamics, The Quarterly Journal of Economics, Volume 132, Issue 3, August 2017, Pages 1261–1318.

69 Inkomensafhankelijk eigenbetalingensysteem

Er komt één eigen risicoregeling voor Zvw, Wmo (en optioneel Wlz), in plaats van bestaande eigenbetalingenregelingen. De hoogte van het nieuwe eigen risico wordt zo gekozen dat de opbrengst van de eigen betalingen gelijk blijft. Voor het eigen risico gaan drie inkomensafhankelijke klassen gelden, in twee uitvoeringsvarianten:

– Variant A omvat Zvw, Wlz en Wmo, met een eigen risico per persoon van € 100, € 385 en € 1300.
– Variant B omvat alleen Zvw en Wmo, met een eigen risico van € 100, € 385 en € 1000.

De bedragen worden jaarlijks geïndexeerd conform de Zvw-uitgavenstijging. De inkomensklassen zijn zo gedefinieerd dat de drie groepen elk ongeveer evenveel personen bevatten. Het CAK bepaalt met inkomensgegevens van het jaar t-2 in welke klasse iemand valt. Het gaat dus niet om het actuele inkomen.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: regeling Zvw, Wlz en Wmo	**0**	**0**	**85**	**85**	**1.000**
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wlz, remgeldeffect)	0	0	0	0	840
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wmo, remgeldeffect)	0	0	0	0	170
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Zvw, remgeldeffect)	0	0	0	0	-110
w.v. transitiekosten	0	0	85	85	0
w.v. uitvoeringskosten	0	0	0	0	100
Variant B: regeling Zvw en Wmo	**0**	**0**	**85**	**85**	**600**
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wlz, remgeldeffect)	0	0	0	0	-30
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wmo, remgeldeffect)	0	0	0	0	310
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Zvw, remgeldeffect)	0	0	0	0	220
w.v. transitiekosten	0	0	85	85	0
w.v. uitvoeringskosten	0	0	0	0	100
Kwalitatief effect					
Personen met een bovenmodaal inkomen die Zvw-zorg gebruiken, gaan meer betalen.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Om de verzekerden in te delen in drie inkomensklassen van gelijke omvang, loopt de eerste inkomensklasse in 2021 tot € 18.000 (circa € 1.500 boven de AOW voor een alleenstaande). De tweede klasse loopt tot € 38.000 (ruim € 500 boven modaal) en de derde klasse bevat iedereen met een individueel inkomen boven de € 38.000. Voor elke volwassen persoon in een huishouden wordt de inkomensklasse apart bepaald.

Een derde partij bepaalt op basis van inkomensgegevens van de belastingdienst van het jaar t-2 in welke klasse iemand valt. Deze partij heft de eigen betaling en draagt deze naar rato van de zorgconsumptie af aan verzekeraars, Fonds langdurige zorg (Flz) en de gemeenten. Het ligt voor de hand deze taak te leggen bij het CAK. Het kost vier jaar om tot uitvoering over kan gaan.[1]

De eigen bijdrage Wlz wordt gesplitst in een deel voor wonen en voeding (€ 1,6 mld) dat blijft bestaan en een zorgdeel (€ 0,5 mld) dat opgaat in de nieuwe regeling. De eigen bijdrage voor schoeisel blijft in stand. Dit betreft de besparing op normaal schoeisel.

Het voorstel vergt een wetswijziging van de Zvw, Wlz en Wmo, maar ook ontwikkeling van een geautomatiseerd systeem waarmee informatie over zorgkosten per verzekerde en de eigenrisicoklasse van een verzekerde veilig kunnen worden uitgewisseld tussen CAK enerzijds en belastingdienst, gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren anderzijds.

Budgettaire effecten

De meeste cliënten van Wmo- en/of Wlz-zorg maken het nieuwe eigen risico vol met Zvw-zorg, zo blijkt uit CBS-data.[2] Door deze maatregel hoeven zij niets extra's meer te betalen voor Wmo-zorg en alleen de huisvestings- en voedingskosten voor Wlz-zorg. Dit voordeel loopt op van € 100 per jaar tot ruim € 17.500 in variant A bij personen met een bovenmodaal inkomen die nu de hoge eigen bijdrage betalen. Het gratis/veel goedkoper worden van Wmo- en Wlz-zorg zal een aanzuigende werking hebben. Door het verdwijnen van de specifieke bijdragenregelingen in de Zvw vervalt de uitgavenbeheersende werking daarvan. Een deel van de zorg waarvoor nu een eigen bijdrage geldt, kost voortaan niets extra's. Tegelijk vervalt bij genees- en hulpmiddelen de druk op leveranciers om de prijs laag te houden.

1 https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2020/02/18/kamerbrief-over-evaluatie-cak-2013-2018-ik-het-kader-van-de-kaderwet-zbos.

2 Gebruik is gemaakt van CBS-informatie over de samenloop van Zvw, Wlz en Wmo-gebruik naar inkomen.

Omdat een doel van de maatregel is dat de totale eigen betalingen op peil blijven en de eigen betalingen over Wmo en Wlz-zorg fors minder worden, zal de eigen bijdrage voor Zvw-zorg flink omhoog moeten. Daarbij krijgt een derde van de personen een lager eigen risico; de personen in de hoogste inkomensgroep moeten dus een fors eigen risico betalen.[3] Personen met een bovenmodaal inkomen gaan voor Zvw-zorg meer betalen (oplopend tot ruim € 1.800 extra voor een huishouden met twee bovenmodaal-verdieners). De groep die het meest geraakt wordt, zijn bovenmodale chronisch zieken.

De rekenmethode van de gedragseffecten op de Wlz en Wmo komt overeen met de rekenmethode in respectievelijk de maatregelen 72 (Afschaffen eigen bijdrage Wlz) en 74 (Afschaffen eigen bijdrage Wmo). Voor variant A is dat € 840 en € 170 mln. voor respectievelijk de Wlz en Wmo, en voor variant B -€ 30 en € 310 mln. voor respectievelijk de Wlz en Wmo.

Deze maatregel vereist een geautomatiseerd systeem waarin de relevante informatie wordt uitgewisseld. Er moet jaarlijks informatie uitgewisseld worden en er zullen beroeps- en bezwaarzaken komen. De jaarlijkse transitiekosten worden geschat op € 85 mln. gedurende twee jaar. We schatten dat het voorstel tot € 100 mln. aan hogere uitvoeringskosten leidt bij het CAK, de Belastingdienst en gemeenten.

Overige effecten

In dit voorstel kan de private verzekeraar bij de meeste verzekerden bepalen in welke inkomensklasse zij zich bevinden (omdat de meeste verzekerden alleen Zvw-kosten hebben). Als het eigen risico als macro-bedrag wordt overgemaakt naar de verzekeraar geldt dit niet, maar dan is het de vraag of er geen sprake is van staatssteun.

De ervaring leert dat het geautomatiseerd uitwisselen van informatie tussen diverse partijen zoals noodzakelijk in deze beleidsoptie zo complex is dat foutloze uitvoering vrijwel onmogelijk is. Een extra complicatie is dat de maatregel alleen uitvoerbaar lijkt op basis van inkomensgegevens uit t-2. Dat kan personen met een forse inkomensdaling relatief hard raken. Een vangnet voor zulke gevallen is echter bij het grote aantal gebruikers van de regeling vrijwel onuitvoerbaar.

Overige opmerkingen

Deze maatregel gaat niet samen met maatregelen die de huidige eigen betalingen verhogen of verlagen.

3 De vereiste hoogte van het eigen risico is bepaald met de in voorgaande voetnoot genoemde CBS-data.

← Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN
← Terug naar overzicht resultaten

70 Effect van vermogen op eigen betalingen Wmo en Wlz aanpassen

Het percentage van de vermogensinkomensbijtelling (VIB) voor de eigen bijdrage Wlz en Wmo wordt aangepast, in verschillende varianten.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Varianten A1: aanpassing VIB Wlz en Wmo BW					
Variant 0%	0	80	80	80	80
Variant 4%	0	0	0	0	0
Variant 8%	0	-60	-60	-60	-60
Variant 10%	0	-85	-85	-85	-85
Variant 12%	0	-110	-110	-110	-110
Variant 14%	0	-130	-130	-130	-130
Variant 15%	0	-140	-140	-140	-140
Variant 100%	0	-390	-390	-390	-390
Varianten A2: aanpassing VIB Wlz en Wmo BW en verhoogd heffingsvrij vermogen					
Variant 0%	0	80	80	80	80
Variant 4%	0	25	25	25	25
Variant 8%	0	-10	-10	-10	-10
Variant 10%	0	-25	-25	-25	-25
Variant 12%	0	-40	-40	-40	-40
Variant 14%	0	-50	-50	-50	-50
Variant 15%	0	-55	-55	-55	-55
Variant 100%	0	-160	-160	-160	-160
Varianten B1: aanpassing VIB Wlz en Wmo					
Variant 0%	0	80	85	85	-170
Variant 4%	0	0	5	5	-250
Variant 8%	0	-60	-55	-55	-310
Variant 10%	0	-85	-80	-80	-340
Variant 12%	0	-110	-100	-100	-370
Variant 14%	0	-130	-120	-120	-390
Variant 15%	0	-140	-130	-130	-400
Variant 100%	0	-390	-380	-380	-690
Transitiekosten alle varianten B1 (a)	0	0	5	5	0

Varianten B2: aanpassing VIB Wlz en Wmo en verhoogd heffingsvrij vermogen					
Variant 0%	0	80	85	85	-170
Variant 4%	0	25	30	30	-230
Variant 8%	0	-10	0	0	-270
Variant 10%	0	-25	-20	-20	-280
Variant 12%	0	-40	-35	-35	-300
Variant 14%	0	-50	-45	-45	-310
Variant 15%	0	-55	-50	-50	-320
Variant 100%	0	-160	-160	-160	-440
Transitiekosten alle varianten B2 (a)	0	0	5	5	0

(a) Deze transitiekosten zijn niet opgenomen in de overzichtstabel met de budgettaire effecten van alle maatregelen.

Uitvoering & Haalbaarheid

In de huidige regeling wordt voor berekening van de eigen bijdrage Wlz (en Wmo 2015 beschermd wonen) gekeken naar het verzamelinkomen. Dit omvat het inkomen in box 1, 2 en 3.[1] Aan het verzamelinkomen wordt 4% van de grondslag sparen en beleggen[2] uit box 3 toegevoegd: dit is de VIB.
De Wmo 2015 (behalve beschermd wonen) kent verschillende eigen bijdragen, waaronder het abonnementstarief voor maatwerkvoorzieningen en een belangrijk deel van de algemene voorzieningen. Deze eigen bijdrage is – afgezien van gemeentelijk minimabeleid - onafhankelijk van inkomen en vermogen en bedraagt maximaal € 19 per maand.

In de voorgestelde maatregel wordt het percentage VIB verhoogd. Er is gekeken naar twee varianten:

A. De VIB wordt alleen gewijzigd in de Wlz (en Wmo 2015 beschermd wonen).[3]
B. De VIB wordt ook (her-)ingevoerd voor maatvoorzieningen in de Wmo 2015. Dit vervangt het huidige abonnementstarief.

Aanvullend wordt in beide varianten gekeken naar het effect van een verhoging van het heffingsvrij vermogen naar € 50.000. De effecten worden berekend voor verschillende VIB-percentages: de huidige 4% en daarnaast 0%, 8%, 10%, 12%, 14% en 15%.

Varianten A1 en A2 zijn juridisch uitvoerbaar in een jaar met een AMvB (met een verplichte voorhang bij beide Kamers). In varianten B1 en B2 worden ook wijzigingen aangebracht in de Wmo. Deze zijn juridisch uitvoerbaar, maar hier is wel een wetswijziging voor nodig

1 Opbrengsten uit sparen en beleggen – berekend volgens de nieuwe systematiek voor het forfaitair rendement.
2 De grondslag sparen en beleggen is gelijk aan: vermogen, minus heffingsvrij vermogen en heffingskortingen.
3 De eigen bijdrage voor Wmo beschermd wonen wordt op dezelfde wijze geïndexeerd als voor de intramurale Wlz-zorg. Een verandering van de VIB bij de Wlz werkt dus ook door in de eigen bijdrage beschermd wonen.

met een doorlooptijd van twee jaar. Daarnaast zal het CAK een nieuw ICT-systeem moeten ontwikkelen, waardoor de Wmo-component uitvoerbaar is na vier jaar.

Budgettaire effecten

Het budgettaire effect van de maatregel bestaat uit verschillende componenten:

- Opbrengsten van de eigen bijdragen Wlz en Wmo; deze nemen toe naarmate de VIB wordt verhoogd.
- Een verschuiving van de zorguitgaven tussen domeinen. Mensen met vermogen zullen er bijvoorbeeld voor kiezen om langer thuis te wonen en gebruik te maken van goedkopere vormen van zorg. Netto zullen de opbrengsten van de maatregel hierdoor enigszins afnemen.
- Afschaffen abonnementstarief (alleen in varianten B1 en B2), inclusief: hogere opbrengsten eigen bijdragen Wmo (voor gemeenten) en hogere uitvoeringskosten CAK. Deze effecten worden geraamd op € 255 mln. in totaal. Omdat het CAK een nieuw ICT-systeem moet opzetten, wordt dit effect toegevoegd in jaar 4.[4]
- Opbouwen nieuw systeem CAK. Deze transitiekosten bedragen jaarlijks € 5 mln. en slaan neer in jaar 3 en 4, namelijk voor de afschaffing van het abonnementstarief. De transitiekosten gelden voor alle varianten van B1 en B2.

Overige effecten

Door verhoging van de eigen bijdrage voor mensen met vermogen wordt de solidariteit in het zorgstelsel vergroot, omdat de maatregel nivellerend werkt. Ook nemen de individuele zorgkosten toe. Afhankelijk van de variant kan de eigen bijdrage met honderden tot duizenden euro's toenemen, wat een groot negatief effect heeft op de koopkracht. Daarnaast kan een onbedoeld neveneffect zijn dat men vermogen probeert te verschuiven naar derden of andere manieren zoekt om de eigen bijdrage laag te houden. Vermogenden kunnen er bijvoorbeeld voor kiezen om hun huis niet te verkopen zolang dit nog in box 1 belast is (dit mag maximaal twee jaar). De maatregel ontmoedigt bovendien sparen.

4 Er is gekozen voor de originele berekening van het effect van invoering van het abonnementstarief op de netto-collectieve zorguitgaven met een aanpassing van de verandering in opbrengst van eigen bijdragen. De berekening van het afschaffen van het terugdraaien van het abonnementstarief wijkt daarmee af van het afschaffen van het abonnementstarief, zie maatregel 74 (Afschaffen eigen bijdrage Wmo). Hier is voor gekozen omdat invoering van het abonnementstarief een grote wijziging van de eigen bijdrage betekende voor een relatief beperkte groep, terwijl afschaffen van het abonnementstarief een relatief kleine wijziging is voor een grote groep.

Overige opmerkingen

Er is een interactie-effect met alle maatregelen waarbij de eigen bijdragen Wlz en/of Wmo worden aangepast.

← Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN
← Terug naar overzicht resultaten

71 Vermogen eigen woning in vermogensinkomensbijtelling Wlz en Wmo

Het opgebouwde eigen vermogen in de eigen woning gaat net als het inkomen uit sparen en beleggen meetellen bij berekening van de eigen bijdrage Wlz en Wmo (beschermd wonen). Over dit vermogen wordt een vermogensbijtelling van vier procent gerekend. De maximale eigen bijdrage blijft ongewijzigd.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**0**	**-35**	**-70**	**-140**
w.v. hogere inkomsten eigen bijdrage	0	0	-45	-85	-180
w.v. uitvoeringskosten	0	0	10	20	35
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wlz, remgeldeffect)	0	0	0	-5	-5
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Zvw, remgeldeffect)	0	0	0	0	5
Kwalitatief effect					
Huizenbezitters zonder maximale eigen bijdrage gaan meer betalen.					

Uitvoering & haalbaarheid

In de huidige regeling wordt voor berekening van de eigen bijdrage Wlz (en Wmo beschermd wonen) eerst gekeken naar het verzamelinkomen. Bovenop het hieruit berekende bedrag komt de vermogensinkomensbijtelling (VIB). Deze bedraagt 4% van de grondslag sparen en beleggen. Op het berekende maandbedrag wordt tot slot de maximering toegepast. In de VIB wordt de waarde van het eigen huis in het algemeen niet meegenomen; dit is alleen het geval als het huis wordt verkocht of wanneer iemand in twee jaar na opname in een instelling nog een eigen huis heeft zonder een thuiswonende partner te hebben. De waarde van de eigen woning wordt dan overgeheveld naar box 3.

Met de voorgestelde maatregel wordt de grondslag van de VIB uitgebreid met het vermogen uit de eigen woning. Het percentage VIB blijft 4%. Ook de maximale eigen bijdrage blijft ongewijzigd.

De invoering van de maatregel duurt naar verwachting twee jaar vanwege knelpunten bij de uitvoeringsorganisatie CAK.[1] De huidige eigenbijdragesystematiek wordt gehandhaafd, alleen moet er wetgeving komen om het CAK toegang te verschaffen tot de WOZ- en hypotheekschuldgegevens van cliënten. Wanneer de maatregel van kracht is, duurt het vier jaar totdat alle cliënten onder het nieuwe regime vallen.

Budgettaire effecten

Het huizenbezit onder cliënten die gebruik maken van beschermd wonen is waarschijnlijk uiterst klein. Dit geldt ook voor de niet AOW-gerechtigde Wlz-cliënten. Deze groep bestaat voor het overgrote deel uit cliënten met een verstandelijke beperking. Zij gaan vanuit het huis van hun ouders naar een instelling en bezitten dus geen eigen huis.

De berekeningen beperken zich daarom tot Wlz-cliënten van 65 jaar en ouder die in het bezit zijn van een eigen woning. Daarnaast wordt aangenomen dat de maatregel uitsluitend geldt voor cliënten die intramuraal verblijven en daarvoor een hoge eigen bijdrage betalen. Deze groep heeft immers geen woon- en onderhoudslasten. Cliënten die nog thuis wonen en Wlz-zorg ontvangen (met een VPT, MPT of pgb) hebben deze lasten wel en zouden door deze maatregel dubbele woonlasten hebben. Hetzelfde geldt voor cliënten die weliswaar intramuraal verblijven, maar nog een thuiswonende partner hebben. Ook bij hen moeten dubbele woonlasten voorkomen worden.

Uit de berekening volgt dat de eigen bijdrage voor woningbezitters die gebruik maken van Wlz-zorg of Wmo beschermd wonen zal gaan stijgen. Dit geldt niet voor cliënten die reeds de maximale eigen bijdrage betalen.

De eigen bijdrage zal voor cliënten met een inkomen tot € 40.000 stijgen. Dat komt omdat daarboven cliënten al de maximale eigen bijdrage betalen. Cliënten met een eigen woning kunnen als gevolg van de maatregel ervoor kiezen om later naar een intramurale instelling te gaan of te kiezen voor private zorg. Het effect op de eigen betalingen valt daardoor waarschijnlijk iets lager uit. Per saldo neemt de opbrengst van de eigen betalingen toe met € 175 mln.

Door de toename in de eigen bijdrage zal een deel van de Wlz-cliënten hun zorgvraag doen verschuiven van de Wlz naar de Zvw of de Wmo. Hierdoor zullen naar verwachting de zorguitgaven in de Wlz afnemen en die in de Zvw en Wmo toenemen. De rekenmethode van de gedragseffecten op de Wlz, Wmo en Zvw komt overeen met de rekenmethode

1 https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2020/02/18/kamerbrief-over-evaluatie-cak-2013-2018-ik-het-kader-van-de-kaderwet-zbos

in de maatregel 70 (Effect van vermogen op eigen betalingen Wmo en Wlz aanpassen). Het gedragseffect van de Wmo is klein, en daarom niet opgenomen in de tabel.

Overige effecten

Doordat de overwaarde van de eigen woning direct meetelt voor de eigen bijdrage (in plaats van twee jaar na opname) neemt de prikkel af om de woning later te verkopen. Daarnaast vermindert de prikkel om af te lossen op de eigen woning, omdat de overwaarde van de woning de eigen bijdrage bepaalt.

Overige opmerkingen

De huidige budgettaire reeks wijkt af van die in ZiK 2015 als gevolg van het gebruik van gegenereerde data in ZiK 2015. In de huidige berekening zijn recente empirische gegevens gebruikt.

De uitvoeringskosten zijn berekend door de kosten uit ZiK 2015 op te hogen naar prijspeil 2021.

Deze maatregel interacteert met maatregelen die een wijziging van de eigen bijdragen voorstellen.

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

72 Afschaffen eigen bijdrage Wlz

De eigen bijdragen in de Wlz (en Wmo beschermd wonen) verdwijnen. Er zijn twee varianten.
A1. de eigen bijdrage voor elke gebruiker van deze Wlz- en Wmo-zorg wordt afgeschaft.
B1. de eigen bijdrage verdwijnt alleen voor Wlz-cliënten met een beperking.

De eigen bijdrage voor Wmo beschermd wonen blijft in deze variant B dus bestaan. Aanvullend zijn er twee subvarianten A2 en B2 waarin cliënten een vaste eigen bijdrage blijven betalen voor de woon- en voedingscomponenten. De maatregel wil de zorgkosten voor cliënten verminderen.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A1: afschaffen eigen bijdragen Wlz en Wmo beschermd wonen	**0**	**0**	**4.800+PM**	**4.800+PM**	**4.700+PM**
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Zvw, remgeldeffect)	0	0	-3.500	-3.500	-3.500
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (Zvw)	0	0	10	10	10
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wmo, remgeldeffect)	0	0	-1.900+PM	-1.900+PM	-1.900+PM
w.v. administratieve lasten (Wmo)	0	0	0	0	-5
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (Wmo)	0	0	95	95	95
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wlz, remgeldeffect)	0	0	7.900	7.900	7.900
w.v. administratieve lasten (Wlz)	0	0	-15	-15	-30
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (Wlz)	0	0	2.100	2.100	2.100
Variant A2: afschaffen eigen bijdragen Wlz en Wmo beschermd wonen, eigen bijdrage voor wonen en voeding	**0**	**0**	**10**	**10**	**740**
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Zvw, remgeldeffect)	0	0	0	0	-330
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wmo, remgeldeffect)	0	0	0	0	-180
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wlz, remgeldeffect)	0	0	0	0	870
w.v. administratieve lasten (Wlz)	0	0	5	5	-5
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (Wlz)	0	0	0	0	380

Variant B1: afschaffen eigen bijdragen Wlz voor mensen met een beperking	**0**	**0**	**560**	**560**	**560**
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Zvw, remgeldeffect)	0	0	-510	-510	-510
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wmo, remgeldeffect)	0	0	-280	-280	-280
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wlz, remgeldeffect)	0	0	840	840	840
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (Wlz)	0	0	500	500	500
Variant B2: afschaffen eigen bijdragen Wlz voor mensen met een beperking, eigen bijdrage voor wonen en voeding	**0**	**0**	**10**	**10**	**50**
w.v. administratieve lasten (Wlz)	0	0	10	10	0
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (Wlz)	0	0	0	0	50
Kwalitatieve effecten					
Toename van wachtlijsten met mogelijk grote gevolgen voor mensen met zware zorgvraag die langer in thuissituatie blijven.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De Wlz kent soorten eigen bijdragen en verschillende leveringsvormen. Cliënten in een intramurale instelling betalen in principe de Hoge Eigen Bijdrage (HEB), behalve de eerste vier maanden en in bepaalde uitzonderingssituaties. Voor extramurale leveringsvormen betaalt de cliënt altijd de Lage Eigen Bijdrage (LEB). Deze wordt echter voor het volledig pakket thuis (VPT) anders berekend dan voor een modulair pakket thuis (MPT) of persoonsgebonden budget (pgb). De eigen bijdrage voor Wmo beschermd wonen volgt de systematiek voor intramurale Wlz-zorg. Het ligt daarom in de rede om afschaffing van de eigen bijdrage voor Wlz-zorg ook te laten gelden voor Wmo beschermd wonen.

De maatregel komt neer op afschaffing van de eigen bijdragen. Maar in variant B gebeurt dit alleen voor Wlz-cliënten met de zorgprofielen Lichamelijk Gehandicapt (LG), Licht Verstandelijk Gehandicapt (LVG) en Verstandelijk Gehandicapt (VG).

De maatregel vereist in alle varianten een wijziging van het Besluit langdurige zorg (Blz), zodat een voorhang bij beide Kamers verplicht is. Wijziging neemt minstens één jaar in beslag. In varianten A1 en A2 waarin ook de eigen bijdrage voor Wmo beschermd wonen wordt aangepast, is aanpassing van de Wmo 2015 en onderliggende regelgeving nodig, wat minstens twee jaar duurt.

Varianten B1 en B2 (alleen afschaffing voor mensen met een beperking) maken een onderscheid tussen groepen Wlz-cliënten, afhankelijk van hun indicatie. Mogelijk blijkt dit ongerechtvaardigd: het hangt ervan af of de noodzaak van dit onderscheid onderbouwd kan worden.

In varianten A1 en B1 (alle eigen bijdragen verdwijnen) heeft het CAK twee jaar nodig voor invoering. De implementatie kan gelijk lopen aan het wetgevingstraject. De maatregel kan ingaan per jaar 3.

In varianten A2 en B2 blijft een eigen bijdrage gelden voor de woon- en voedingscomponenten. Voor deze varianten geldt een implementatietermijn van vier jaar, omdat het niet mogelijk is deze taak al eerder bij het CAK te leggen. Deze varianten kunnen dus vanaf jaar 5 ingaan.

De systemen van het CAK moeten drie tot vier jaar beschikbaar blijven, vanwege 'afloop' van oude jaren.[1] In varianten A1 en B1 ontstaat een besparing in uitvoeringskosten vanaf jaar 3. In varianten A2 en B2 vanaf jaar 5.

Op dit moment doet het CAK investeringen voor de uitvoering van de eigen bijdragenregelingen. Deze investeringen zullen in alle varianten deels versneld moeten worden afgeschreven.

Budgettaire effecten

Bij variant A1 vervallen de opbrengsten uit eigen bijdragen à € 2,1 mld. voor de Wlz en € 95 mln. voor Wmo beschermd wonen. De eigen risico-opbrengsten nemen marginaal af, doordat mensen in een verpleeghuis minder kosten hoeven te maken.

Door het schrappen van de eigen bijdragen neemt de vraag naar Wlz-zorg toe. De huidige Wlz-populatie verschuift van extramurale naar intramurale zorgvormen. Hierdoor nemen de zorguitgaven in de Wlz toe, en in de Zvw en Wmo af.

Er ontstaat ook extra vraag naar Wlz-zorg onder mensen die nu nog geen indicatie hebben, maar er waarschijnlijk wel een zouden krijgen als ze die zouden aanvragen. Om deze aanzuigende werking te berekenen is alleen gekeken naar de 80-plus-populatie, omdat mensen met een beperking meestal al een indicatie hebben. Op dit moment heeft circa 15% van deze populatie al een Wlz-indicatie. Aangenomen is dat nog eens 10% van de 80-plussers (circa 80.000 mensen) een indicatie zal aanvragen en krijgen voor ZZP4. Het intramurale tarief voor deze groep is circa € 61.000. Tegelijk zal de vraag naar Zvw- en

1 Het CAK heeft circa vijf jaar nodig om de systemen af te bouwen, maar kan een systeem ook versneld afbouwen in circa drie tot vier jaar. Er wordt uitgegaan van een versnelde afbouw (dezelfde aanname als in maatregel 74 (Afschaffen eigen bijdrage Wmo)).

Wmo-zorg bij deze groep afnemen. Dat betekent per cliënt een besparing van circa € 38.000.[2] Deze besparing vindt voor 65% plaats in de Zvw en voor 35% in de Wmo.[3]

Ook de vraag naar Wmo beschermd wonen neemt toe door het vervallen van de eigen bijdrage. Er is weinig bekend over deze populatie, zodat deze effecten niet gekwantificeerd konden worden. Omdat de uitgaven voor deze zorg € 1,8 mld. bedragen en de eigen bijdragen circa € 85 mln. (beide prijzen 2019), kan het wel om substantiële bedragen gaan. Daarom is er een PM opgenomen in de budgettaire effecten. Ten slotte nemen de uitvoeringskosten van het CAK in deze variant structureel met € 30 mln. af.

In variant A2 nemen de opbrengsten uit eigen bijdragen minder sterk af, omdat er een eigen bijdrage voor de woon- en voedingscomponent blijft bestaan. Deze is gelijk aan het verschil tussen de hoge en de lage eigen bijdrage (HEB en LEB) die een alleenstaande met alleen een AOW betaalt. Er is vanuit gegaan dat voor cliënten die nu een lagere eigen bijdrage betalen dan de nieuwe bijdragen voor de woon- en voedingscomponenten, het lage bedrag blijft gelden om grote negatieve inkomenseffecten te voorkomen. Hiermee is rekening gehouden in de berekende opbrengsten. De uitvoering dient nader uitgewerkt te worden.

Net als in variant A1 ontstaat er extra vraag naar Wlz-zorg onder mensen die nu nog geen indicatie hebben, maar er waarschijnlijk wel een zouden krijgen als ze die zouden aanvragen. De uitvoeringskosten van het CAK veranderen in deze variant slechts marginaal.

Bij variant B1 is de daling in opbrengsten uit eigen bijdragen kleiner dan in variant A1, omdat de maatregel alleen geldt voor mensen met een beperking. Dit betreft 35% van de Wlz-populatie. Ook in deze variant neemt de vraag naar intramurale Wlz-zorg toe. De zorguitgaven in de Wlz nemen toe en die in de Zvw en Wmo nemen af (zie onder variant A1 voor meer toelichting). Het effect op de uitvoeringskosten van het CAK is net als in variant A2 te verwaarlozen.

In variant B2 is de daling in opbrengsten uit eigen bijdragen nog kleiner dan in de andere varianten, omdat de maatregel slechts mensen met een beperking betreft en er ook een eigen bijdrage blijft gelden voor de woon- en voedingscomponent. Verder is net als in variant A2 aangenomen dat voor cliënten die nu een LEB betalen dan de nieuwe bijdragen voor de woon- en voedingscomponenten, het lage bedrag blijft gelden. En ten slotte zullen ook in deze variant de uitvoeringskosten van het CAK slechts marginaal veranderen.

2 Dezelfde aanname als in maatregel 19 (Geen toegang tot de Wet langdurige zorg voor lichtere zorgzwaartes).
3 Dezelfde aanname als in maatregelen 70 (Effect van vermogen op eigen betalingen Wmo en Wlz aanpassen) en 74.

Overige effecten

Zoals beschreven zullen door het schrappen van de eigen bijdragen voor Wlz-zorg (en Wmo beschermd wonen) meer personen van deze zorg gebruik willen maken - ook mensen die zich nog net thuis konden redden. Hierdoor zullen bestaande wachtlijsten toenemen. Mogelijk zullen mensen met de meest zware zorgvraag hierdoor onvoldoende uitkomen met de zorg die ze in de thuissituatie krijgen.

Daarnaast werkt de maatregel denivellerend, omdat de huidige eigen bijdragen worden berekend naar draagkracht. Door het schrappen of verlagen van de eigen bijdragen gaan hoge inkomens er in absolute zin het meest op vooruit.

Overige opmerkingen

Er is een interactie-effect met alle maatregelen waarbij de eigen bijdragen Wlz en/of Wmo beschermd worden aangepast.

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

73 Hoge eigen bijdrage eerste vier maanden intramurale zorg in Wlz en Wmo beschermd wonen

Nieuwe cliënten in de Wlz (en Wmo 2015 beschermd wonen) gaan direct bij opname in een instelling de hoge eigen bijdrage betalen. De huidige overgangsperiode van vier maanden waarin de cliënt de lage eigen bijdrage betaalt, vervalt.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**-90**	**-90**	**-90**	**-90**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (Wlz)	0	-80	-80	-80	-80
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (Wmo)	0	-5	-5	-5	-5
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wlz, remgeldeffect)	0	-5	-5	-5	-5
Kwalitatief effect					
Mensen kunnen in de schulden raken als ze niet snel hun huis kunnen verkopen.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Voor verblijf in een instelling geldt momenteel, op enkele uitzonderingen na, dat de cliënt de eerste vier maanden van opname de lage eigen bijdrage betaalt. Pas daarna gaat hoge eigen bijdrage gelden. De overgangsperiode moet cliënten in staat stellen bestaande verplichtingen met betrekking tot het 'oude huishouden' af te wikkelen. Hierdoor wordt voorkomen dat er dubbele lasten zijn.[1]

Door deze maatregel komt de overgangstermijn te vervallen. De hoge eigen bijdrage geldt dan vanaf de start van de intramurale opname in de Wlz (of Wmo 2015 beschermd wonen), tenzij er sprake is van een uitzonderingssituatie.[2]

1 Indien een cliënt de hoge eigen bijdrage niet kan betalen, doordat de woning nog niet is verkocht, kan er een betalingsregeling aangevraagd worden. Hiermee wordt tijdelijk uitstel van betaling van een gedeelte van de eigen bijdrage geregeld en wordt een schuld opgebouwd.
2 De resterende uitzonderingssituaties blijven bestaan.

De maatregel vereist een wijziging van het Besluit langdurige zorg (Blz) en voor beschermd wonen een wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wmo 2015. Inclusief voorhang neemt dit één jaar in beslag. Dit is exclusief de overgangsperiode voor bestaande gevallen: alleen cliënten waarvoor die termijn nog niet is aangevangen, krijgen na inwerkingtreding met de maatregel te maken.

Budgettaire effecten

Het budgettaire effect van de maatregel bestaat uit verschillende componenten:
- De eigenbijdragen-opbrengsten van de Wlz en Wmo beschermd wonen zullen toenemen met respectievelijk € 82 en € 3 mln.
- Naar verwachting zal een beperkt deel (2%) van de toekomstige Wlz-cliënten hun zorgvraag aanpassen en in plaats van intramurale zorg voor een VPT kiezen. Hierdoor zullen de opbrengsten uit eigen bijdragen in de Wlz dalen. Voor de beschermd wonen doelgroep wordt het effect verwaarloosbaar geacht.
- Uit een groot vergelijkend onderzoek is in 2018 gebleken dat er nauwelijks verschil is in de zorgkosten tussen Wlz-cliënten die intramuraal en extramuraal verblijven.[3] Dit betekent dat er nauwelijks effect is op de netto-collectieve uitgaven. Wel nemen de Wlz-uitgaven af met € 4 mln. en nemen de Zvw- en Wmo-uitgaven toe met respectievelijk € 2 en € 1 mln.

Overige effecten

Mensen met een beperkt inkomen of vermogen kunnen in de schulden raken als ze geen tijd hebben om hun huis te verkopen of hun huur op te zeggen.[4]

Overige opmerkingen

Deze maatregel interacteert met maatregelen die een wijziging van de eigen bijdragen voorstellen.

Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN
Terug naar overzicht resultaten

3 Wong, Bakx, Wouterse en Van Doorslaer 2018: https://esb.nu/esb/20042408/thuiszorg-is-niet-altijd-goedkoper-dan-verpleeghuiszorg

4 Daarnaast wordt de eerste factuur van het CAK regelmatig met enige vertraging ontvangen. Dit komt doordat het CAK afhankelijk is van externe informatiebronnen om de eigen bijdrage te berekenen. Bij een verhoging van de eigen bijdrage, wordt het bedrag op deze factuur hoger.

74 Afschaffen eigen bijdrage Wmo

Afschaffing van de eigen bijdragen voor algemene en maatwerkvoorzieningen in de Wmo, behalve voor beschermd wonen en maatschappelijke opvang.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**0**	**380**	**380**	**370**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (Wmo)	0	0	95	95	95
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wmo, remgeldeffect)	0	0	300	300	300
w.v. administratieve lasten (Wmo)	0	0	-15	-15	-25
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wlz, schuif)	0	0	-35	-35	-35
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Zvw, schuif)	0	0	20	20	20
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wmo, schuif)	0	0	10	10	10
Kwalitatief effect					
Minder stapeling van kosten voor cliënten; mogelijk negatieve gezondheidseffect door langer wachten met aanvragen passende zorg.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De eigen bijdragen voor algemene en maatwerkvoorzieningen worden afgeschaft - behalve voor beschermd wonen en maatschappelijke opvang. Deze vormen van zorg voorzien immers in verblijf en eten en drinken, waar afschaffing van eigen bijdragen niet logisch is.[1]

De maatregel vereist een wijziging van de Wmo 2015 en onderliggende regelgeving. Dit vergt twee jaar. In dezelfde periode kan ook de implementatie worden geregeld.

1 De eigen bijdrage voor beschermd wonen blijft de systematiek van de Wlz volgen. De eigen bijdrage voor maatschappelijke opvang wordt opgelegd door centrumgemeenten.

Budgettaire effecten

De maatregel leidt tot vanaf jaar 3 tot de volgende budgettaire effecten:

- Verdwijnen opbrengst eigen bijdragen op basis van een abonnementstarief: circa € 95 mln. Daarnaast verdwijnen ook eigen bijdragen voor algemene voorzieningen buiten het abonnementstarief; aangenomen wordt dat de opbrengst hiervan nagenoeg nihil zijn.
- Toenemende vraag naar zorg en ondersteuning uit de Wmo: doordat een groot deel van de eigen bijdragen in de Wmo vervalt, zal het gebruik van zorg en ondersteuning in de Wmo naar verwachting toenemen. Op basis van onderzoek naar prijselasticiteit[2] wordt een gedragseffect ingeschat van € 300 mln.
- Besparing uitvoeringskosten van het CAK: aangezien systemen drie tot vier jaar beschikbaar moeten blijven, loopt deze besparing vanaf jaar 3 op tot structureel € 25 mln.
- Verschuiving van Wlz-zorg naar Wmo en Zvw: door verdwijning van eigen bijdragen zal een klein deel van de mensen iets langer in de Wmo blijven voordat zij doorstromen naar de Wlz. We gaan ervan uit dat de zorguitgaven voor Wlz-cliënten met een pgb ongeveer gelijk zijn aan die van mensen die alleen Zvw- en Wmo-zorg gebruiken. Hierdoor is er nauwelijks een netto-effect op de totale collectieve zorguitgaven, maar wel op de uitgaven per domeinen. In het structurele beeld voorzien we een daling van € 35 mln. in de Wlz en een stijging van de zorguitgaven van € 20 en € 10 mln. voor respectievelijk de Zvw en Wmo.

Wij gaan uit van volledige compensatie voor gemeenten, zowel voor het verdwijnen van de opbrengst uit eigen bijdragen als voor de aanzuigende werking. Dit betekent dat gemeenten € 405 mln. aan compensatie ontvangen (€ 95 + € 300 + € 10).

Overige effecten

Door het afschaffen van de eigen bijdrage Wmo neemt het verschil met de (inkomensafhankelijke) eigen bijdrage voor de Wlz verder toe. Een deel van de cliënten zal zoals gezegd langer gebruik blijven maken van ondersteuning uit de Wmo 2015 voordat zij een beroep gaan doen op de Wlz. Hierdoor lopen niet alleen de kosten van gemeenten op, maar kan

2 Volgens onderzoek van onder anderen CPB en SEO geldt voor huishoudelijke hulp een elasticiteit van -0,3 voor huishoudelijke hulp. Wij rekenen met een lagere elasticiteit van 0,15, omdat de huidige eigen bijdrage al relatief laag is. Er wordt dus een beperkte extra instroom verwacht. Voor de resterende zorgvormen rekenen we met een elasticiteit van 0,05. De berekening van het afschaffen van het abonnementstarief wijkt af van de berekening van het terugdraaien van het abonnementstarief, zie maatregel 70 (Effect van vermogen op eigen betalingen Wmo en Wlz aanpassen). Hier is voor gekozen omdat invoering van het abonnementstarief een grote wijziging van de eigen bijdrage betekende voor een relatief beperkte groep, terwijl afschaffen van het abonnementstarief een relatief kleine wijziging is voor een grote groep.

er ook een negatief gezondheidseffect optreden, doordat mensen te lang wachten met het aanvragen van een indicatie voor (beter) passende zorg.

Bovendien kan met het toevoegen van geld aan het gemeentefonds niet worden gegarandeerd dat gemeenten dit ook uitgeven aan zorg. Dit is van toepassing op alle maatregelen op het terrein van gemeenten.

Overige opmerkingen

Er is interactie met alle maatregelen waarbij de eigen bijdragen Wmo worden aangepast.

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

75 Huishoudelijke hulp (en woningaanpassingen) uit de Wmo

Huishoudelijke hulp (en woningaanpassingen) wordt niet meer vergoed vanuit de Wmo. Dit wordt uitgewerkt in drie varianten:
Variant A: alleen huishoudelijke hulp wordt niet meer vergoed vanuit de Wmo.
Variant B: zowel huishoudelijke hulp als woningaanpassingen gaan uit de Wmo.
Variant C: hetzelfde als variant B, maar de staat faciliteert het sparen voor deze kosten, via bijzonder (vrijgesteld) vermogen binnen de vermogensrendementsheffing (Box 3).

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: huishoudelijke hulp uit de Wmo	**0**	**0**	**-500**	**-500**	**-500**
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Zvw, remgeldeffect)	0	0	-490	-490	-490
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wmo, lagere uitgaven)	0	0	-1.400	-1.400	-1.400
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wmo, remgeldeffect)	0	0	-370	-370	-370
w.v. administratieve lasten (Wmo)	0	0	-10	-10	-10
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (Wmo)	0	0	40	40	40
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wlz, remgeldeffect)	0	0	2.000	2.000	2.000
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (Wlz)	0	0	-270	-270	-270
Varianten B en C: huishoudelijke hulp en woningaanpassingen uit de Wmo	**0**	**0**	**-470**	**-470**	**-460**
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Zvw, remgeldeffect)	0	0	-600	-600	-600
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wmo, lagere uitgaven)	0	0	-1.400	-1.400	-1.400
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wmo, remgeldeffect)	0	0	-430	-430	-430
w.v. administratieve lasten (Wmo)	0	0	-10	-10	-10
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (Wmo)	0	0	40	40	45
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wlz, remgeldeffect)	0	0	2.300	2.300	2.300
w.v. administratieve lasten (Wlz)	0	0	5	5	5
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (Wlz)	0	0	-320	-320	-320
Kwalitatief effect					
Vermindering toegankelijkheid woningaanpassingen.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De Wmo biedt verschillende vormen van ondersteuning, waaronder huishoudelijke hulp en woningaanpassingen. In de meeste gevallen wordt hiervoor het abonnementstarief betaald. Deze eigen bijdrage is onafhankelijk van inkomen, vermogen en zorggebruik en bedraagt voor de meeste huishoudens (maximaal) € 19 per maand.

De overheid heeft twee tot drie jaar nodig om huishoudelijke hulp en woningaanpassingen uit de Wmo te halen. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor uitvoering van de Wmo 2015, waarvoor ze zelf beleid maken en contracten met aanbieders sluiten. De voorziening 'woningaanpassing' is in de Wmo 2015 gedefinieerd. Dat geldt niet voor 'huishoudelijke hulp', zodat deze alsnog apart moet wordt gedefinieerd. Vervolgens kunnen deze voorzieningen geschrapt worden uit de Wmo. Dit vergt, ook voor afstemming met gemeenten en overgangsbepalingen, een ingrijpende wetswijziging.

Bij variant C is van belang dat vanaf 2022 voor de heffing over spaartegoeden in box 3 wordt aangesloten bij de spaarrente, die dan wordt toegepast op het hele spaarbedrag. Door de huidige lage spaarrente zal er ook bij een hoog spaartegoed nauwelijks belasting betaald worden. Een aparte vorm van zorgsparen heeft daarom nauwelijks toegevoegde waarde. Bovendien heeft dit geen aanvullend effect op de netto-collectieve zorguitgaven, en vergt dit deel van het voorstel aanvullende wetswijzigingen die buiten het bereik van Zorgkeuzes in Kaart vallen. Daarom wordt dit onderdeel van het voorstel in de rest van deze tekst buiten beschouwing gelaten.

Budgettaire effecten

In variant A vervallen de uitgaven aan huishoudelijke hulp van € 1,4 mld. en de eigen bijdragen van Wmo-cliënten met uitsluitend huishoudelijke hulp van circa € 40 mln. Uit onderzoek van het SCP (2019)[1] blijkt dat bij het wegvallen van bepaalde zorg en ondersteuning, zoals huishoudelijke hulp, een deel van de cliënten een beroep zal doen op andere vormen van zorg. Specifiek voor de huishoudelijke hulp komt dit neer op de volgende verwachte verschuivingen:

- Begeleiding (3,5%). Van de mensen die al begeleiding ontvangen, gaat 19,6% ook een beroep doen op wijkverpleging (gemiddeld 5 uur per maand) en verhuist 6,3% naar een verpleeghuis.
- Wijkverpleging (19,6%). Voor mensen die al wijkverpleging ontvangen, zal ook 6,3% naar een verpleeghuis verhuizen.
- Verpleeghuiszorg (6,3%). Voor de verpleeghuiszorg wordt aangenomen dat iedereen een ZZP4-indicatie krijgt en dat de zorguitgaven van deze cliënten in de Zvw en Wmo dalen.

1 https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2019/11/26/wat-als-zorg-wegvalt

Per saldo zien we een besparing in de Zvw en Wmo en een intensivering in de Wlz. Dit komt overeen met eerder onderzoek van het CPB.[2] In deze variant nemen de kosten voor de Wlz echter harder toe (met € 2 mld.) dan dat de uitgaven in de Zvw en Wmo dalen (€ 490 mln. en € 370 mln.), doordat mensen direct naar een verpleeghuis verhuizen; dit is de meest dure vorm van zorg in de Wlz. Deze verschuivingen gaan wel gepaard met hogere eigen bijdragen van € 270 mln. in de Wlz. De opbrengsten van eigen bijdragen in de Wmo en Zvw wijzigen marginaal. Wel dalen de totale uitvoeringskosten voor de Wmo met circa € 10 mln. De totale netto-collectieve zorguitgaven dalen naar verwachting met € 500 mln.

Bij variant B (en C) gelden dezelfde effecten als bij variant A, maar zijn er aanvullende effecten doordat ook woningaanpassingen uit de Wmo worden gehaald. Ten eerste dalen de eigen bijdragen van bestaande Wmo-cliënten met uitsluitend een woningaanpassing (al dan niet in combinatie met huishoudelijke hulp) van € 5 mln. over een termijn van tien jaar geleidelijk tot 0.[3]

Voor woningaanpassingen bevatten de andere domeinen geen substituten. Er wordt verondersteld dat de meeste mensen dit zelf proberen op te vangen. Niet iedereen zal dit kunnen betalen en op zichzelf kunnen blijven wonen. Verwacht wordt dat ongeveer 10% van huidige populatie met een woningaanpassing (met een eigen bijdrage) naar een verpleeghuis zal verhuizen. De Wlz-uitgaven nemen hierdoor met € 320 mln. extra toe, zodat ze in deze variant stijgen met € 2,3 mld. De extra besparingen in de Zvw en Wmo zijn respectievelijk € 120 mln. en € 65 mln. De totale besparingen in de Zvw en Wmo komen daarmee respectievelijk op € 600 mln. en € 430 mln.

Deze verschuivingen gaan gepaard met een extra stijging van de eigen bijdragen in de Wlz van € 45 mln. en een daling van de eigen bijdragen in de Wmo van € 1 mln. De totale netto-collectieve zorguitgaven dalen naar verwachting met € 460 mln. structureel. Dit is een kleinere besparing dan bij variant A, doordat het weghalen van woningaanpassingen uit de Wmo weinig oplevert, vergeleken met de extra kosten van mensen die naar een verpleeghuis verhuizen.

Overige effecten

– In de nieuwe situatie dragen mensen de volledige kosten voor huishoudelijke hulp en woningaanpassingen zelf. Met name voor lage inkomensgroepen kan zo de toegankelijkheid van woningaanpassingen in gevaar komen, zodat zij eerder

2 https://www.cpb.nl/publicatie/uitkering-voor-wmo-beinvloedde-huishoudelijke-hulp-en-andere-vormen-van-thuiszorg

3 We nemen aan dat er voor woningaanpassingen een overgangstermijn geldt, waarbij bestaande Wmo-cliënten met een woningaanpassing deze behouden en de eigen bijdrage blijven betalen.

noodgedwongen moeten verhuizen naar een geschikte woning. Dit vraagt een andere/grotere rol van woningcorporaties.
- Mensen die zich thuis nog net konden redden met huishoudelijke hulp (en/of woningaanpassing) gaan eerder een beroep doen op verpleeghuiszorg. Dit leidt tot langere wachtlijsten. Mogelijk zullen mensen met de meest zware zorgvraag niet meer uitkomen met de zorg die ze in de thuissituatie krijgen.
- Het huis vervuilt bij cliënten die geen alternatief vinden voor het wegvallen van de publiek-gefinancierde huishoudelijke hulp. Dit kan negatieve effecten hebben op de gezondheid.
- Er zou een soort vangnet, bijvoorbeeld via de bijzondere bijstand, gecreëerd kunnen worden voor mensen die het verlies aan huishoudelijke hulp niet kunnen opvangen met andere hulp en hierdoor een grote kans hebben om naar het verpleeghuis te verhuizen. Dit kan een extra besparing op de collectieve zorguitgaven opleveren, doordat de schuif naar duurdere zorgvormen wordt voorkomen.

Overige opmerkingen

Er is een interactie-effect met maatregelen die een aanpassing van de (eigen bijdragen voor) ondersteuning vanuit de Wmo voorstellen.

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

76 Korten op de huishoudelijke hulp in de Wmo

Er wordt gekort op de huishoudelijke hulp. Dit wordt in twee varianten uitgewerkt:
Variant A: De eigen bijdrage in de Wmo voor huishoudelijke hulp wordt verhoogd door het abonnementstarief hiervan te verhogen van € 19 naar € 25 per maand.
Variant B: Er wordt een generieke korting op de huishoudelijke hulp toegepast.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: verhogen eigen bijdrage huishoudelijke hulp door het verhogen van het abonnementstarief voor huishoudelijke hulp in de Wmo	**0**	**0**	**-80**	**-80**	**-80**
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen	0	0	-15	-15	-15
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	0	0	-65	-65	-65
Kwalitatief effect					
Deze maatregel werkt denivellerend.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De eerste variant betekent een aanpassing van de huidige eigenbijdrage-systematiek. Om het mogelijk te maken alleen een verhoging door te voeren voor de eigen bijdrage voor huishoudelijke hulp zal binnen de Wmo de huishoudelijke hulp apart moeten worden gedefinieerd. Hier is een wetswijziging met een doorlooptijd van tenminste twee jaar voor nodig. In de berekeningen is ervan uitgegaan dat variant 1 uitvoerbaar is vanaf jaar 3.

Variant B wordt niet uitgewerkt in Zorgkeuzes in Kaart, omdat het hier niet gaat om beleid maar om een generieke korting.

Budgettaire effecten

In variant A wordt het abonnementstarief voor alleen de huishoudelijke hulp verhoogd van € 19 naar € 25 per maand. Huishoudens die naast de huishoudelijke hulp ook andere Wmo-zorg ontvangen, betalen alleen het verhoogde tarief voor de huishoudelijke hulp. Bij een verhoging van het abonnementstarief gaat iedereen, ook mensen met een laag inkomen, een hogere eigen bijdrage betalen. De totale besparing van de maatregel is naar verwachting € 80 mln.

Dit bedrag is opgebouwd uit de volgende componenten:

– De opbrengst van de eigen betalingen zal toenemen omdat de eigen bijdrage hoger wordt. In de huidige situatie bedragen de totale opbrengsten van het abonnementstarief voor huishoudelijke verzorging in de Wmo circa € 55 mln. in 2021.[1] De verhoging van het tarief van € 19 naar € 25 per maand is een toename van 32%. De opbrengsten zullen hierdoor ook met 32% stijgen, wat resulteert in een besparing van € 15 mln.
– Door de verhoging van de eigen bijdrage zullen mensen afzien van huishoudelijke hulp. De totale uitgaven huishoudelijke hulp bedragen circa € 1,4 mld. in 2021.[2] Uitgaande van een prijselasticiteit van -0,15[3], bedraagt het gedragseffect circa € 65 mln.

Als gevolg van de maatregel zal een deel van de huishoudens mogelijk meer gebruik maken van andere vormen van zorg waarvoor de eigen bijdrage niet verandert, zoals begeleiding in de Wmo of andere zorgvormen in de Zvw en Wlz. Omdat het echter gaat om een beperkte verhoging van de eigen bijdrage en huishoudelijke hulp als voorziening blijft bestaan, wordt dit effect als verwaarloosbaar beschouwd.

Overige opmerkingen

De eigen bijdrage in de Wmo voor huishoudelijke hulp kan eventueel ook gerealiseerd worden door het afschaffen van het abonnementstarief voor huishoudelijke hulp en het herinvoeren van een inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor alleen de huishoudelijke hulp. Hiermee worden personen met een laag inkomen ontzien en gaan alleen personen met een hoger inkomen een hogere eigen bijdrage betalen.

De huishoudelijke hulp in de Wmo kan ook worden gekort door de huishoudelijke hulp in de Wmo te schrappen. Deze optie wordt uitgewerkt in maatregel 75 (Huishoudelijke hulp (en woningaanpassingen) uit de Wmo) uit de Wmo. Daarnaast heeft deze maatregel een interactie met alle andere maatregelen waarbij de (eigen bijdrage in de) Wmo wordt gewijzigd.

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

1 Gebaseerd op cijfers van het CAK waarin is gekeken naar het aandeel personen met huishoudelijke hulp (al dan niet in combinatie met een andere voorziening) en de opbrengst van de eigen bijdragen in de Wmo.
2 Dit bedrag volgt uit gemeentecirculaire van maart 2018 en is vervolgens opgehoogd naar 2021.
3 Deze prijselasticiteit is conform maatregel 74 (Afschaffen eigen bijdrage Wmo).

77 Nominale premie Zvw verlagen

De nominale premie van de Zvw wordt verlaagd, eventueel gecombineerd met het afschaffen van de zorgtoeslag. Het verschil wordt opgevangen met een inkomensafhankelijke premie, aanpassing van de inkomensafhankelijke bijdrage of een bijdrage uit de algemene middelen.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: premieverlaging naar € 1430	Het budgettaire effect is lager dan de ondergrens.				
Variant B: premieverlaging naar € 765	Het budgettaire effect is lager dan de ondergrens.				
Variant C: premieverlaging naar € 500 (+ afschaf zorgtoeslag)	**0**	**0**	**20**	**-50**	**-60**
w.v. effect concurrentie	0	0	0	-40	-40
w.v. effect uitvoeringskosten	0	0	20	-10	-20
Variant D: premieverlaging naar € 0 (+ afschaf zorgtoeslag)	**0**	**0**	**20**	**PM-10**	**PM-20**
w.v. effect concurrentie	0	0	0	PM	PM
w.v. effect uitvoeringskosten	0	0	20	-10	-20
Kwalitatief effect					
Mogelijke inkomensherverdeling en een afname van wanbetaling.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Deze maatregel bestaat uit vier varianten voor het verlagen van de nominale premie van de Zvw:
- verlagen met € 100 naar € 1.430;
- halveren tot € 765;
- verlagen tot € 500 in combinatie met het afschaffen van de zorgtoeslag;
- verlagen tot (ongeveer) € 0 in combinatie met het afschaffen van de zorgtoeslag.

In alle varianten blijven het verplicht en vrijwillig eigen risico bestaan. De daling in premie-inkomsten wordt opgevangen met een inkomensafhankelijke premie, aanpassing van de inkomensafhankelijke bijdrage, óf een bijdrage uit de algemene middelen.

Er zijn sterke twijfels bij de juridische uitvoerbaarheid van de maatregel binnen het huidige zorgstelsel met uitvoering door private verzekeraars. De juridische risico's van het verlagen van de nominale premie liggen allereerst in de Solvency II-richtlijn. De vraag is of redenen van algemeen belang de beperking van beleidsvrijheid van zorgverzekeraars bij de vaststelling van de nominale premie rechtvaardigen.

Daarnaast wordt een hogere overheidsbijdrage (via de risicoverevening naar zorgverzekeraars) door Europa mogelijk gezien als ongeoorloofde staatssteun. Een dergelijke verhoging moet gemeld worden bij de Europese Commissie. Deze zal vervolgens de Zvw toetsen aan de Europese staatssteunregels. Relevant om te weten is dat de Europese Commissie op dit moment een '*fitness check*' doet om te inventariseren of het huidige staatssteunkader voor Diensten van Algemeen Economische Belang nog up to date is of modernisering behoeft. De uitkomst van dit proces, en de betekenis ervan voor de voorliggende variant, is ongewis. Dit proces vergt naar verwachting nog circa twee jaar.

De opties met verhoging van de inkomensafhankelijke bijdrage of introductie van een rijksbijdrage kunnen technisch gezien in twee jaar worden ingevoerd. Dit is echter exclusief de tijd die het Europese traject zal vergen (enkele jaren). Introductie van een inkomensafhankelijke premie vergt nog een jaar extra in verband met implementatie.

Budgettaire effecten

De wetenschappelijke literatuur laat zien dat bij lagere nominale premies de concurrentie toeneemt.[1] We veronderstellen dat deze toename geleidelijk verloopt, naarmate de nominale premie afneemt.

Als de gemiddelde zorgpremie wordt vastgesteld op € 0 valt er geen inschatting te maken van de effecten op de concurrentie. Dit komt mede doordat sommige verzekerden een negatieve premie zullen ervaren (zeker bij toepassing van een vrijwillige eigen risico). Er zijn indicaties dat de concurrentieprikkel bij negatieve premies lager is, maar in Duitsland is juist het omgekeerde gebleken. Toen daar werd gewerkt met nulpremies, was er juist heel sterke concurrentie.

Bij een premieverlaging naar € 500 verwachten we de sterkste toename van de concurrentie. We veronderstellen dat de totale zorguitgaven (€ 51 mld.) dan geleidelijk afnemen met 0,08%. Dit resulteert in een besparing van € 40 mln. Als de premie wordt gehalveerd tot € 765 veronderstellen we de helft van dit effect. Bij de verlaging met € 100 wordt er geen effect op de concurrentie verwacht.

In de varianten waar de premie naar € 500 of € 0 wordt verlaagd, wordt ook de zorgtoeslag afgeschaft. Dit leidt op termijn tot een besparing van € 20 mln. aan uitvoeringskosten. Omdat de nominale premie blijft bestaan (zelfs als die gemiddeld € 0 is), vervallen de uitvoeringskosten van premie-inning niet. Als er een inkomensafhankelijke premie of uitkeerbare heffingskorting wordt geïntroduceerd, gaat dit gepaard met ongeveer € 20 mln. extra uitvoeringskosten van de Belastingdienst. Tegelijk zullen echter de

1 R. Douven et al., Premium levels and demand response in health insurance: relative thinking and zero-price effects, Journal of Economic Behavior & Organization, 2019.

uitvoeringskosten van de wanbetalersregeling dalen met € 20 mln. Per saldo kennen deze varianten dus een structurele besparing op de uitvoering van € 20 mln.

Bij de verlaging met € 100 en de halvering blijft de zorgtoeslag in stand. Als het verschil wordt gecompenseerd uit algemene middelen of een inkomensafhankelijke bijdrage is er verder geen effect op de netto-zorguitgaven. Hiermee halen deze twee varianten de ondergrens van € 50 mln. niet.

Overige effecten

Bij lagere nominale premies zullen er minder wanbetalers zijn, maar ze verdwijnen niet helemaal. Want ook bij het voorstel met een gemiddelde premie van nul blijft er een verplicht en een vrijwillig eigen risico, waarop wanbetaling mogelijk is.

Als de verlaging van de nominale zorgpremie kleiner is dan de maximale zorgtoeslag, zou het volledig afschaffen van de zorgtoeslag leiden tot negatieve inkomenseffecten voor huishoudens met lagere inkomens. Om deze effecten te voorkomen zou in dat geval eigenlijk een kleine zorgtoeslag moeten blijven bestaan. Er zou gezocht kunnen worden naar een alternatief voor het restant van de zorgtoeslag. Dit ligt buiten de scope van deze tekst, maar dat het vinden van een alternatief geen sinecure is, blijkt ook uit het IBO-Toeslagen. Gedacht kan worden aan instrumenten zoals een verhoging van het WML (en daaraan gekoppelde uitkeringen) en/of aan verzilverbare heffingskortingen.

← **Terug naar tabel EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

6.1.4 GENEES- & HULPMIDDELEN

Nr	Naam
78	Aanbesteden productie van commercieel niet-interessante geneesmiddelen
79	Aanbesteding van ontwikkeling en productie van commercieel niet-interessante geneesmiddelen
80	Open sourcing van geneesmiddelenonderzoek
81	Investeren in innovatieve modellen voor geneesmiddelenontwikkeling
82	Instellen onafhankelijk nationaal geneesmiddelenonderzoek(sfonds)
83	Fonds ter financiering van onderzoek van (dure) medicijnen in de praktijk
84	Royalty Fund essentiële medicijnen
85	Octrooien – Dwanglicenties
86	Afschaffen financiële arrangementen dure geneesmiddelen
87	Uitkomsten geneesmiddelenonderhandelingen overheid openbaar
88	Afschaffen speciale procedure beoordeling weesgeneesmiddelen
89	Toelaten geneesmiddelen in lijn met Duits model
90	Invoeren maximum introductieprijs voor nieuwe geneesmiddelen
91	Instellen prijswaakhond dure geneesmiddelen
92	Aanpassen Wet geneesmiddelenprijzen
93	Pay for performance
94	Centrale inkoop genees- en hulpmiddelen door de rijksoverheid
95	Verplichte centrale inkoop genees- en hulpmiddelen door ziekenhuizen
96	Declaratie dure geneesmiddelen ziekenhuizen
97	Afschaffen Geneesmiddelenvergoedingssysteem
98	Invoeren inschrijftarief apothekers
99	Transparantieregister zorg
100	Intensivering uitkomstgerichte zorg

78 Aanbesteden productie van commercieel niet-interessante geneesmiddelen

De overheid besteedt de productie van medicijnen publiek aan als ze dit noodzakelijk acht voor de volksgezondheid.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**0**	**+PM**	**+PM**	**+PM**
w.v. kosten productie geneesmiddelen	0	0	+PM	+PM	+PM
w.v. uitgaven aan geneesmiddelen	0	0	+PM	+PM	+PM
Kwalitatief effect					
Betere kwaliteit van zorg.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Bij deze maatregel gaat het om geneesmiddelen die reeds ontwikkeld zijn, maar niet worden geproduceerd omdat dat commercieel niet interessant is. Zodoende zijn deze middelen niet beschikbaar voor de patiënt. Het geneesmiddel is wel geregistreerd (geweest) en de productiewijze is bekend.

Als het patent is verlopen, kan de overheid de productie aanbesteden. Daarbij kunnen één of meer partijen aangeven voor welke prijs ze bereid zijn het geneesmiddel te leveren. Voorwaarde van de aanbesteding is dat de beoogde winnaar een handelsvergunning aanvraagt en krijgt. Naar verwachting kost het twee jaar om te komen tot een aanbesteding en daadwerkelijke productie.

Als het patent nog geldig is, kan de fabrikant een offerte gevraagd worden om de geneesmiddelen te leveren tegen een overeengekomen prijs. De fabrikant levert aan de groothandel/apotheek en rekent de bij de aanbesteding afgesproken prijs, of de overheid zelf betaalt de fabrikant voor het product. Als de fabrikant niet meewerkt, vergt dit een dwanglicentie.

Budgettaire effecten

De daadwerkelijke productiekosten van de geneesmiddelen zijn afhankelijk van de hoeveelheid patiënten en de eigenschappen van het geneesmiddel (grondstoffen, fabricagekosten). Hoe meer patiënten, hoe hoger de totale productiekosten, maar hoe lager de kosten per patiënt (schaalvoordeel). Als Nederland als enige aanbesteedt, is er sprake van een relatief kleine afzet en daarmee hoge kosten. Om al deze redenen zijn de productiekosten per geneesmiddel vooraf niet goed te berekenen. Als het geneesmiddel geproduceerd is, kan het tegen een bepaalde betaling beschikbaar worden gesteld aan de groothandel/apothekers. Er wordt hier vanuit gegaan dat dit tegen 'minimale kosten' gebeurt. Deze post wordt verder buiten beschouwing gelaten.

De maatregel heeft ook invloed op de uitgaven aan geneesmiddelen binnen de Zvw. In principe nemen deze uitgaven toe als er extra geneesmiddelen beschikbaar komen die op dit moment niet geproduceerd worden. In theorie is het echter ook mogelijk dat er uitgaven afnemen, namelijk als het geneesmiddel een duurdere behandeling vervangt. Omdat ook niet goed in te schatten is hoe vaak er een extra geneesmiddel beschikbaar komt, is het effect op de uitgaven aan geneesmiddelen niet te bepalen.

Overige effecten

Als er meer, door de overheid belangrijk geachte, geneesmiddelen ter beschikking van de patiënt komen, mag aangenomen worden dat de kwaliteit van de zorg toeneemt.

Overig opmerkingen

De maatregelen op het gebied van de ontwikkeling van geneesmiddelen kennen veelal een interactie-effect (overlap qua kosten en/of opbrengsten). Dit betreft met name maatregel **79** (Aanbesteding van ontwikkeling en productie van commercieel niet-interessante geneesmiddelen) en **80** (Open sourcing van geneesmiddelenonderzoek), maar ook **90** (Invoeren maximum introductieprijs voor nieuwe geneesmiddelen).

← **Terug naar tabel GENEES- & HULPMIDDELEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

79 Aanbesteding van ontwikkeling en productie van commercieel niet-interessante geneesmiddelen

De overheid kan de ontwikkeling en productie van bepaalde medicijnen publiek aanbesteden als ze dit noodzakelijk acht voor de volksgezondheid. Het patent wordt dan een publiek goed. Over de noodzaak van een aanbesteding adviseert het Zorginstituut op basis van een kosten-batenanalyse.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**0**	**+PM**	**+PM**	**+PM**
w.v. kosten productie en ontwikkeling	0	0	+PM	+PM	+PM
w.v. opbrengsten patenten	0	0	0	0	-PM
w.v. uitgaven aan geneesmiddelen	0	0	0	0	+PM
Kwalitatief effect					
Mogelijk hogere kwaliteit van zorg.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Het gaat om geneesmiddelen die niet worden ontwikkeld omdat dat commercieel niet interessant is. Zodoende zijn deze middelen niet beschikbaar voor de patiënt. Dit kan bijvoorbeeld betrekking hebben op antibiotica, waar het verdienmodel lastig is omdat in beginsel moet worden afgezien van het gebruik ervan om te voorkomen dat er resistentie optreedt.

De uitvoerbaarheid van de maatregel hangt mede af van welke partij het risico op falen van de ontwikkeling draagt: de overheid of de uitvoerder (inspanningsverplichting vs. resultaatverplichting). Als het risico bij de uitvoerder ligt, is het denkbaar het gewenste resultaat (zoals een nieuw antibioticum) aan te besteden voor een maximaal bedrag op basis van de verwachte financiële en maatschappelijke baten. De inschrijver zal een afweging maken tussen het R&D-risico en de verdiensten door de aanbesteding. Partijen zullen echter terughoudend zijn om in te tekenen of alleen tegen een hoge aanbestedingsprijs, vanwege het risico op falen.

Als het faalrisico bij de overheid ligt, moet deze zeer selectief zijn in het verlenen van opdrachten. Geneesmiddelenontwikkeling kent een hoge faalkans, die onder meer

afhankelijk is van de wetenschappelijke kwaliteit, betrouwbaarheid en significantie van de voorafgaande stappen in relatie tot het resterende ontwikkelingsproces. Voor deze analyse is zeer specialistische kennis noodzakelijk. Het Zorginstituut en de bredere overheid beschikken nu niet voldoende over deze kennis. Het risico is dan dat de overheid een verzameling dure, kansloze projecten gaat financieren (*picking losers*). De uitdaging zal zijn om die medicijnen te herkennen die nét niet voldoen aan de rendementseisen van investeerders. Daar is in theorie een opbrengst te verwachten, omdat de overheid met een lager rendement kan rekenen.

Voorwaarde van de aanbesteding is dat de beoogde winnaar een handelsvergunning aanvraagt en krijgt. Bij openbare aanbesteding kan de overheid geneesmiddelenontwikkeling financieren zonder dat er sprake is van ongeoorloofde staatssteun. De voorbereidingstijd is afhankelijk van de uitvoeringsvariant. Het houden van een aanbesteding kost een jaar. Als het risico bij de overheid ligt, is daarvoor nog een jaar extra nodig om een specialistische kennisbasis op te bouwen. De daadwerkelijke ontwikkeling en productie kosten structureel meer tijd.

Budgettaire effecten

De ontwikkelkosten van een geneesmiddel lopen gemiddeld genomen in de miljarden.[1] Het is bovendien vooraf niet in te schatten hoeveel geneesmiddelen op basis van een positieve kosten-batenanalyse voor aanbesteding in aanmerking zullen komen. In de variant waarbij de overheid het risico op falen draagt, is ook het budgettaire risico groter. Het maakt daarbij veel uit hoe de overheid het risico weet te beheersen door met veel kennis van zaken zeer selectief te zijn in het geven van opdrachten. De kosten van de productie voor de Nederlandse markt zijn eveneens onbekend, zie ook maatregel 78 (Aanbesteden productie van commercieel niet-interessante geneesmiddelen).

Tegenover de kosten van ontwikkeling, productie en vergunning staan de opbrengsten die voortkomen uit het vermarkten van het patent (licenties) voor de Nederlandse en wereldwijde markt. Deze zijn ook onbekend, maar omdat het gaat om commercieel niet-interessante producten mogen de verkoopopbrengsten als beperkt worden ingeschat.

1 ($ 1,3 mld.) Luyten, McKee en Wouters, JAMA, 323(9): 844-853, Estimated Research and Development Investment Needed to Bring a New Medicine to Market, 2009-2018; ($ 2,5 mld.) Gupta Strategists, The cost of opportunity, 2019; ($ 2,8 mld.) DiMasi, Grabowski, Hansen, J. Health Econ. 2016;47:20-33, Innovation in the pharmaceutical industry: new estimates of R&D costs.

Voor geneesmiddelen die door deze maatregel extra beschikbaar komen, geldt dat de uitgaven binnen de zorg toenemen. In theorie is het overigens ook mogelijk dat er andere uitgaven afnemen, indien het geneesmiddel een duurdere behandeling vervangt. Omdat ook niet goed in te schatten is hoe vaak er een extra geneesmiddel beschikbaar komt, is het effect op de uitgaven aan geneesmiddelen niet te bepalen.

Overige effecten

Als er nieuwe, door de overheid belangrijk geachte, geneesmiddelen ter beschikking van de patiënt komen, mag aangenomen worden dat de kwaliteit van de zorg toeneemt.

Overige opmerkingen

De maatregelen op het gebied van de ontwikkeling van geneesmiddelen kennen veelal een interactie-effect (overlap qua kosten en/of opbrengsten).

← **Terug naar tabel GENEES- & HULPMIDDELEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

80 Open sourcing van geneesmiddelenonderzoek

De onderzoeksresultaten, -gegevens, en -methoden van medicijnen die zijn ontwikkeld met steun van de Nederlandse overheid of universiteiten worden openbaar en digitaal beschikbaar gemaakt voor iedereen die wil bijdragen aan de ontwikkeling van geneesmiddelen. De traditionele manier van ontwikkeling met patenten en geheimhouding wordt doorbroken.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	0	0	-PM	-PM	-PM
Kwalitatief effect					
Mogelijk minder geneesmiddelen beschikbaar.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Het gaat hier om potentieel commercieel interessante producten. Door *open sourcing* verandert dit echter en is de kans groot dat een potentieel geneesmiddel niet verder wordt ontwikkeld. Open sourcing staat namelijk patentering (en daarmee verdere ontwikkeling) in de weg. Normaliter wordt eerst gepatenteerd, voordat wordt gepubliceerd. Eenmaal gepubliceerd is de kennis niet meer patenteerbaar.

Zonder patent is exclusieve exploitatie van de kennis niet mogelijk. Patenteren is cruciaal: een investeerder moet risicovol investeren en zal dat alleen doen als hij de opbrengsten kan houden. Zonder patent is er geen eigendom en geen basis voor een investering. Het product waarin geïnvesteerd is, kan immers door anderen worden nagemaakt - hetgeen ook invloed heeft op de mogelijke verkoopprijs. Dit betekent dat marktpartijen bij open sourcing naar verwachting niet zullen investeren in doorontwikkeling van deze geneesmiddelen. Alleen voor geneesmiddelen die geen goed verdienmodel hebben, kan open sourcing de ontwikkeling stimuleren.

Als er wordt gepubliceerd zonder dat er is gepatenteerd, spreekt men van stiefkind-geneesmiddelen. Normaal is een stiefkindgeneesmiddel een onbedoeld gevolg. Maar met open sourcing creëert de overheid dus bewust stiefkindgeneesmiddelen. Een alternatief voor het voorstel is dat een vinding omwille van de rechtsbescherming wél wordt gepatenteerd, maar vervolgens niet-exclusief worden gelicenseerd aan iedereen die een licentie wil hebben.

De maatregel zal op zichzelf geen oplossing bieden voor de ontwikkeling van geneesmiddelen waar in principe een goed verdienmodel voor is als er een exclusief patent zou zijn.

Bij stiefkindgeneesmiddelen is waarschijnlijk een prikkel nodig voor doorontwikkeling. Dit zou kunnen met een aanbesteding (zie 79 (Aanbesteding van ontwikkeling en productie van commercieel niet-interessante geneesmiddelen); het verschil is dat het bij deze maatregel gaat om potentieel commercieel interessante producten). Een bedrijf krijgt dan een bedrag als het erin slaagt het geneesmiddel marktrijp op te leveren.

Het is juridisch uitvoerbaar om aan de financiering van onderzoek door de (semi-)overheid de voorwaarde te verbinden dat de resultaten open source moet worden gemaakt. In het geval van subsidies spelen er mogelijk wel risico's op staatssteun.

Budgettaire effecten

De maatregel betreft potentieel commercieel interessante producten. Wanneer voor een dergelijk middel een patent beschikbaar is, moet nog aanzienlijk worden geïnvesteerd in doorontwikkeling om een medicijn naar de markt te brengen. Een investeerder moet risicovol investeren en zal dat alleen doen wanneer die de opbrengsten kan houden. Bij open sourcing, dus als er geen sprake is van een exclusief patent, zullen marktpartijen naar verwachting niet in deze geneesmiddelen investeren. De maatregel beperkt dus de ontwikkeling van geneesmiddelen waar in principe een goed verdienmodel voor zou zijn. Mogelijk komen minder geneesmiddelen beschikbaar, zodat de uitgaven aan geneesmiddelen dalen. Dit effect is niet te kwantificeren, maar zal minimaal zijn omdat Nederland beperkte invloed heeft op de mondiale geneesmiddelenontwikkeling.

Een neveneffect van de maatregel zou kunnen zijn dat ontvangers van publieke gelden voor onderzoek al eerder proberen de ontwikkeling van een geneesmiddel met privaat geld te financieren om te voorkomen dat ze aan de voorwaarden van de beschreven maatregel gebonden zijn. Hiermee worden de publieke uitgaven aan onderzoek verminderd. Deze effecten zijn niet te kwantificeren.

Overige effecten

De maatregel beperkt de ontwikkeling van geneesmiddelen waar in principe een goed verdienmodel voor is als er een exclusief patent zou zijn. Het gevolg kan zijn dat hierdoor minder geneesmiddelen beschikbaar komen.

Overige opmerkingen

De maatregelen op het gebied van de ontwikkeling van geneesmiddelen kennen veelal interactie of overlap (qua kosten en/of opbrengsten). Dat geldt in elk geval voor 78 (Aanbesteden productie van commercieel niet-interessante geneesmiddelen) en 80 (Open sourcing van geneesmiddelenonderzoek).

← Terug naar tabel GENEES- & HULPMIDDELEN
← Terug naar overzicht resultaten

81 Investeren in innovatieve modellen voor geneesmiddelenontwikkeling

Het Rijk investeert € 500 mln. per jaar in ontwikkeling van geneesmiddelen met als doel een eerlijk geprijsd product, zoals beoogd bij *Fair Medicine* en vergelijkbare initiatieven. Eventuele winsten als het product op de markt is, vloeien terug in het fonds.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**50**	**150**	**250-PM**	**500-PM**
w.v. kosten geneesmiddelenontwikkeling	0	50	150	250	500
w.v. zorguitgaven	0	0	0	-PM	-PM
Kwalitatief effect					
Mogelijk hogere kwaliteit van zorg.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De overheid investeert in de ontwikkeling van medicijnen door nieuwe businessmodellen te ondersteunen met als doel een maatschappelijk aanvaardbare winstmarge en transparantie over de kosten en marktprijs. De overheid besteedt de ontwikkeling van geneesmiddelen aan bij farmaceuten: de overheid vraagt bijvoorbeeld om een nieuw middel tegen alzheimer, een biosimilar voor een bestaand spécialité, en bedrijven offreren hiervoor. Dit betekent dat de ontwikkeling van het product publiek gefinancierd wordt via aanbesteding bij een private partij.

Er zijn ook andere financieringsvormen denkbaar, zoals een lening die wordt omgezet in een subsidie wanneer het middel de markt haalt. Het risico op mislukking ligt in beide gevallen bij de overheid. Als het onderzoek in preklinisch onderzoek, of in klinisch onderzoek fase 1, 2 of 3 faalt omdat blijkt dat de werkzame stof toch niet werkzaam is voor die indicatie, dan zijn onderzoekers wel aan het werk geweest, maar levert de investering geen nieuw middel op. Er kunnen afspraken gemaakt worden over eigendomsrechten en over distributie- en productiekosten van middelen die de markt bereiken.

Budgettaire effecten

Jaarlijks wordt € 500 mln. door de overheid geïnvesteerd in geneesmiddelenontwikkeling. Het geneesmiddel dat in Nederland wordt ontwikkeld, kan ook in andere landen

worden verkocht. Daarmee zouden de investeringskosten op termijn (deels) terugverdiend kunnen worden.

De uitgaven aan geneesmiddelen in Nederland stijgen wanneer nieuwe geneesmiddelen beschikbaar komen voor de patiënt. De geneesmiddelenuitgaven dalen mogelijk bij een nieuw generiek middel dat een alternatief vormt voor een bestaand geneesmiddel. De prijs van het spécialité zal mogelijk dalen of het verkochte volume ervan neemt af, ten gunste van het generieke middel. Wereldwijd worden tientallen miljarden geïnvesteerd in geneesmiddelenontwikkeling. Dit leidt jaarlijks 'maar' tot enkele tientallen nieuwe geneesmiddelen. Het is daarom onzeker of met de beoogde investering in ontwikkeling of patenten van geneesmiddelen daadwerkelijk resultaten worden geboekt.

De gemiddelde uitgaven van een geneesmiddel met patent in Nederland liggen zo rond de € 5 mln. tot € 10 mln. per jaar. Slechts een deel van de nieuwe middelen heeft een hele hoge prijs. Bij publieke investeringen in geneesmiddelenontwikkeling die leiden tot een *fair price* aan het eind van de keten, zullen de uiteindelijke besparingen op de uitgaven aan geneesmiddelen in Nederland in de meeste gevallen beperkt zijn.

Doordat de ontwikkeling van het geneesmiddel publiek wordt gefinancierd, kan de overheid de prijs bepalen. De veronderstelling is dat het met publiek geld ontwikkelde geneesmiddel wereldwijd wordt verkocht tegen een lage prijs en de overheid daarmee bereid is lagere rendementen dan de markt te accepteren.[1] Alle landen profiteren van de lagere prijs. De budgettaire opbrengst (de lagere kosten van geneesmiddelen) beperkt zich echter tot Nederland, omdat Nederland zich niet het voordeel van andere landen kan toe-eigenen.

De maatregel vergt gezamenlijke investeringen met andere landen om tot een hogere opbrengst te komen. Wanneer Nederland in geneesmiddelenontwikkeling samenwerkt met andere landen, profiteert Nederland ook van de investeringen van andere landen. De maatregel levert in het geval van samenwerking dus meer op, zij het dat de kans op succes gering blijft. Omdat samenwerking niet verondersteld kan worden, blijft de opbrengst (lagere uitgaven aan geneesmiddelen) beperkt tot Nederland.

Overige opmerkingen

De maatregelen op het gebied van de ontwikkeling van geneesmiddelen kennen veelal een interactie-effect (overlap qua kosten en/of opbrengsten).

1 Dit moet onder andere worden getoetst aan de Wet Markt en overheid. De overheid dient onder meer de werkelijke kosten te berekenen in de prijs.

← Terug naar tabel GENEES- & HULPMIDDELEN
← Terug naar overzicht resultaten

82 Instellen onafhankelijk nationaal geneesmiddelen-onderzoek(sfonds)

De maatregel bepleit het oprichten van een onafhankelijk nationaal geneesmiddelen-onderzoeksfonds dat (vervolg-)onderzoek naar geneesmiddelen financiert in ruil voor het patent. Fabrikanten dragen verplicht een percentage van de omzet bij aan het fonds. De patentopbrengsten vloeien terug in het fonds. De overheid prioriteert het onderzoek. Op deze manier wordt onderzoek dat klinisch interessant is maar commercieel niet, toch gefinancierd.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**PM**	**PM**	**PM**	**PM**
w.v. kosten en opbrengsten fonds	0	PM	PM	PM	PM
w.v. verandering zorguitgaven	0	0	0	PM	PM
Kwalitatief effect					
Mogelijk hogere kwaliteit van zorg.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Er komt een Nationaal Fonds Geneesmiddelenonderzoek. De overheid financiert het onderzoek in ruil voor het patent. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door een fonds onder te brengen bij ZonMw of NWO, die patenthouder wordt. De overheid prioriteert, academische ziekenhuizen en universiteiten gaan de middelen ontwikkelen.

Verondersteld wordt dat een kennisinstelling het intellectuele eigendom heeft op een kandidaat- geneesmiddel, maar dit middel niet verder kan ontwikkelen omdat private financiers het commercieel niet interessant genoeg vinden. Dan kan de overheid de verdere ontwikkeling financieren in ruil voor het intellectuele eigendom. Het gaat dus niet om 'patentloze commercieel niet-interessante geneesmiddelen', zoals bij *drug rediscovery* en bij stiefkindgeneesmiddelen.

Op drie manieren kan het fonds ingezet worden. Het fonds krijgt aanvragen van onderzoekers die er niet in slagen om hun klinisch interessante ontdekking met commerciële partners naar de markt te brengen. Het fonds krijgt octrooien van ontwikkelaars en voert de laatste onderzoeksfasen zelf uit of geeft hiertoe opdracht aan publieke instellingen.

Het fonds begeleidt de aanvraagprocedure voor markttoelating. Vervolgens kunnen fabrikanten en distributeurs, in onderlinge concurrentie, de rechten verkrijgen om het middel te produceren, distribueren en verkopen op voorwaarde dat ze de hoogste kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid tegen de laagste kostprijs kunnen aanbieden.

Lastige kanten zitten er ook aan. Het risico is dat de overheid een verzameling dure, kansloze projecten financiert (picking losers), omdat klinisch onderzoek duur is en omdat klinische relevantie geen garantie biedt voor veiligheid en werkzaamheid. Het onderhouden van patenten kost geld, brengt verplichtingen en keuzes met zich mee en vergt specifieke kennis. Ook zal gekozen moeten worden in welke landen het patent wordt ingediend.

Een verplichting aan fabrikanten om een percentage van de omzet af te dragen aan het fonds vergt nieuwe wetgeving. Net als het fonds zelf, zal er veel moeten worden opgezet en uitgewerkt: welke bedrijven, criteria daarvoor, hoeveel, eventueel sancties. Een (interdepartementale) toets maakt onderdeel uit van het wetgevingsproces. Europese wetgeving zou het lastig kunnen maken: met name de inbreuk op het eigendomsrecht, en het vrij verkeer van goederen zou het ook kunnen raken (afzetten van geneesmiddelen in Nederland betekent afdragen aan fonds , en dus extra beperking als je zaken wil doen in Nederland). Goed gemotiveerd zou een heffing bij de industrie op het eerste gezicht juridisch begaanbaar kunnen zijn. De invoering vergt drie jaar.

Budgettaire effecten

De omvang van het fonds is niet gegeven (PM). Daarnaast zijn er kosten voor het beheren van patenten. Ook kunnen de extra kosten voor de fabrikanten (middels verplichte afdracht in het fonds) door hen worden verdisconteerd in (hogere) prijzen van geneesmiddelen. Daarmee nemen de uitgaven aan zorg dan toe.

Als er geïnvesteerd wordt in de ontwikkelingen van nieuwe geneesmiddelen waarvoor op dit moment geen commerciële interesse is, gaat het om ontwikkeling van additionele geneesmiddelen. Dit leidt tot nieuwe geneesmiddelen die zonder deze maatregel niet waren ontwikkeld, waardoor de uitgaven aan geneesmiddelen toenemen. De tientallen miljarden die wereldwijd worden geïnvesteerd in geneesmiddelenontwikkeling leveren jaarlijks ‘maar’ enkele tientallen nieuwe geneesmiddelen op. Het is dan ook onzeker of met het investeren (van € x mln. per jaar) in ontwikkeling en/of patenten van geneesmiddelen, daadwerkelijk resultaten worden geboekt. De kans erop lijkt klein.

De gemiddelde uitgaven van een geneesmiddel met patent in Nederland liggen zo rond de € 5 mln. tot € 10 mln. per jaar. Slechts een deel van de nieuwe middelen heeft een hele hoge prijs. Bij publieke investeringen in geneesmiddelenontwikkeling die leiden tot een fair price aan eind van de keten, zullen de uiteindelijke besparingen op de uitgaven aan geneesmiddelen in Nederland in de meeste gevallen beperkt zijn.

Overige effecten

Als er nieuwe geneesmiddelen worden ontwikkeld, dan zijn deze geneesmiddelen beschikbaar voor de patiënt. Dit verhoogt de kwaliteit van zorg.

Overige opmerkingen

De maatregelen op het gebied van de ontwikkeling van geneesmiddelen kennen veelal een interactie-effect (overlap qua kosten en/of opbrengsten).

← **Terug naar tabel GENEES- & HULPMIDDELEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

83 Fonds ter financiering van onderzoek van (dure) medicijnen in de praktijk

Er komt een fonds voor onafhankelijk onderzoek naar de werking van medicijnen in de praktijk. Naar twee aspecten wordt er gekeken: naar man/vrouw-verschillen (bijvoorbeeld voor effecten van het geneesmiddel) en naar dosisoptimalisatie van dure geneesmiddelen. Fabrikanten dragen verplicht een percentage van de omzet bij aan het fonds.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**PM**	**PM**	**PM**	**PM**
w.v. kosten onderzoek	0	+PM	+PM	+PM	+PM
w.v. effect op zorguitgaven	0	0	PM	PM	PM
Kwalitatief effect					
Effectievere inzet van geneesmiddelen.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Binnen het ZonMw doelmatigheidsprogramma Goed Gebruik Geneesmiddelen (ZonMw GGG, rond de € 20 mln. per jaar, door de overheid gefinancierd) wordt nu ook onderzoek gedaan naar optimale dosering van geneesmiddelen en naar man/vrouw-verschillen. Daarnaast hebben de partijen rondom het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg (HLA MSZ) bij de uitbreiding van het Integraal pakket aan maatregelen ter borging van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen (IPAM) afgesproken in kaart te brengen in welke gevallen financiering van gepast gebruik onderzoek bij dure geneesmiddelen problemen oplevert. Ook willen ze, als blijkt dat vraag en aanbod nog niet altijd aansluiten, nader analyseren wat mogelijke oplossingen zijn. Dit is afgesproken vanwege het signaal dat onderzoekers nu moeite ervaren bij het vinden van financiering van bepaalde onderzoeken.[1]

Kennis van verschillen in werking van geneesmiddelen bij mannen en vrouwen kan leiden tot meer *personalised medicine* (maatvoering in het toepassen van geneesmiddelen) waardoor de effectiviteit van de therapie kan toenemen. Dit geldt overigens in het algemeen

1 https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/07/02/kamerbrief-over-2-trajecten-aanpak-dure-medicijnen

voor het in kaart brengen van de effectiviteit van geneesmiddelen bij diverse subgroepen (ras/leeftijd/co-morbiditeit/etc.).

Onderzoek naar de laagste dosering vindt nu plaats als daar aanleiding voor is. Bij veel medicijnen waar artsen goede resultaten van een andere inzet van het middel verwachten (dosisoptimalisatie maar ook bijvoorbeeld start-stopcriteria) vindt al onderzoek plaats.[2] Bij reumamedicatie is dit bijvoorbeeld gebeurd en heeft dit veel geld bespaard. Ook bij andere (veelal chronische) ziektebeelden wordt na onderzoek zeer doelmatig gedoseerd in Nederland in verhouding tot andere landen (bijvoorbeeld hemofilie VIII en ziekte van Gaucher).[3]

Daarnaast kent de bestaande intramurale bekostiging prikkels tot doelmatige dosering: uitgaven aan dure intramurale geneesmiddelen vallen binnen het ziekenhuisbudget en binnen het in het HLA MSZ afgesproken groeipad, met het macrobeheersinstrument (MBI) als stok achter de deur. Hierdoor zijn zorgaanbieders eerder geneigd tot het stimuleren van dosisoptimalisatie dan wanneer zij niet verantwoordelijk zijn voor de kosten. Er zijn signalen dat door zowel de kosten als het ontbreken van een belang bij fondsen en fabrikanten gewenst doelmatigheidsonderzoek bij dure geneesmiddelen niet altijd tot stand komt. Onder andere vanwege de kosten kan binnen ZonMw GGG maar een beperkte hoeveelheid van dergelijke onderzoeken gesubsidieerd worden.

Een verplichting aan fabrikanten om een percentage van de omzet af te dragen aan het fonds vergt nieuwe wetgeving. Net als het fonds zelf, zal een en ander moeten worden opgezet en uitgewerkt (welke bedrijven, criteria daarvoor, hoeveel, eventueel sancties). Een (interdepartementale) toets maakt onderdeel uit van het wetgevingsproces.

Europese wetgeving zou het lastig kunnen maken: met name de inbreuk op het eigendomsrecht, en ook het vrij verkeer van goederen zou het kunnen raken. Afzetten van geneesmiddelen in Nederland betekent afdragen aan het fonds, en dat is een extra beperking als je zaken wil doen in Nederland. Goed gemotiveerd zou een heffing bij de industrie op het eerste gezicht juridisch haalbaar kunnen zijn. De invoering vergt drie jaar.

Budgettaire effecten

Het eerste deel van de maatregel richt zich op man/vrouw-verschillen. Onderzoeksuitkomsten dragen bij aan de kwaliteit van zorg. Het is niet mogelijk de eventuele gevolgen hiervan op zorguitgaven te kwantificeren.

2 https://www.zonmw-geneesmiddelenmagazines.nl/magazine/ggg/kamer-doelmatigheid-en-effectiviteit/

3 ZIN monitor weesgeneesmiddelen 2019.

Het tweede deel van de maatregel richt zich op optimale dosering. In theorie kan dat een hogere of lagere dosering zijn. Bij dure geneesmiddelen leidt het veelal tot een lagere dosering. Sommige studies kunnen, bij implementatie van de uitkomsten, tot besparingen leiden. Het is niet mogelijk om op voorhand een inschatting te maken van de omvang van de positieve opbrengsten van het fonds, omdat de opbrengsten afhangen van de uitkomst van de onderzoeken en de implementatie daarvan in de praktijk. In hoeverre de opbrengsten opwegen tegen de kosten valt op voorhand niet goed te bepalen.

De omvang van het fonds wordt niet gegeven. Overigens kunnen de extra kosten voor de fabrikanten (via verplichte afdracht in het fonds) door hen worden verdisconteerd in (hogere) prijzen van geneesmiddelen. Daarmee nemen de zorguitgaven vervolgens toe.

Overig opmerkingen

De maatregel heeft raakvlakken met maatregelen **100** (Intensivering uitkomstgerichte zorg), **108** (Versterking toetsing (kosten)effectiviteit basispakket) en **109** (Gepast gebruik en zinnige zorg).

← **Terug naar tabel GENEES- & HULPMIDDELEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

84 Royalty Fund essentiële medicijnen

De overheid koopt van essentiële patenten een licentie voor de Nederlandse markt en stelt de licenties beschikbaar aan de farmaceutische industrie. Voor het opkopen van deze licenties is minimaal € 50 mln. per jaar beschikbaar. Bij opkoop is een Royalty Fund nodig. De overheid koopt vanuit dit Royalty Fund op advies van het Zorginstituut licenties van medicijnen die op een lijst van essentiële medicijnen staan. De kosten van de licenties zijn de uitkomst van onderhandeling met de farmaceuten.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**25-PM**	**50-PM**	**50-PM**	**0**
w.v. opkopen licenties	0	25	50	50	50
w.v. lagere geneesmiddelenuitgaven	0	-PM	-PM	-PM	-50

Uitvoering & Haalbaarheid

De maatregel betreft medicijnen die op de markt zijn. Van veel medicijnen op de essentiële medicijnenlijst zijn de patenten verlopen. Die vallen buiten de maatregel. Wanneer het patent nog geldig is, is vaak sprake van meerdere patenten per geneesmiddel, die per land en duur kunnen verschillen. De fabrikant zal het gebruik van deze patenten willen verkopen tegen een marktconforme prijs, dus tegen een prijs die de commerciële aantrekkelijkheid weerspiegelt van het product. Ook de patenten moeten worden afgekocht om prijsconcurrentie om de productie van het medicijn mogelijk te maken.

Budgettaire effecten

De lijst van essentiële geneesmiddelen kent honderden geneesmiddelen. Het is niet bekend hoeveel er daarvan een of meerdere geldig(e) patent(en) hebben. Voor het kopen van licenties is per jaar minimaal € 50 mln. beschikbaar; dit bedrag wordt daarom als inschatting van de kosten gehanteerd. Hiermee zouden gedurende tien jaar naar

grove schatting 10 à 15 licenties kunnen worden gekocht, mits de fabrikanten hieraan meewerken.[1]

Als er patent op een middel zit, dan zal de prijs minstens gelijk zijn aan de monopoliewinst gedurende de resterende patentperiode. De fabrikant zal voor het uitlicenseren van het patent een vergoeding willen hebben die gelijk is aan de verwachte winst die hij zou verdienen met het leveren van het geneesmiddel mét dat patent.

De budgettaire kosten van de opkoop van het patent zijn eenmalig. De lagere uitgaven (de prijs van het geneesmiddel daalt omdat het patent door de overheid beschikbaar wordt gesteld en generieke productie mogelijk is) volgen in de jaren erna. Per saldo is er geen voordeel omdat de kosten van de opkoop van het patent naar verwachting minimaal gelijk zijn aan het voordeel van de lagere prijs als gevolg van generieke productie.

Hierbij wordt verondersteld dat de overheid kan inschatten wat de prijsontwikkeling van het geneesmiddelen in de resterende periode zal zijn. Het is denkbaar dat de fabrikant in voorkomende gevallen meer informatie heeft over bijvoorbeeld op handen zijnde alternatieven voor het middel, waardoor de opbrengsten lager zullen uitvallen.

Overig opmerkingen

De maatregelen op het gebied van de ontwikkeling van geneesmiddelen kennen veelal een interactie-effect (overlap qua kosten en/of opbrengsten).

← **Terug naar tabel GENEES- & HULPMIDDELEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

1 De omzet van een spécialité bedraagt in Nederland rond de € 5 tot € 10 mln. per jaar. Uitgaande van nog een gemiddelde duur van vijf jaar van het patent gaat het om een omzet van gemiddeld grofweg € 37,5 mln. aan omzet. Het budget van het fonds bedraagt 10 x € 50 mln., hiermee zouden dus naar grove schatting 10 á 15 licenties kunnen worden gekocht.

85 Octrooien – Dwanglicenties

Om prijsverlaging voor dure geneesmiddelen af te dwingen, worden er dwanglicenties ingezet. Hiermee zouden geneesmiddelen goedkoper moeten worden.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	PM	PM	PM	PM	PM
Kwalitatief effect					
Mogelijk verminderd vestigingsklimaat; verminderde innovatie en handelssancties.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Er is in Nederland geen ervaring met dit instrument. Met de informatie die nu beschikbaar is, kan de volgende inschatting gemaakt worden:

Een octrooi is een uitsluitend recht tot het exploiteren van een uitvinding, zoals een geneesmiddel, voor twintig jaar. De houder van een octrooi kan vrijwillig aan derden licenties afgeven of verkopen. Met deze licentie kan de octrooihouder een andere partij het recht verlenen om een geoctrooieerd product te maken en te verkopen.

De minister van Economische Zaken en Klimaat (EZK) kan, als het algemeen belang dit eist, zonder toestemming van de octrooihouder een licentie verlenen aan een derde partij. In dit geval is er sprake van een dwanglicentie: de octrooihouder wordt gedwongen om een aantasting van zijn eigendomsrechten te dulden zodat een derde, gebruikmakend van de licentie het geneesmiddel kan produceren en verhandelen. Voor gebruikmaking van een dwanglicentie krijgt de octrooihouden een redelijke vergoeding.

Om het geneesmiddel voor patiënten beschikbaar te krijgen onder een dwanglicentie moet vervolgens een fabrikant, apotheker of een andere partij de productie van het geneesmiddel daadwerkelijk ter hand nemen. Per geneesmiddel verschilt het hoe eenvoudig het is om het geneesmiddel veilig beschikbaar te maken. Ook speelt mee of de beoogde licentienemer over de benodigde grondstoffen kan beschikken. Zoals de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving[1] heeft aangegeven zal een geneesmiddel dat op basis van een dwanglicentie geproduceerd wordt, moeten voldoen aan de Geneesmiddelenwet. Een handelsvergunning moet worden aangevraagd (registratie), tenzij het om een magistrale bereiding door een apotheker gaat.

1 Rapport van de Raad van Volksgezondheid en Samenleving 'Ontwikkeling nieuwe geneesmiddelen: Beter, sneller, goedkoper' van november 2017.

Wanneer vereist het algemeen belang dat de dwanglicentie ingezet moet worden? Daarbij gaat het om de weging van een aantal belangen, zoals de volksgezondheid, een solide en betrouwbaar stelsel van intellectuele eigendomsrechten, de belangen van de octrooihouder. Omdat er zoveel omstandigheden zijn die per geval kunnen verschillen, is het lastig in te schatten of dwanglicenties in algemene zin kunnen bijdragen aan het verlagen van de zorguitgaven, praktisch uitvoerbaar zijn of dat eventuele positieve gevolgen opwegen tegen eventuele negatieve gevolgen.

De ministeries van EZK en VWS hebben een commissie gevraagd om uit te zoeken wanneer het instrument inzetbaar is, hoe vaak het daadwerkelijk zal slagen en of het tot significante besparingen kan leiden. Daarnaast kijkt de commissie naar de uitstralingseffecten, want als de minister zou besluiten het in te zetten, is het mogelijk dat dit negatieve economische effecten heeft, zoals een verminderd vestigingsklimaat, verminderde innovatie en handelssancties. De commissie verwacht in de loop van 2020 haar rapport op te leveren.

Budgettaire effecten

Op basis van de huidige informatie zijn budgettaire effecten niet in te schatten.

← Terug naar tabel GENEES- & HULPMIDDELEN
← Terug naar overzicht resultaten

86 Afschaffen financiële arrangementen dure geneesmiddelen

De prijsonderhandelingen voor dure extra- en intramurale geneesmiddelen en de 'sluis' voor intramurale geneesmiddelen worden afgeschaft.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	0	170	340	500	500
Kwalitatief effect					
Snellere toegang tot geneesmiddelen.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Sinds 1 juli 2018 kunnen dure geneesmiddelen op grond van artikel 2.4a van het Besluit Zorgverzekeringen uitgesloten worden van het verzekerde pakket. Eerder werden vanaf 2015 in uitzonderlijke situaties ook al geneesmiddelen uitgesloten. Deze (tijdelijke) uitsluitingen van geneesmiddelen worden sluisprocedures genoemd.

De sluis houdt in dat een geneesmiddel uiterlijk binnen één maand na marktregistratie wordt uitgesloten van het verzekerde pakket. Tijdens deze uitsluiting wordt het Zorginstituut (ZIN) gevraagd een advies uit te brengen. Op basis van dit advies kan de rijksoverheid indien nodig onderhandelingen voeren en eventueel ook afspraken over gepast gebruik maken. Indien dit alles tot een gewenst (financieel) resultaat leidt, wordt besloten het geneesmiddel tijdelijk voor de duur van het arrangement weer op te nemen in het pakket.

De sluis (intramuraal en extramuraal) wordt op dit moment toegepast als de uitgaven voor een geneesmiddel naar verwachting in heel Nederland meer dan € 40 mln. per jaar zullen bedragen, of als geneesmiddelen meer gaan kosten dan € 50.000 per behandeling met in totaal meer dan € 10 mln. per jaar aan uitgaven.

Het afschaffen van prijsonderhandelingen en de sluis is mogelijk. Dit vergt aanpassing van artikel 2.4a van het Besluit Zorgverzekering. Het gevolg daarvan is dat voor deze intramurale geneesmiddelen weer volledige open instroom in het basispakket geldt en deze middelen weer automatisch worden vergoed als ze effectief zijn. Dit betekent dat het ZIN stopt met het vooraf toetsen van deze geneesmiddelen en onderhandelingen vanuit de rijksoverheid niet meer plaatsvinden.

Het is dan aan verzekeraars/ziekenhuizen om te duiden of het verzekerde zorg is en om over de prijs te onderhandelen. In de nieuwe situatie kunnen verzekeraars/ziekenhuizen bij een geneesmiddel aan het ZIN vragen om een uitspraak te doen over de effectiviteit. Het ZIN kan daarbij ook de kosteneffectiviteit meenemen. Bij een negatieve kosten-effectiviteit zullen zorgverzekeraars en ziekenhuizen zelf de onderhandelingen moeten voeren en blijven zij gebonden aan hun zorgplicht.

Budgettaire effecten

Voor intramurale geneesmiddelen bedroeg de opbrengst van de huidige sluis met prijsonderhandelingen door de overheid in 2018 naar schatting € 150 mln.[1] De totale bruto-omzet van de desbetreffende geneesmiddelen was rond de € 400 mln. (ex btw), dus de bedongen korting was circa 37,5%. De NZa-monitor Geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg van januari 2019 laat zien dat verzekeraars bij intramurale geneesmiddelen circa 9% korting weten te bedingen ten opzichte van het NZa maximumtarief.[2] Als de kortingen teruglopen van 37,5% naar 9%, dan kost het afschaffen van de prijsonderhandelingen door de overheid intramuraal € 115 mln. (ex btw).

Voor extramurale geneesmiddelen bedroeg de opbrengst van de prijsonderhandelingen door de overheid in 2018 naar schatting € 120 mln.[3] De totale bruto-omzet van de desbetreffende geneesmiddelen was rond de € 350 mln. (ex btw), dus de korting bedroeg circa 30%. Het verschil tussen apotheekinkoopprijzen en gedeclareerde prijzen ligt bij deze spécialités gemiddeld op 3%.[4] Als de kortingen teruglopen van 30% naar 3%, dan kost het afschaffen van de prijsonderhandelingen door de overheid extramuraal € 95 mln. (ex btw).

Rekening houdend met 9% btw komt de gemiste opbrengst in totaal op € 230 mln. in 2018. In de jaren 2016 t/m 2018 zijn de totale opbrengsten van de prijsarrangementen met gemiddeld 60% per jaar gegroeid. Het is niet precies te zeggen wat de groei van de opbrengsten t/m 2021 zou bedragen. Deze wordt ingeschat op 30% per jaar, waarmee het totaal aan geschatte – en dus door deze maatregel misgelopen – opbrengsten op € 500 mln. in 2021 komt. Er is rekening mee gehouden dat er bij het afschaffen van de sluis nog lopende arrangementen zijn, zodat een deel van de huidige opbrengsten in jaar 2 en jaar 3 nog gehandhaafd blijven.

Bij de berekening dient opgemerkt te worden dat het bij prijsonderhandelingen vanuit de overheid veelal om (nieuwe) unieke geneesmiddelen gaat en dat korting van

1 Kamerbrief over voortgangsbrief financiële arrangementen d.d. 3 november 2019.
2 Ziekenhuizen zelf weten grofweg 12,5% korting te bedingen ten opzichte van het NZa maximumtarief.
3 Kamerbrief over voortgangsbrief financiële arrangementen d.d. 3 november 2019.
4 Stichting Farmaceutische Kengetallen.

verzekeraars/ziekenhuizen wordt behaald op reeds bestaande geneesmiddelen die voor een deel concurrentie ondervinden. Hiermee wordt de korting die verzekeraars en ziekenhuizen kunnen behalen mogelijk overschat; in dat geval zijn de kosten van het afschaffen van de sluis hier dus nog onderschat.

Overige effecten

Omdat er door deze maatregel hogere prijzen voor geneesmiddelen worden betaald, kan het zo zijn dat bij en/of na eventuele tekorten Nederland eerder toegang tot geneesmiddelen krijgt.

Overig opmerkingen

De aanname is dat extramuraal wel het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) in stand blijft. Zie maatregel 97 (Afschaffen Geneesmiddelenvergoedingssysteem) voor specifiek het afschaffen van het GVS.

De maatregelen op het gebied van geneesmiddelen kennen veelal een interactie-effect (overlap qua kosten en/of opbrengsten). Tevens heeft deze maatregel een interactie-effect met het eventueel voortzetten van een Hoofdlijnenakkoord MSZ.

← Terug naar tabel GENEES- & HULPMIDDELEN
← Terug naar overzicht resultaten

87 Uitkomsten geneesmiddelen-onderhandelingen overheid openbaar

De uitkomsten van prijsonderhandelingen door de rijksoverheid voor nieuwe geneesmiddelen, de zogenoemde financiële arrangementen, worden in het vervolg openbaar gemaakt.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	0	100	200	300	300
Kwalitatief effect					
Transparantie over de uitkomsten van prijsonderhandelingen door de overheid.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De maatregel gaat er van uit dat de overheid nog wel prijsonderhandelingen voert, maar nu als voorwaarde erbij dat de prijsafspraken openbaar worden gemaakt. Fabrikanten zullen naar verwachting geen (scherpe) kortingen meer willen afspreken, omdat deze dan ook in andere landen moeten worden gegeven.[1] Daarmee lijkt deze beleidsoptie sterk op maatregel **86** (Afschaffen financiële arrangementen dure geneesmiddelen).

Bij de huidige financiële arrangementen wordt voor een deel ook openbare kortingen afgesproken. Het is aannemelijk dat de openbare kortingen die nu worden afgedwongen, een maatstaf zijn voor de situatie wanneer er enkel nog openbare uitkomsten mogelijk zijn. Overigens blijft het mogelijk om geneesmiddelen *niet* op te nemen in het basispakket als de openbare korting onvoldoende is.

1 Zie bijvoorbeeld 'Dubbel onderhandelen over dure geneesmiddelen' van Marc Pomp Economische Beleidsanalyse, september 2019, pagina 12.

Budgettaire effecten

De opbrengsten van de financiële arrangementen bestaan deels uit niet-openbare prijsverlagingen (grofweg 60%) en deels uit openbare prijsverlagingen (grofweg 40%).[2] Op basis hiervan wordt aangenomen dat kosten van het openbaar maken van prijsafspraken 60% bedraagt van de kosten van maatregel **86**. Afschaffen financiële arrangementen dure geneesmiddelen. Omdat die effecten op € 500 mln. zijn becijferd, leidt deze maatregel tot een structurele besparing van € 300 mln.

Overige effecten

Transparantie over werkelijke prijzen kan – zeker als dit in meerdere landen gebeurt – effect hebben op de prijsvorming in de markt. Omdat dan bekend is wat er maximaal betaald wordt aan geneesmiddelen, kunnen de vraagprijzen voor geneesmiddelen zich daarop aanpassen.

Omdat er door deze maatregel hogere prijzen voor geneesmiddelen worden betaald, kan het zo zijn dat – bij of na eventuele tekorten – Nederland eerder toegang tot geneesmiddelen krijgt.

Overige opmerkingen

Alle maatregelen op het gebied van geneesmiddelen kennen overlap qua kosten of opbrengsten, waaronder maatregel **86**. Tevens heeft deze maatregel een interactie-effect met het eventueel voortzetten van een Hoofdlijnenakkoord MSZ.
Afspraken over transparantie op Europees niveau leiden naar verwachting tot minder kosten van deze maatregel, want dan zijn naar verwachting hogere openbare kortingen mogelijk.

Terug naar tabel GENEES- & HULPMIDDELEN
Terug naar overzicht resultaten

2 Kamerbrief over voortgangsbrief financiële arrangementen d.d. 3 november 2019.

88 Afschaffen speciale procedure beoordeling weesgeneesmiddelen

Weesgeneesmiddelen worden bij pakkettoelating voortaan volgens hetzelfde proces beoordeeld als reguliere geneesmiddelen. Dit geldt ook voor de beoordeling van de kosteneffectiviteit. De bovengrens is € 80.000 per QALY.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	0	0	-PM	-PM	-PM
Kwalitatief effect					
Geen toegang Nederlandse patiënten tot bepaalde dure weesgeneesmiddelen.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Weesgeneesmiddelen zijn medicijnen voor zeldzame, ernstige aandoeningen. Er is nu geen speciale beoordeling van de pakkettoelating van deze geneesmiddelen. Het Zorginstituut (ZIN) beoordeelt de kosteneffectiviteit ervan op dezelfde manier en langs dezelfde uitgangspunten als reguliere geneesmiddelen.

Als het ZIN ongunstig oordeelt over de kosteneffectiviteit, is dit nu géén hard criterium voor afwijzing. Er kunnen maatschappelijke argumenten zijn om een lage kosteneffectiviteit te accepteren, bijvoorbeeld als een weesgeneesmiddel de enige behandelmogelijkheid is voor de doelgroep.[1] Wel kan het ZIN in dergelijke gevallen adviseren om vanuit de overheid centraal over de prijs te onderhandelen. De algemene maatregelen voor kostenbeheersing door financiële arrangementen gelden daarbij ook onverkort voor weesgeneesmiddelen.

De maatregel beoogt omwille van kostenbeheersing weesgeneesmiddelen die als onvoldoende kosteneffectief zijn beoordeeld, niet te vergoeden uit de basisverzekering. Daarom wordt aangesloten bij het reguliere pakketbeheer. Overigens worden niet álle weesgeneesmiddelen door ZIN beoordeeld. Maar waar dit wel het geval is, gaat een harde

1 Zorginstituut, Rapport Pakketbeheer Weesgeneesmiddelen (2015).

grens voor kosteneffectiviteit gelden. Na een ongunstig oordeel van ZIN zijn er dan twee mogelijkheden:
– de prijs wordt door onderhandeling verlaagd zodat het middel wél kosteneffectief is;
– als dat niet lukt, wordt het middel niet tot het basispakket toegelaten.

De kosteneffectiviteit van weesgeneesmiddelen is in veel gevallen ongunstig. En vanwege kleine patiëntaantallen (dus lage omzet) is het vaak niet realistisch om met een financieel arrangement de prijs naar een kosteneffectief niveau terug te brengen. Naar verwachting betekent de maatregel dat deze middelen bij een harde bovengrens van € 80.000 per QALY niet meer worden vergoed en dus niet beschikbaar komen voor de Nederlandse patiënt (tenzij de patiënt het middel volledig zelf betaalt).

Deze harde voorwaarde zou betekenen dat weesgeneesmiddelen anders worden behandeld dan 'reguliere' geneesmiddelen. Om dit gelijk te trekken zou voor alle geneesmiddelen die door het Zorginstituut worden beoordeeld, dezelfde harde bovengrens gehanteerd kunnen worden. De uitwerking hiervan is opgenomen in maatregel **108** (Versterking toetsing (kosten)effectiviteit basispakket).

Budgettaire effecten

In 2018 en 2019 heeft het ZIN geen weesgeneesmiddelen op kosteneffectiviteit beoordeeld. Volgens het kader van de financiële arrangementen zijn er sinds 2014 zes weesgeneesmiddelen beoordeeld, ongeveer één per jaar. De gemiddelde bruto-omzet was in 2018 € 22 mln. per middel. Omdat voor deze middelen financiële arrangementen zijn afgesproken, moet hier 37,5% van afgehaald worden. De gemiddelde netto-omzet komt op € 14 mln. per jaar. Het is echter niet aan te geven hoeveel van dit bedrag gerelateerd is aan een vergoeding boven de € 80.000 per QALY (PM).

Overige effecten

De maatregel zorgt er naar verwachting voor dat bepaalde dure weesgeneesmiddelen in de toekomst niet meer worden vergoed uit het basispakket. Nederlandse patiënten hebben hier dan geen toegang (meer) toe, terwijl het vaak gaat om ernstige aandoeningen met een onvervulde behandelbehoefte.

Overig opmerkingen

Bij het hanteren van een harde bovengrens voor de kosteneffectiviteit is het te overwegen of deze passend is voor alle typen weesgeneesmiddelen. Overigens wordt in het Verenigd Koninkrijk voor zeldzame, chronische, aandoeningen met een hoge ziektelast een hoger maximum gehanteerd, variërend van € 120.000 tot € 360.000 per QALY.

Er is interactie met andere maatregelen op het gebied van kosten en vergoeding van geneesmiddelen. Tevens heeft deze maatregel een interactie met het eventueel voortzetten van een Hoofdlijnenakkoord MSZ.

← **Terug naar tabel GENEES- & HULPMIDDELEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

89 Toelaten geneesmiddelen in lijn met Duits model

In Nederland wordt eenzelfde proces ingericht voor de toelating van nieuwe geneesmiddelen als sinds 2010 in Duitsland bestaat op grond van het Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG). Een nieuw geneesmiddel wordt direct toegelaten op de markt, waarna de fabrikant een jaar de tijd heeft om de (meer)waarde van het geneesmiddel aan te tonen en een prijsarrangement met de zorgverzekeraars te sluiten.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**170**	**340+PM**	**630+PM**	**630+PM**
w.v. afschaffen sluis	0	170	340	500	500
w.v. snellere toegang en hogere prijzen 1ste jaar	0	0	+PM	130+PM	130+PM
w.v. onderhandelmacht verzekeraars	0	0	-PM	-PM	-PM
Kwalitatief effect					
Snellere toegang tot geneesmiddelen.					

Uitvoering & Haalbaarheid

In Nederland geldt voor de vergoeding van extramurale geneesmiddelen een gesloten systeem. Als een fabrikant een nieuw geneesmiddel op de markt wil brengen en ten laste wil brengen van de zorgverzekering, wordt dit eerst getoetst door het Zorginstituut. Alleen een middel dat gelijk- of meerwaarde heeft, wordt opgenomen in het pakket. Voor intramurale geneesmiddelen geldt open instroom in het basispakket met uitzondering van de prijsonderhandelingen/sluis. Alleen geneesmiddelen die effectief zijn, worden ten laste van de zorgverzekering vergoed. De officiële maximumprijs van geneesmiddelen wordt bepaald op basis van de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp). Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen (na pakkettoelating) onderhandelen over de nettoprijs van geneesmiddelen. Onderhandelingen over de prijs worden door verzekeraars/ziekenhuizen/apothekers individueel of gezamenlijk gevoerd.

In Duitsland worden alle geneesmiddelen gedurende het eerste jaar zonder eerste toetsing vergoed voor de door de fabrikant gestelde prijs, direct na een aanvraag voor de beoordeling van het geneesmiddel. Wel geldt een initiële, generieke, prijskorting van 7% voor extramurale geneesmiddelen. Dit geldt niet voor intramurale geneesmiddelen. Wanneer in het eerste jaar geoordeeld wordt dat een geneesmiddel meerwaarde heeft boven de bestaande therapie, dan onderhandelt het verbond van ziekenfondsen voor alle ziekenfondsen samen over de prijs met een fabrikant. Indien daarover een akkoord bereikt wordt, dan geldt de onderhandelde prijs als maximumprijs vanaf het tweede jaar.

Duitsland wordt door fabrikanten gebruikt als één van de eerste landen in Europa om hun product te lanceren. De prijzen van geneesmiddelen (zeker gedurende het eerste vrije jaar) liggen hoger dan in andere Europese landen. Omdat in Duitsland in het eerste jaar vergoeding zonder toetsing vooraf plaatsvindt, is het strategisch om vroeg te lanceren in Duitsland. Zo kan het grote volume direct worden aangeboord. En door de afwezigheid van een prijsplafond geldt Duitsland als prijszettend voor de rest van de Europese landen. Dankzij hun referentieprijzensystemen: veel andere landen nemen de Duitse prijzen mee in hun systeem van prijsreferentie.

In de nieuwe maatregel dient het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) te worden aangepast en de sluis afgeschaft. Dit is afzonderlijk uitgewerkt in maatregel **86** (Afschaffen financiële arrangementen dure geneesmiddelen). Zorgverzekeraars moeten bovendien worden verplicht om in een gezamenlijk verband te onderhandelen over de prijs van het geneesmiddel en er moet een procedure worden vastgesteld om bij het uitblijven van een prijsafspraak, een adequate prijs vast te stellen. Dit vergt nieuwe regelgeving.

De ACM-leidraad schetst de ruimte die partijen hebben om vrijwillig gezamenlijk te onderhandelen voor de inkoop van geneesmiddelen, ook als dat door meerdere zorgverzekeraars samen gebeurt.[1] Hieronder valt ook het maken van gezamenlijke prijsafspraken. Verplichte gezamenlijke prijsonderhandelingen door verzekeraars is juridisch niet uitvoerbaar in het huidige zorgstelsel. De maatregel is wel uitvoerbaar als er een publiek stelsel gecreëerd wordt waarin er geen sprake is van private partijen die met elkaar concurreren. Dit vergt een stelselherziening. Partijen voeren dan een niet-economische dienst van algemeen belang uit en vallen hierdoor niet onder de Europeesrechtelijke regels van vrij verkeer van vestiging, kapitaal en diensten. In dit geval vallen ze ook niet onder de Mededingingswet.

Budgettaire effecten

Het wegvallen van de prijsarrangementen door overheid, het afschaffen van de sluis, zorgt voor het grootste budgettaire effect: de meerkosten hiervan (maatregel **86**) worden ingeschat op structureel € 500 mln.

In het eerste jaar is de verwachting dat de prijzen van geneesmiddelen hoger zullen liggen dan nu het geval is. In Duitsland liggen de prijzen voor spécialités namelijk grofweg 20% hoger dan in Nederland.[2] Uitgaande van 35 nieuwe producten per jaar[3] met een gemiddelde omzet van € 7,5 mln. per product, bedraagt de totale omzet van nieuwe producten

1 Zie https://www.acm.nl/sites/default/files/old_publication/publicaties/15959_leidraad-gezamenlijke-inkoop-geneesmiddelen-voor-medisch-specialistische-zorg-2016-06-22.pdf.
2 TLV International price comparison 2018 d.d. december 2018.
3 EMA.

rond de € 250 mln. Die producten komen in het nieuwe systeem eerder (circa drie maanden[4]), zijn duurder (+20%) en zijn niet allemaal (kosten-)effectief. De kosten hiervan zijn in te schatten op rond de € 125 mln. extra in het eerste jaar (+PM voor eventueel niet (kosten-)effectieve middelen). Dit is structureel, want elk jaar volgen nieuwe producten.

Na het eerste jaar lijkt het aannemelijk dat verzekeraars een hoger kortingspercentage kunnen bedingen dan nu het geval is. Doordat de Wgp ongewijzigd blijft, zal het effect van hoge prijzen namelijk enkel in het eerste jaar zijn. Het is echter niet te onderbouwen hoeveel hoger die korting wordt. Daarom is deze opbrengst op PM gezet.

Overige opmerkingen

De invoering van een publiek stelsel is randvoorwaardelijk voor uitvoering van deze maatregel, inclusief de daarbij behorende (transitie-)kosten. Het afschaffen van de sluisprocedure (86) vormt een onderdeel van de maatregel. De maatregelen op het gebied van geneesmiddelen kennen veelal een interactie-effect (overlap qua kosten en/of opbrengsten). Tevens heeft deze maatregel een interactie-effect met het eventueel voortzetten van een Hoofdlijnenakkoord MSZ.

310

← **Terug naar tabel GENEES- & HULPMIDDELEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

4 https://www.efpia.eu/media/412747/efpia-patient-wait-indicator-study-2018-results-030419.pdf

90 Invoeren maximum introductieprijs voor nieuwe geneesmiddelen

Het Zorginstituut (ZIN) gaat voor geneesmiddelen een maximumprijs bepalen die gehanteerd mag worden in de eerste vijf jaar dat het product opgenomen is in het basispakket. Deze prijs is afhankelijk van de werking van het middel. Voorgesteld wordt een systematiek voor introductie van nieuwe geneesmiddelen te hanteren zoals die in het Verenigd Koninkrijk bestaat.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	0	0	PM	PM	PM
Kwalitatief effect					
Patiënten hebben later en mogelijk minder toegang tot geneesmiddelen.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De hier beschreven maatregel is geïnspireerd op het Britse systeem voor toelating en prijsstelling van nieuwe geneesmiddelen. In het Verenigd Koninkrijk voert het National Institute for Health Care and Excellence (NICE) een Health Technology Assessment uit. Deze omvat ook een beoordeling van de kosteneffectiviteit. NICE hanteert een standaard kosteneffectiviteitsdrempel van £ 30.000 (circa € 36.000) per jaar. Boven die drempel adviseert NICE om geneesmiddelen niet te vergoeden.

NICE kan in enkele gevallen afwijken van deze drempel: bij *End of life*-geneesmiddelen zoals oncolytica en bij Highly Specialised Therapies (HST), voor zeldzame, chronische aandoeningen met een hoge ziektelast hanteert NICE een kosten per QALY-drempel van £ 100.000 (circa € 120.000). En in uitzonderlijke gevallen kan de grens zelfs bij £ 300.000 (circa € 360.000) liggen. Daarnaast bestaat er een *cancer drug fund*, waaruit tijdelijk vergoeding plaatsvindt in afwachting van een prijsafspraak, of van meer data die kunnen aantonen dat de kosten per QALY lager uitvallen.

De prijs van geneesmiddelen wordt door de fabrikant zelf vastgesteld. De vergoeding vindt plaats op basis van het advies van NICE. Geneesmiddelen die gelijkwaardig zijn, mogen niet hoger geprijsd worden dan het voorgaande geneesmiddel. De prijs waarop de NHS een geneesmiddel vergoedt, wordt opgenomen in de NHS-lijst. Dit is de 'lijstprijs', maar geeft feitelijk een maximumvergoeding aan.

Wijziging 1: bepalen van maximumvergoeding volgens Engelse werkwijze

Het ZIN bepaalt nu al maximumvergoedingen. Als dit zo veel mogelijk op de 'Britse' manier moet gaan functioneren, bestaat de gewijzigde situatie uit twee elementen. De beoordelingsprocedure wordt aangepast, en er wordt een systematiek opgezet om de vergoeding op basis van incrementele meerwaarde te bepalen.

Voor alle geneesmiddelen moet het ZIN voorafgaand aan vergoeding een beoordeling gaan doen. Aandachtspunt is dat dan vertraging optreedt in de toegang tot geneesmiddelen voor de patiënt vanwege de additionele pakkettoets. Ook heeft het gevolgen voor de beoordelingscapaciteit van het ZIN. Een ander knelpunt is dat de benodigde specialistische kennis niet breed voorhanden is. Voor uitzonderingscategorieën, zoals oncolytica en weesgeneesmiddelen kan net als in het VK wegens hun complexe omstandigheden alternatieve financiering gerealiseerd moeten worden.

Het uiteindelijke vergoedingsbesluit wordt door de minister van VWS op basis van harde drempelwaardes genomen. Indien differentiatie van de QALY-drempels gewenst is, vraagt dit om herziening van de beoordelingscriteria. Om 'stappen'[1] vast te stellen in de vergoeding van geneesmiddelen die meerwaarde hebben boven bestaande therapieën, moet het ZIN een wegingskader voor de mate van klinische waarde van geneesmiddelen opstellen.

Wijziging 2: Gelijkstellen maximumprijs aan maximumvergoeding

In aanvulling op bovenstaande wijziging moet bij het gelijkstellen van de maximumprijs van een nieuw geneesmiddel een aantal aanvullende wetswijzigingen worden doorgevoerd. Zo moet volgens de huidige Wgp de prijs bepaald worden op grond van referentielanden. In de nieuwe situatie moet de Wgp vervangen worden door een wet die de maximumprijs van nieuwe geneesmiddelen voor de eerste vijf jaar vaststelt op grond van het maximum dat door het ZIN is bepaald. Hierbij kan eventueel worden vastgelegd dat de prijs van het ZIN alleen geldt als die lager uitvalt dan de prijs op basis van referentielanden.

Geregeld moet worden dat een geneesmiddel niet op de markt mag komen totdat er een besluit is genomen over de maximumprijs. Op deze situatie is artikel 2 van richtlijn 89/105/EEG[2] van toepassing. Op grond hiervan moet een besluit over de prijs binnen negentig dagen worden genomen. Als deze termijn niet wordt gehaald, mag de fabrikant het middel op de markt brengen tegen de door hem voorgestelde prijs. Als een voorgestelde prijs

1 Er moet een systematiek opgesteld worden die bijvoorbeeld beperkte, enige, gemiddelde, grote meerwaarde kan classificeren, met bijbehorende toe te staan hogere prijzen ten opzichte van de standaardbehandeling.

2 Richtlijn 89/105/EEG van de Raad van 21 december 1988 betreffende de doorzichtigheid van maatregelen ter regeling van de prijsstelling van geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de opneming daarvan in de nationale stelsels van gezondheidszorg (PBEG 1989, L 040).

wordt afgewezen, moet dit gemotiveerd zijn met objectieve, verifieerbare criteria. Dit stelt dus eisen aan de invulling van de berekeningsmethode. Een fabrikant moet de maximumprijs kunnen aanvechten bij de rechter. Ook moet de prijs minimaal jaarlijks worden geëvalueerd. Daarnaast volgt uit artikel 4 dat fabrikanten kunnen verzoeken om een hogere prijs vast te stellen vanwege bijzondere omstandigheden.

Het GVS bepaalt nu de maximumvergoeding voor extramurale geneesmiddelen volgens clusters van onderling vervangbare middelen. Het GVS kan wellicht vervallen, omdat het advies van het Zorginstituut de plaatsbepaling van een geneesmiddel vaststelt en daarmee ook de maximumprijs dicteert. Wijziging van de Wgp vraagt ten minste twee jaar.

Budgettaire effecten

Het is aannemelijk dat deze maatregel geld oplevert, door lagere prijzen en doordat er mogelijk minder/ later geneesmiddelen beschikbaar komen. Echter, van maar weinig geneesmiddelen in Nederland is bekend wat de kosten per QALY zijn. Daarnaast is de situatie in het VK niet geschikt als referentiekader, omdat daar diverse uitzonderingen gelden. De budgettaire gevolgen van deze maatregel zijn daarom niet uit te rekenen. Overigens liggen de prijzen voor merkgeneesmiddelen in het VK grofweg 8% hoger[3] dan in Nederland. Daarom is het toch ook denkbaar dat door deze maatregel de uitgaven zullen stijgen.

De invoering van deze maatregel gaat gepaard met transitiekosten voor het bepalen van QALY-waarden. Deze transitiekosten staan beschreven in randvoorwaardelijke maatregel **108** (Versterking toetsing (kosten)effectiviteit basispakket), variant B1.

Overige effecten

Een belangrijk risico is dat fabrikanten door het (lager) vaststellen van *Cost* per QALY-waarden geneesmiddelen niet langer in Nederland introduceren. Ook duurt het langer voordat intramurale geneesmiddelen kunnen worden toegepast. Dit is met name een knelpunt bij geneesmiddelen die in een grote medische behoefte voorzien. Mogelijk zal bij lagere QALY-drempels voor veel meer geneesmiddelen per subindicatie vastgesteld moeten worden of een behandeling kosteneffectief is (en de prijs gerechtvaardigd) is, terwijl nu de gehele patiëntenpopulatie behandeld kan worden. Als de maximumvergoeding lager ligt dan de Wgp-prijs, ontstaan daarnaast significante bijbetalingen voor de patiënt.

3 Rapport TLV International price comparison 2018, d.d. december 2018.

Te verwachten valt dat door het vijf jaar lang centraal vaststellen van maximumvergoedingen, de decentrale effecten (lagere prijzen door concurrentie, onderhandelingen door ziekenhuizen) op prijzen zullen afnemen.

Overige opmerkingen

De randvoorwaardelijke maatregel die het invoeren van een maximum introductieprijs voor nieuwe geneesmiddelen mogelijk maakt is maatregel **108**, variant B1 over de introductie van een QALY-norm in het basispakket.

De maatregelen op het gebied van geneesmiddelen kennen veelal een interactie-effect (overlap qua kosten en/of opbrengsten). Tevens heeft deze maatregel een interactie-effect met het eventueel voortzetten van een Hoofdlijnenakkoord MSZ.

Terug naar tabel GENEES- & HULPMIDDELEN
Terug naar overzicht resultaten

91 Instellen prijswaakhond dure geneesmiddelen

Er wordt een onafhankelijk instituut opgericht dat onderzoek doet naar de totstandkoming van prijzen van dure geneesmiddelen. Als onderzoek van het instituut aantoont dat de prijsstelling van een geneesmiddelenfabrikant irreëel is, dan geeft dat de minister een extra instrument om bij prijsonderhandelingen vanuit de rijksoverheid de prijs naar beneden te krijgen.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**0**	**-PM+5**	**-PM+5**	**-PM+5**
w.v. lagere prijzen	0	0	-PM	-PM	-PM
w.v. kosten instituut	0	0	5	5	5

Uitvoering & Haalbaarheid

In de huidige situatie worden geneesmiddelenprijzen in Nederland gemaximeerd door de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp). Deze prijsmaximering wordt gecombineerd met centrale en decentrale inkoop. Specifiek voor de dure, monopolistische, geneesmiddelen is de concurrentie beperkt of niet aanwezig, en daarmee ook de rol van decentrale inkoop bij het verlagen van prijzen. Dit geldt voor een beperkte groep op het totaal aantal geneesmiddelen, maar wel een groep met een hoog kostenbeslag. Daarom is het instrument van centrale onderhandelingen door VWS – de sluis en financiële arrangementen – ingesteld voor dure geneesmiddelen met een hoog kostenbeslag.

De maatregel stelt voor een onafhankelijk instituut op te richten dat de totstandkoming van prijzen van dure geneesmiddelen onderzoekt. Als onderzoek van het instituut aantoont dat de prijsstelling van een geneesmiddelenfabrikant irreëel is, dan geeft dat de minister een extra instrument om de prijs naar beneden te krijgen. Aangenomen wordt dat met het 'extra instrument' wordt bedoeld dat deze informatie de positie van de minister in de centrale prijsonderhandelingen kan versterken. Wij begrijpen de maatregel zo, dat de vaststelling of een prijs 'reëel' is gaat om het vaststellen van een prijs die verband houdt met de ontwikkel- en productiekosten, inclusief eventueel een redelijke winstmarge.

De voorgestelde maatregel lijkt moeilijk uitvoerbaar. Het is lastig objectief vast te stellen wanneer een prijs irreëel is, en wat dan wel een reële prijs is. Er is ook geen maatschappelijke en politieke consensus over wat daarnaast een redelijke winst voor een individueel geneesmiddel zou zijn. Er zijn brede inschattingen beschikbaar over ontwikkel- en

productiekosten van geneesmiddelen. Maar er is onvoldoende openbare informatie beschikbaar om een inschatting van ontwikkel- en productiekosten te geven, specifiek toegespitst op individuele geneesmiddelen. De verwachting is bovendien dat fabrikanten niet vrijwillig inzage in deze kostenopbouw zullen geven. Zonder deze informatie is het lastig voor een onafhankelijk instituut om objectief vast te stellen of een prijs irreëel is.

Als het instituut op basis van openbaar beschikbare informatie toch kan komen tot een inschatting van de reële prijs, dan is dat conform de voorgestelde maatregel één van de elementen die een rol spelen in centrale prijsonderhandelingen. In de huidige centrale prijsonderhandelingen wordt reeds gebruik gemaakt van een kosteneffectiviteitsanalyse door het Zorginstituut. Het is de vraag of informatie over wat een reële prijs voor het middel is, voldoende toevoegt om tot een lagere onderhandelde prijs te komen.

Budgettaire effecten

De totale bruto-omzet van de sluis en de prijsonderhandelingen door de overheid betrof rond de € 754 mln.[1] (ex btw). Dit had betrekking op 30 geneesmiddelen (in 2017: 21).
De opbrengst bedraagt in 2018 naar schatting € 272 mln. (ex btw).

Als het instituut op basis van openbaar beschikbare informatie kan komen tot een inschatting van de reële prijs, dan kan VWS deze informatie gebruiken in de centrale prijsonderhandelingen. Het is niet te kwantificeren wat de gevolgen hiervan zouden zijn voor de omzet en prijzen van de desbetreffende geneesmiddelen. Het effect lijkt beperkt gegeven de beperkte extra relevantie van deze informatie voor onderhandelingen over specifieke geneesmiddelen.

De oprichting van een onafhankelijk instituut gaat gepaard met transitiekosten. Deze kosten zullen beperkt zijn en worden daarom niet gekwantificeerd. De structurele uitvoeringskosten van het instituut zullen naar schatting € 5 mln. per jaar bedragen.

Overige opmerkingen

De maatregelen op het gebied van geneesmiddelen kennen veelal een interactie-effect (overlap qua kosten en/of opbrengsten). Tevens heeft deze maatregel een interactie-effect met het eventueel voortzetten van een Hoofdlijnenakkoord MSZ.

← **Terug naar tabel GENEES- & HULPMIDDELEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

1 Kamerbrief over voortgangsbrief financiële arrangementen d.d. 3 november 2019.

92 Aanpassen Wet geneesmiddelenprijzen

De Wet geneesmiddelenprijzen (Wpg) wordt aangepast. De maximumprijs in Nederland zal gebaseerd worden op het gemiddelde van de drie laagste prijzen van de tien landen waarmee vergeleken wordt (Frankrijk, Verenigd Koninkrijk, Denemarken, Finland, Ierland, Noorwegen, Oostenrijk, Zweden, België, Duitsland).

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**0**	**-50**	**-50**	**-50**
w.v. extramurale geneesmiddelen	0	0	-10	-10	-10
w.v. intramurale geneesmiddelen (MSZ)	0	0	-40	-40	-40
Kwalitatief effect					
Beschikbaarheid geneesmiddelen wordt mogelijk vertraagd en verminderd.					

Uitvoering & Haalbaarheid

In de huidige situatie worden de prijzen voor geneesmiddelen gemaximeerd op het gemiddelde van de prijzen in vier referentielanden door de Wgp. Sinds 15 december 2019 is de Wgp aangepast: Duitsland is als referentieland vervangen door Noorwegen. De overige drie referentielanden zijn Frankrijk, België en het Verenigd Koninkrijk. Het doel van de Wgp is ervoor te zorgen dat de Nederlandse geneesmiddelenprijzen het gemiddeld Europees prijsniveau beter benaderen.

De Wgp is vooral nog van betekenis voor de prijsstelling van de merkgeneesmiddelen. Voor veel generieke geneesmiddelen liggen de daadwerkelijke prijzen (ruim) onder de Wgp-maximumprijzen. Met het vervangen van referentieland Duitsland door Noorwegen komen de Nederlandse maximumprijzen voor merkgeneesmiddelen naar verwachting rond het Europees gemiddelde te liggen.

De voorgestelde maatregel past de Wgp zo aan dat stelselmatig wordt verwezen naar het gemiddelde van de laagste drie prijzen uit een totaal van tien referentielanden. Met deze aanpassing dalen de Nederlandse maximumprijzen voor merkgeneesmiddelen naar verwachting onder het Europees gemiddelde. De aanpassing van de Wgp vergt een wetswijziging waarbij het aantal referentielanden wordt uitgebreid en de rekensystematiek wordt aangepast. Inclusief implementatie is hiervoor minimaal twee à drie jaar nodig. Dit is mede afhankelijk van de beschikbaarheid van openbare en betrouwbare prijsinformatie in de zes aanvullende referentielanden.

De Wgp is daarom niet het enige beleidsinstrument om de betaalbaarheid en beschikbaarheid van geneesmiddelen te waarborgen. Er is bewust voor gekozen de Wgp te combineren met maatregelen (zoals het GVS en centrale en decentrale prijsonderhandelingen) die niet direct ingrijpen op de lijstprijzen (en dus niet doorwerken in negentien andere Europese landen) maar alleen gevolgen hebben voor de netto-inkoopprijzen. Deze maatregelen leiden niet tot lagere lijstprijzen, waardoor het risico op strategisch gedrag van fabrikanten in de lancering van geneesmiddelen in Nederland beperkter is. Geneesmiddelenfabrikanten kunnen zich strategisch gedragen door lagere prijzen na aanpassing van de Wgp te compenseren met lagere individuele kortingen voor afnemers (ziekenhuizen, zorgverzekeraars, apothekers). Deze inkoopkorting komt al onder druk te staan met de recente wetswijziging, maar zal met nog lagere maximumprijzen nog verder onder druk komen te staan.

Budgettaire effecten

De prijzen in Noorwegen lagen in 2017 en 2018 gemiddeld negen tot 13% onder die van Nederland.[1] De inschatting van de besparing komt afgerond op € 10 mln. voor extramurale geneesmiddelen en € 40 mln. voor intramurale geneesmiddelen, als we met een viertal punten rekening houden:

1. Het Noorse model zorgt naar schatting voor een prijsdruk van 9 tot 13%, ten opzichte van de Nederlandse situatie voordat de aanpassing van de Wgp plaatsvond. Daarmee is de inschatting van de besparing van het Noorse model tussen de € 350 mln. en € 500 mln.

2. De vervanging in de Wgp van Duitsland door Noorwegen als referentieland zorgt voor een prijsdruk van naar schatting acht procent. De budgettaire opbrengst van deze aanpassing is ingeschat op € 300 mln. op jaarbasis in 2020 (€ 160 mln. extramuraal en € 140 mln. intramuraal).

3. Het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS, extramurale geneesmiddelen) zal in 2021 worden aangepast. Deze modernisering, met een beoogde besparing van € 140 mln., richt zich op de geneesmiddelen die in een cluster zitten omdat dit middelen zijn waar (meerdere) alternatieven voor zijn (de zogenaamde bijlage 1a-middelen). Omdat op deze geneesmiddelen al € 140 mln. bespaard gaat worden, vervalt voor deze geneesmiddelen naar verwachting een groot deel van de besparing van de voorgestelde Wgp-aanpassing (deze maatregel, het Noorse model). Met andere woorden: er is een interactie tussen de voorgestelde Wgp-aanpassing en de

1 Op basis van rapporten van TLV (het Zweedse Zorginstituut), International price comparison 2018 d.d. december 2018 en International price comparison of pharmaceuticals 2017 d.d. februari 2018.

modernisering van het GVS. Voor de berekening gaan we er dus van uit dat de aanpassing van Wgp alleen nog effect heeft op de middelen die niet geclusterd zijn (de zogenaamde bijlage 1b-middelen). De omzet op deze middelen betreft ongeveer € 800 mln. per jaar.[2] Dit betreft grofweg 25% van de uitgaven aan extramurale geneesmiddelen.

4. Ook dient er rekening te worden gehouden met het teruglopen van de kortingen die apothekers/ziekenhuizen/verzekeraars kunnen bedingen. Hierbij is ervan uitgegaan dat een kwart[3] van de besparing vervalt.

Overige effecten

Drukken op de maximumprijzen zal mogelijk gevolgen hebben voor een snelle beschikbaarheid van nieuwe geneesmiddelen voor Nederlandse patiënten. Ook neemt het risico toe dat in individuele gevallen een fabrikant besluit een bestaand middel van de Nederlandse markt te halen, omdat het niet langer economisch rendabel is, of omdat de fabrikant de gevolgen voor de prijzen in de negentien andere landen die naar de Nederlandse prijzen verwijzen onwenselijk vindt.
Waar het precieze omslagpunt ligt, hoeveel er procentueel op de wettelijke maximumprijzen kan worden gedrukt zonder dat dit (grote) gevolgen heeft voor de (tijdige) beschikbaarheid, is lastig objectief vast te stellen.

Wat we wel weten is dat in landen met gemiddeld lagere lijstprijzen voor merkgeneesmiddelen (onder het Europees gemiddelde), zoals Noorwegen en Frankrijk, nieuwe geneesmiddelen later op de markt worden geïntroduceerd.[4]

Overige opmerkingen

De maatregelen op het gebied van geneesmiddelen kennen veelal een interactie-effect (overlap qua kosten en/of opbrengsten). Ook heeft deze maatregel een interactie-effect met het eventueel voortzetten van een Hoofdlijnenakkoord MSZ.

← **Terug naar tabel GENEES- & HULPMIDDELEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

2 Zorginstituut Nederland
3 In de berekening van de aanpassing van de Wgp per 15 december 2019 is er ook van uitgegaan dat een kwart van de besparing vervalt doordat de kortingen mogelijk kunnen teruglopen.
4 IQVIA report Patiënt WAIT Indicator, 2019.

93 Pay for performance

Het gebruik van nieuwe geneesmiddelen waarvoor een financieel arrangement wordt afgesloten door de minister van VWS wordt alleen vergoed als ze bij een patiënt werken: *no cure, no pay*. Als het medicijn voor een patiënt niet werkt, draait de fabrikant dus op voor de kosten.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	0	PM	PM	PM	PM
Kwalitatief effect					
Administratieve lasten nemen toe; kans op overbehandeling.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Bij pay for performance (hierna: P4P) wordt voor een geneesmiddel betaald afhankelijk van de uitkomst van de behandeling met dat geneesmiddel. Theoretisch hebben P4P-arrangementen het voordeel dat er voor iedere individuele behandeling alleen betaald wordt als deze succesvol is, dat wil zeggen: als de klinische doelstellingen worden gehaald. Dit zou tot een efficiëntere besteding van middelen leiden.

Dit prijsmodel gaat uit van een aantal voorwaarden: het effect van de behandeling is duidelijk meetbaar, het effect is onomstotelijk toe te wijzen aan het geneesmiddel en niet aan andere, aanpalende zorg of natuurlijk beloop en er wordt goed geregistreerd.

De overheid heeft geen rol in de betalingsafspraken die door ziekenhuizen en verzekeraars met farmaceutische bedrijven worden afgesproken. Maar regelgeving staat het sluiten van een dergelijk arrangement door ziekenhuizen niet in de weg.

De overheid heeft daarentegen wel een rol bij het afsluiten van financiële arrangementen met fabrikanten in het kader van de sluis voor dure intramurale geneesmiddelen en de opname van extramurale geneesmiddelen in het basispakket. Hoewel het VWS-Bureau Financiële Arrangementen de mogelijkheden voor P4P-afspraken steeds afweegt, heeft het deze nog niet afgesloten. Om structureel een groot aantal P4P-afspraken te kunnen toepassen, moet de registratie in ziekenhuizen daarop ingericht worden en moet het Bureau Financiële Arrangementen Geneesmiddelen toegerust worden voor het beheren en afrekenen van grote aantallen P4P-arrangementen.

Voor een P4P-arrangement zijn twee uitvoeringsopties denkbaar. In de eerste variant wordt er betaald door de zorgverzekeraar, die is gehouden aan vergoeding; achteraf wordt door de fabrikant terugbetaald. In de tweede variant wordt de daadwerkelijke betaling achteraf gedaan. Dit levert een extra prikkel op voor de fabrikant om mee te werken.

Op basis van ervaringen in het binnen- en buitenland zijn er diverse kanttekeningen bij het model te plaatsen. Het Zorginstituut heeft zich in een evaluatie kritisch getoond bij de effectiviteit van het betalingsmodel. Problematisch zijn het vaststellen van een duidelijke, onbetwistbare en direct aan een geneesmiddel toewijsbare uitkomstmaat, het adequaat registreren van de behandeling en de interpretatie van de uitkomsten van de behandeling. Deze beelden worden bevestigd door vergelijkend onderzoek naar landen die in hun financiële arrangementen gebruik maken van P4P-modellen.[1]

Budgettaire effecten

De uitvoering bevat veel onzekerheden: mogelijke/waarschijnlijke prijsopdrijving, het kan niet voor alle geneesmiddelen, en de specifieke werking van een geneesmiddel is niet altijd duidelijk. Daardoor zijn de budgettaire consequenties niet in te schatten. Daarnaast wordt bij markttoelating de indicatie en de toepassing van een geneesmiddel vastgesteld. De fabrikant kan daardoor een middel niet meer personalised maken. Daar zijn dus geen budgettaire effecten te verwachten. Bij een P4P wordt met behandelaar en fabrikant een richtlijn vastgesteld: wie wordt wel/niet behandeld. Dit leidt niet zonder meer tot een meer personalised behandeling, maar mogelijk wel tot meer gepast gebruik van het product. Hoe groot dit budgettaire effect is, valt van tevoren niet in te schatten en varieert sterk per geneesmiddel.

Overige effecten

In een onderzoek naar de opbrengst van P4P-arrangementen in vergelijking met andere arrangementen in het Verenigd Koninkrijk en Italië voor oncolytica concludeerden de onderzoekers: '*Simple financial-based contracts seem more efficient as a means for health services to reduce outlay on costly anti-cancer drugs and achieve access for patients*.'[2] Hoewel dit een selecte groep geneesmiddelen betreft, mag aangenomen worden dat deze conclusie ook voor andere groepen geneesmiddelen geldt.

1 Livio Garattini et al.; Eur J Health Econ (2015) 16:1–3.
2 Katelijne van Vooren et al.; Journal of the Royal Society of Medicine; 2015, Vol. 108(5) 166–170K.

Op basis van ervaringen uit het buitenland, bovengenoemd onderzoek en de evaluatie van de Nederlandse proef P4P zijn de volgende kritiekpunten te benoemen:

1. Bij P4P-afspraken zullen bedrijven hoogstwaarschijnlijk anticiperen op het mislopen van de inkomsten van non-responders, door de prijs van het geneesmiddel te verhogen. Daarnaast hebben bedrijven altijd een voordeliger positie omdat zij op grond van hun gedane onderzoek en registraties in andere landen over meer data beschikken.

2. Hoe complexer het ziektebeeld hoe moeilijker het is om resultaten toe te kennen aan een specifiek geneesmiddel. Het kan dus niet voor alle geneesmiddelen. Zeker als er vergoeding van afhangt, wordt het belangrijker om de grens tussen resultaat en geen resultaat vast te leggen. Zo hebben er bijvoorbeeld rechtszaken in Italië gelopen tegen de vergoedingsautoriteit door de verschillen in interpretatie bij de afrekening van P4P-arrangementen.

3. Administratieve lasten voor zorgaanbieders nemen toe. Dit geldt als meerdere P4P-afspraken tegelijkertijd lopen, zeker als dit binnen hetzelfde indicatiegebied is en de effecten voor meerdere afzonderlijke geneesmiddelen moeten worden bijgehouden, of als er geen sprake is van een uitsluitend medicamenteuze zorginterventie.

4. De managementkosten ervan op ziekenhuisniveau, maar ook bij het bureau financiële arrangementen nemen toe, wil je de efficiëntie en uitkomsten van de P4P-afspraken kunnen vaststellen.

5. Er kan overbehandeling ontstaan als de behandelaren het gevoel hebben dat er achteraf toch wordt afgerekend. Dit kan dan in de afrekening een twistpunt worden: wie betaalt voor de behandelingen die niet volgens de richtlijn gegeven zijn?

Overige opmerkingen

De maatregelen op het gebied van geneesmiddelen kennen veelal een interactie-effect (overlap qua kosten en/of opbrengsten). Tevens heeft deze maatregel een interactie-effect met het eventueel voortzetten van een Hoofdlijnenakkoord MSZ.

← **Terug naar tabel GENEES- & HULPMIDDELEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

94 Centrale inkoop genees- en hulpmiddelen door de rijksoverheid

De rijksoverheid neemt de inkoop van alle genees- en hulpmiddelen over. Dit geldt voor zowel de intramurale middelen die door het ziekenhuis worden verstrekt, als voor de extramurale middelen die via de apotheker bij de patiënt terechtkomen (variant A). Een minder vergaande variant is dat het bestaande beleid van prijsonderhandelingen bij pakketbesluiten wordt geïntensiveerd naar alle nieuwe dure geneesmiddelen, waarvan de jaarlijkse uitgaven boven de € 10 mln.[1] per middel uitkomen (variant B).

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: alle genees- en hulpmiddelen	0	0	PM	PM	PM
Variant B: dure genees- en hulpmiddelen	**0**	**-15**	**-30-PM**	**-40-PM**	**-110-PM**
w.v. intramurale geneesmiddelen	0	-5	-15	-20	-50
w.v. extramurale geneesmiddelen	0	-10	-15	-25	-55
w.v. hulpmiddelen	0	0	-PM	-PM	-PM
Kwalitatief effect					
Latere toegang tot geneesmiddelen.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn autonoom met betrekking tot de inkoop van genees- en hulpmiddelen en onderhandelen onderling en met leveranciers over de prijzen.

In variant A neemt de rijksoverheid de inkoop van alle genees- en hulpmiddelen over (eigenaarschap bij rijksoverheid) om lagere prijzen en doelmatiger inzet van financiële middelen te bewerkstelligen. Dit volledig overnemen van de inkoop vereist inrichting van een nieuw, publiek stelsel, waarbij een deel van de zorgmarkt genationaliseerd wordt. Als genees- en hulpmiddelen een verzekerd recht blijven, valt te denken aan een stelsel vergelijkbaar met de Wlz. Een 'centraal inkoopkantoor' koopt de geïndiceerde middelen in bij productaanbieders en levert ze via apotheek of zorginstelling aan de patiënt.

1 De nieuwe grens van € 10 mln. is zo gekozen omdat dit in ZIK 2015 ook de grens was.

Genees- en hulpmiddelen zijn dan geen onderdeel meer van de zorg conform de Zorgverzekeringswet, maar producten die van overheidswege verstrekt worden. Dit vereist nieuwe wet- en regelgeving naast of in plaats van bestaande wet- en regelgeving.

De rol die zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij de inkoop van genees- en hulpmiddelen hebben, vervalt. Zorgaanbieders die genees- en hulpmiddelen willen inzetten of verstrekken, moeten deze bij het centrale inkoopkantoor betrekken. Genees- en hulpmiddelen die de patiënt niet via het centrale inkoopkantoor bereiken, vallen noch onder de nieuwe publieke regeling, noch onder de Zorgverzekeringswet.

In variant B gaat het alleen om dure hulp- en geneesmiddelen. Bij een deel van de geneesmiddelen hebben leveranciers een monopoliepositie. Hier kan de inkoopmacht van zorgaanbieders en zorgverzekeraars niet sterk genoeg zijn. De overheid heeft tegenover een monopolist meer macht, zeker wanneer de onderhandelingspositie wordt gekoppeld aan de pakketbeslissing. In bijzondere gevallen worden daarom bij een vergoedingsbesluit financiële arrangementen afgesproken door de minister van VWS. Deze sluis (intramuraal en extramuraal) wordt toegepast als de uitgaven voor een geneesmiddel naar verwachting meer dan € 40 mln. per jaar worden of meer gaan kosten dan € 50.000 per behandeling met in totaal meer dan € 10 mln. per jaar aan uitgaven.

Het is mogelijk om het bestaande beleid van prijsonderhandelingen tussen overheid en geneesmiddelleveranciers bij pakketbesluiten uit te breiden naar alle nieuwe dure geneesmiddelen waarvan de jaarlijkse uitgaven boven de € 10 mln. per middel uitkomen. Invoering van dit onderdeel van variant B vergt een jaar. Verder zal de ambtelijke capaciteit voor het voeren van de prijsonderhandelingen en de capaciteit voor het Zorginstituut moeten worden uitgebreid.

Voor hulpmiddelen gelden nu vrije prijzen en de prestatie- en tariefregulering op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg. Hulpmiddelen die onder de aanspraak hulpmiddelenzorg vallen of medische technologieën die intramuraal gebruikt worden, stromen automatisch het pakket in als ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dat geldt ook voor medische hulpmiddelen of technologieën met een potentieel groot kostenbeslag.

Het opzetten van een sluis voor medische technologie zou mogelijk kunnen bijdragen aan de betaalbaarheid van de zorg. Voordat middelen het verzekerde pakket instromen, kan er immers onderhandeld worden over een prijs. Het Bureau Financiële Arrangementen heeft hier ruime ervaring mee rond dure geneesmiddelen. Naast kosteffectiviteit kan ook macro-budgettair beslag een criterium zijn: voor veel medische technologie geldt namelijk dat de prijs laag is, maar het volume (heel) hoog.

Wat de uitvoerbaarheid betreft, is relevant dat er vanaf mei 2022 een Europese databank met medische hulpmiddelen beschikbaar komt. Deze moet inzicht geven in de medische hulpmiddelen die op de Europese markt zijn, waarvoor een CE-certificaat en een

klinisch onderzoek zijn aangevraagd. Het ligt voor de hand om voor de horizonscan gebruik te maken van deze informatie. Dit houdt in dat een volledige horizonscan na 2022 mogelijk is.

Om een sluis te creëren moet ook het Besluit Zorgverzekering aangepast worden. Juridisch is het mogelijk om bepaalde hulpmiddelen via de Regeling zorgverzekering van vergoeding uit te sluiten.

De markt van de hulpmiddelen en medische technologie is wezenlijk anders dan die voor (dure) geneesmiddelen. Zo biedt een patent minder bescherming tegen concurrentie, dalen prijzen van technologie relatief snel en zijn medische hulpmiddelen minder lang op de markt (mede omdat technologieën sneller verouderen). Het is belangrijk om te voorkomen dat prijsonderhandelingen averechts uitwerken, doordat de prikkel verdwijnt om het hulpmiddel voor een lagere prijs aan te bieden. Mogelijk kan dit worden ondervangen door een kortere looptijd van prijsafspraken dan bij geneesmiddelen.

Budgettaire effecten

Bij variant A is het mogelijk dat schaalvoordelen ontstaan. Dit geldt waarschijnlijk niet voor generieke geneesmiddelen en groepen hulpmiddelen waarop nu al scherp wordt ingekocht door verzekeraars (zoals verbandmiddelen, incontinentiemateriaal). De eventuele schaalvoordelen zijn echter kwantitatief niet goed te onderbouwen. De maatregel komt daarmee op PM te staan.

Bij variant B nemen we aan dat de grens van geneesmiddelen waarop wordt onderhandeld vanuit de overheid wordt verlegd van € 40 mln. naar € 10 mln. per jaar, ongeacht de kosten per behandeling. Rekening houdend met het aantal extra geneesmiddelen waarover wordt onderhandeld, de te behalen extra korting door onderhandelingen door overheid (geschat op 18,5% intramuraal en 20% extramuraal), en met de groei komt het structurele bedrag dat kan worden bespaard op € 50 mln. intramuraal en € 55 mln. extramuraal.

De mogelijke opbrengsten van een sluis voor hulpmiddelen en medische technologie zijn niet goed in te schatten. De markt van de hulpmiddelen en medische technologie is wezenlijk anders dan die voor (dure) geneesmiddelen, waardoor een vergelijking met de opbrengsten van de sluis geneesmiddelen niet (geheel) relevant is. Ook dient bekend te zijn hoeveel korting verzekeraars op dit moment bedingen op hulpmiddelen en medische technologie, om te bepalen of de overheid dit in theorie beter zou kunnen doen.

Overige effecten

Nadeel van intensivering van de sluis (variant B) is dat nieuwe dure geneesmiddelen mogelijk minder snel bij de patiënt komen. Intramurale geneesmiddelen die niet aan de

sluiscriteria voldoen, stromen nu automatisch in het verzekerde pakket, mits de behandeling ermee stand van wetenschap en praktijk is. In de nieuwe situatie vallen deze middelen buiten het verzekerde pakket totdat een financieel arrangement is afgesproken en de minister een positief vergoedingsbesluit heeft genomen.

Ook verandert de rol van de zorgverzekeraar en de (ziekenhuis-)apotheker. Deze hebben minder ruimte voor onderlinge prijsonderhandelingen. Zij hebben nu mogelijkheden om portfolio-afspraken te maken en ook direct afspraken over bijvoorbeeld gepast gebruik. Een risico van het aanscherpen van de sluiscriteria is verder – als de overheid lagere prijzen weet te bedingen – dat het voor fabrikanten minder aantrekkelijk wordt om in Nederland deze geneesmiddelen (snel) op de markt te brengen. Een sluis voor hulpmiddelen kan vergelijkbare effecten hebben.

Overige opmerkingen

Variant A vereist de inrichting van een publiek stelsel, inclusief de daarbij behorende (transitie)kosten (zoals in de maatregelen **140** (Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders (NHS), **142** (Publiek stelsel met landelijk opererende ziekenfondsen ('Krankenkassen' en/of 'Deens model')) en **143** (Publiek stelsel met regionaal opererende ziekenfondsen ('zorgkantoren')). De maatregelen op het gebied van geneesmiddelen kennen veelal een interactie-effect (overlap qua kosten en/of opbrengsten). Ook heeft deze maatregel een interactie-effect met het eventueel voortzetten van een Hoofdlijnenakkoord MSZ.

← **Terug naar tabel GENEES- & HULPMIDDELEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

95 Verplichte centrale inkoop genees- en hulpmiddelen door ziekenhuizen

Deze maatregel kent twee varianten. Variant A laat de inkoop van genees- en hulpmiddelen door ziekenhuizen verplicht centraal organiseren. Bij variant B maakt de overheid in samenwerking met de ziekenhuizen een lijst van genees- en hulpmiddelen die centraal worden ingekocht. De aanspraak in de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt beperkt tot de centraal ingekochte genees- en hulpmiddelen.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto- collectieve zorguitgaven in mln. euro	0	0	0	0	PM

Uitvoering & Haalbaarheid

In het huidige stelsel zijn zorgverzekeraars en ziekenhuizen autonoom in de inkoop van genees- en hulpmiddelen. Hierbij kunnen ze ook verschillende keuzes maken voor verschillende type geneesmiddelen. Zo kunnen ze er voor kiezen om een generiek product met een lage prijs zelf in te kopen en een nieuw duur geneesmiddel met een sterkere marktpositie gezamenlijk. In de praktijk bestaan voor de inkoop van geneesmiddelen verschillende vrijwillige samenwerkingsverbanden (inkoopcombinaties van ziekenhuizen, al dan niet samen met zorgverzekeraars). Daarnaast onderhandelen verzekeraars ook met de ziekenhuizen over de zorg (waaronder de genees- en hulpmiddelen) die ze inkopen voor hun verzekerden.

Zowel zorgaanbieders als verzekeraars hebben een prikkel om zo doelmatig mogelijk in te kopen. De prikkel voor doelmatige inkoop bij zorgaanbieders en verzekeraars wordt versterkt door het macrobudgettaire kader voor de medisch specialistische zorg in het Hoofdlijnenakkoord edisch specialistische zorg 2019-2022. De overheid onderhandelt wel centraal over de prijs van dure geneesmiddelen met een hoog kostenbeslag. Als een financieel arrangement wordt afgesloten, kopen de ziekenhuizen het geneesmiddel vervolgens daadwerkelijk in.

Beide varianten beogen dat ziekenhuizen de inkoop van genees- en hulpmiddelen centraal gaan organiseren. Het verplichtende karakter van deze maatregel is in het huidige zorgstelsel niet juridisch uitvoerbaar. De noodzakelijke stelselherziening moet ervoor zorgen dat er geen sprake meer is van marktwerking tussen partijen. Partijen voeren dan een niet-economische dienst van algemeen belang uit en vallen hierdoor niet onder de

Europeesrechtelijke regels van vrij verkeer van vestiging, kapitaal en diensten. In dit geval vallen ze ook niet onder de Mededingingswet. Dit regelen vergt een invoeringstermijn van enkele jaren.

Daarnaast impliceert variant B een gesloten aanspraak (limitatieve lijst van geneesmiddelen, medische hulpmiddelen en apparatuur). Vanwege de hoeveelheid medische hulpmiddelen en het innovatieve karakter van de markt zal het maken en up-to-date houden van een dergelijke lijst arbeidsintensief zijn en innovatie vertragen.

Budgettaire effecten

De budgettaire effecten zijn niet in te schatten. Uitvoering van de variant brengt immers een stelselherziening met zich mee. Hierdoor veranderen de prikkels in het gehele stelsel tussen partijen, waardoor het inschatten van de budgettaire effecten van een maatregel die daarop voortbouwt niet goed mogelijk is. In algemene zin zouden door centrale inkoop kosten bespaard kunnen worden. Tegelijkertijd kan een meer gecentraliseerde structuur ook tot inefficiënties in coördinatie, voorraadbeheer en tot extra kosten leiden. Het is onduidelijk hoe dit uitpakt.

Overige opmerkingen

Voor de uitvoerbaarheid en gevolgen van een transitie naar een publiek stelsel wordt als voorbeeld verwezen naar maatregelen **140** (Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders (NHS), **142** (Publiek stelsel met landelijk opererende ziekenfondsen ('Krankenkassen' en/of 'Deens model')) en **143** (Publiek stelsel met regionaal opererende ziekenfondsen ('zorgkantoren')). De daarbij behorende (transitie)kosten zijn randvoorwaardelijk voor het invoeren van deze maatregel.

De maatregelen op het gebied van geneesmiddelen kennen vaak een interactie-effect (overlap qua kosten en/of opbrengsten). Ook heeft deze maatregel een interactie-effect met het eventueel voortzetten van een Hoofdlijnenakkoord MSZ en heeft gelijkenissen met maatregel **94** (Centrale inkoop genees- en hulpmiddelen door de rijksoverheid) waarbij de rijksoverheid genees- en hulpmiddelen centraal inkoopt.

Terug naar tabel GENEES- & HULPMIDDELEN
Terug naar overzicht resultaten

96 Declaratie dure geneesmiddelen ziekenhuizen

Voor dure geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg bestaat *add-on*-bekostiging. Zij kunnen apart van de medische behandeling in rekening worden gebracht. Op dit moment is een maximumtarief richtinggevend voor de prijs van deze middelen. In de nieuwe situatie worden add-ons vergoed op basis van de netto-inkoopprijs voor ziekenhuizen. Deze ligt vaak lager dan de lijstprijs en soms ook lager dan het met de zorgverzekeraar afgesproken tarief.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	0	0	PM	PM	PM
Kwalitatief effect					
Margeverslechtering ziekenhuizen.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Bij inzet van dure geneesmiddelen (>€ 1.000 per patiënt) waar de prijs veel variatie vertoont, kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij de NZa een aanvraag doen voor het vaststellen van een add on-prestatie met bijbehorend tarief. Dit tarief geldt als het maximum dat de zorgaanbieder in rekening mag brengen. Individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars spreken vervolgens af voor welke prijs de zorgaanbieder het geneesmiddel kan declareren.

De NZa-monitor 'Geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg' laat zien dat in 2016 verzekeraars grofweg 9% lagere prijzen betaalden dan de NZa-tarieven. Ziekenhuizen zelf betalen grofweg 12,5% lagere prijzen. Het grootste deel van het onderhandelingsresultaat tussen ziekenhuizen en fabrikanten kwam bij verzekeraars terecht. De tendens is dat de marge voor de ziekenhuizen daalt.

Volgens het Hoofdlijnenakkoord MSZ 2019-2022 stellen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich ten doel om in 2020 dure geneesmiddelen in nacalculatie te vergoeden op basis van lokaal gerealiseerde inkoopprijzen. Zorgaanbieders zien dus af van het in de eigen organisatie inzetten van inkoopmarges. Inmiddels krijgen zorgverzekeraars door contractafspraken met sommige zorgaanbieders inzicht in de behaalde netto-inkoopprijzen. Zij kunnen deze informatie gebruiken in de tariefonderhandelingen met andere zorgaanbieders. De verwachting is daarom dat de door ziekenhuizen behaalde inkoopmarges bij het bestaande beleid verder zullen dalen.

De voorgestelde maatregel betekent dat een lagere inkoopprijs directer wordt vertaald in een lagere vergoeding. De maatregel is uitvoerbaar, maar vergt aanpassing van nadere regels en tariefbeschikkingen van de NZa. Hierin moet worden opgenomen dat zorgaanbieders voor dure geneesmiddelen de netto-inkoopprijs in rekening dienen te brengen bij de zorgverzekeraar. Deze maatregel is binnen drie jaar uitvoerbaar.

Budgettaire effecten

De totale omzet aan intramurale geneesmiddelen, add-on, bedraagt € 2,25 mld. in 2018.[1] Als de vergoeding wordt vastgesteld op basis van netto-inkoopprijzen zouden de vergoede prijzen kunnen dalen.[2] Hoe ver deze kunnen dalen, is moeilijk te bepalen omdat de zichtbare marges voor de ziekenhuizen steeds kleiner worden. Ook is nog niet duidelijk wat de resultaten zijn van het Hoofdlijnenakkoord MSZ 2019-2022, al is de verwachting dat ook deze afspraken tot lagere prijzen leiden. Bovendien neemt de maatregel de prikkel voor ziekenhuizen weg om een scherpe prijs te bedingen. Dit kan leiden tot prijsstijgingen. Daarom valt het budgettaire effect van de maatregel niet te bepalen en wordt dit op PM gezet.

Overige effecten

De door ziekenhuizen bedongen marge, die nu nog ten goede komt aan hun bedrijfsvoering, valt door de maatregel weg. Dit zal de financiële positie van het ziekenhuis (iets) verslechteren en de kwaliteit van de zorg aantasten, tenzij het ziekenhuis elders extra inkomsten weet te vergaren. Zo kan een waterbedeffect ontstaan, waarbij ziekenhuizen de weggevallen inkomsten proberen te compenseren door elders hogere inkomsten te genereren. De maatregel leidt dus macro niet per definitie tot een besparing.

Een ander risico is dat fabrikanten minder bereid zullen zijn tot kortingen. Zij zijn immers vaak alleen onder geheimhouding bereid om een product (of serie producten) voor een lagere prijs aan te bieden. De maatregel kan dus ook tot minder doelmatige zorg en mogelijk hogere uitgaven leiden. Een alternatieve variant is niet te vergoeden op basis van de nettoprijs van individuele ziekenhuizen, maar op basis van het landelijke gemiddelde van de netto-inkoopprijs. In hoeverre dit, aanvullend op het bestaande beleid, tot besparingen kan leiden is onduidelijk.

1 Zorginstituut, www.gipdatabank.nl
2 NZa-rapport Monitor Geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg, 2016.

Overige opmerkingen

Aangenomen is hier dat met dure geneesmiddelen de add-on geneesmiddelen worden bedoeld. De maatregelen op het gebied van geneesmiddelen hebben interactie op gebied van vergoeding en betaling van geneesmiddelen. Ook is er interactie met het eventueel voortzetten van een Hoofdlijnenakkoord MSZ.

← **Terug naar tabel GENEES- & HULPMIDDELEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

97 Afschaffen Geneesmiddelen-vergoedingssysteem

Het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) wordt afgeschaft. Alle geneesmiddelen worden behandeld via de open instroomprocedure, dus zonder nadere indeling in GVS-clusters. Zonder clusters worden ook geen vergoedingslimieten vastgesteld en verdwijnen de specifieke GVS-bijbetalingen voor de patiënt.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto- collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**0**	**160+PM**	**160+PM**	**160+PM**
w.v. vervallen bijbetalingen	0	0	55	55	55
w.v. overige effecten	0	0	100+PM	100+PM	100+PM

Uitvoering & Haalbaarheid

Het GVS geldt alleen voor extramurale geneesmiddelen. Het bepaalt of en hoe hoog de vergoeding van een bepaald geneesmiddel is. Het heeft de volgende eigenschappen:

1. Het is een gesloten systeem. Elk geneesmiddel wordt eerst door het Zorginstituut (ZIN) beoordeeld en op basis hiervan al of niet door de minister van VWS toegelaten tot het basispakket.
2. Geneesmiddelen die onderling vervangbaar zijn, worden geclusterd (bijlage 1A van de Regeling zorgverzekering (Rzv)). Voor die middelen geldt een vergoedingslimiet. Die limieten zorgt voor een prijsdrukkend effect. Het zet fabrikanten aan om hun prijzen te matigen en stimuleert voorschrijvers, apothekers en patiënten om te kiezen voor een doelmatig geneesmiddel.
3. Geneesmiddelen die niet onderling vervangbaar zijn, komen in bijlage 1B van de Rzv. Voor deze middelen geldt geen vergoedingslimiet.
4. Voor alle geneesmiddelen in het GVS kunnen in bijlage 2 voorwaarden worden gesteld, bijvoorbeeld dat het geneesmiddel alleen wordt vergoed voor een bepaalde patiëntengroep.

De voorgestelde maatregel betreft het afschaffen van het GVS. Daarmee vervallen alle bovengenoemde elementen, met als gevolg:

- Het ZIN zal niet meer alle geneesmiddelen beoordelen, waardoor informatie over therapeutische substitutie en plaatsbepaling door andere partijen (bijvoorbeeld beroepsgroepen) verstrekt moet worden.
- Er zal geen positieve lijst meer zijn met geneesmiddelen die tot het basispakket behoren en vergoed worden. Het wordt daardoor onduidelijker wat wel en niet verzekerde zorg is. Dit speelt bijvoorbeeld bij zelfzorgmiddelen.
- Nu adviseert het ZIN soms negatief over een geneesmiddel omdat het niet effectief blijkt. In de nieuwe situatie is het aan partijen om te bepalen of een middel bewezen effectief is en uit de basisverzekering vergoed dient te worden.
- Er zullen geen vergoedingslimieten meer gelden en patiënten hoeven niet meer bij te betalen. Hierdoor vervalt de prikkel voor fabrikanten om hun prijzen te matigen en voor voorschrijvers, apothekers en patiënten om een doelmatig middel te gebruiken.
- Er zullen geen expliciete aanvullende voorwaarden worden gesteld aan vergoeding (bijlage 2 voorwaarden). Ook dit zal een rol worden voor partijen.

Afschaffen van het GVS vergt een wijziging van het Besluit zorgverzekering en van de RVZ. Juridisch is dat haalbaar, maar hierna volgt een lang implementatietraject. Er moet rekening gehouden worden met lopende contracten tussen zorgverzekeraars en apothekers; het vervallen van de vergoedingslimieten moet administratief verwerkt worden; alle partijen moeten tijdig informatie krijgen over de veranderingen; er moet bepaald worden hoe voortaan duidelijkheid wordt gegeven over wat wel en niet verzekerde zorg is. En daarbij moet ook de rolverdeling tussen de verschillende partijen en de overheid opnieuw bepaald worden.

Het is een optie om enkel de vergoedingslimieten te schrappen en verder het GVS in stand te houden. De beoordeling door het ZIN, clustering van geneesmiddelen en de voorwaarden in bijlage 2 blijven dan bestaan. Op de budgettaire effecten, hieronder ingeschat op basis van gehele afschaffing GVS, heeft deze aanpassing maar beperkte invloed: de budgettaire effecten worden namelijk vooral veroorzaakt door het wegvallen van de vergoedingslimieten, waarmee het prijsdrukkend effect van het GVS vervalt.

Budgettaire effecten

Met het loslaten van de vergoedingslimieten vervallen de bijbetalingen. Dit kost minimaal € 55 mln. (de bijbetalingen in 2019[1], opgehoogd naar 2021). Daarnaast kan bij bepaalde groepen middelen de prijs stijgen.

Al met al kunnen voor deze maatregel de volgende budgettaire effecten berekend worden:
- De huidige bijbetalingen á € 55 mln. vervallen.
- Niet-gerealiseerde opbrengst van modernisering van het GVS kost volgens het basispad van het CPB € 100 mln.[2] Door afschaffing van het GVS kunnen verwachte prijsverlagingen en wisselingen worden teruggedraaid of teniet gedaan[3].
- Het prijsdrukkend effect van het GVS vervalt: deze kosten zijn nog niet goed in te schatten (PM).
- Vervallen bijlage 2-voorwaarden: dit is niet (op korte termijn) te kwantificeren (PM).

De totale kosten van de maatregel worden dus ingeschat op tenminste € 155 mln.

Overige effecten

Als bij het afschaffen van het GVS wordt besloten om geneesmiddelen niet meer te beoordelen, kan dat ook betekenen dat er geneesmiddelen het verzekerde pakket instromen die nu niet door de toetsing van het ZIN zouden komen.
Als bij het afschaffen van het GVS ook wordt besloten om de bijlage 2-voorwaarden te laten vervallen, kan dat betekenen dat bepaalde geneesmiddelen voor meer patiënten ingezet zullen worden:
- Er kunnen geneesmiddelen instromen die anders door het ZIN negatief waren beoordeeld.
- Zwaardere belasting veldpartijen: verantwoordelijk voor beoordelen stand van wetenschap en praktijk, aanspraak en plaatsbepaling.

Alle maatregelen op het gebied van geneesmiddelen kennen overlap qua kosten of opbrengsten.

Terug naar tabel GENEES- & HULPMIDDELEN
Terug naar overzicht resultaten

1 We rekenen met een bedrag van € 50 mln. in 2019, gebaseerd op https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2020/42-000-patienten-profiteren-van-maximering-bijbetalingen. De huidige maximeringsregeling is afgesproken voor de kabinetsperiode 2017-2021. Hier wordt er van uitgegaan dat deze regeling vervalt na 2021.
2 Het basispad van het CPB wijkt af van de bedragen waarmee de ministeries van VWS en Financiën rekenen, vanwege interactie met andere maatregelen uit het regeerakkoord.
3 De besparing door modernisering van het GVS is zeer lastig in te schatten. Deze is onder meer afhankelijk van wisselgedrag van patiënten, prijsbeleid van fabrikanten en de aanpassing van de Wet geneesmiddelenprijzen.

98 Invoeren inschrijftarief apothekers

Van iedere verzekerde wordt verwacht dat hij zich inschrijft bij een apotheker, zoals dat nu al gebeurt bij huisartsen.[1] De huidige bekostiging van farmaceutische zorg op basis van zorgprestaties wordt dan vervangen door een bekostiging op basis van een vast inschrijftarief, onafhankelijk van geleverde zorg of medicijnen.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**80**	**180**	**PM+100**	**PM+100**
w.v. uitgaven aan farmaceutische zorg	0	0	0	PM	PM
w.v. vervallen deel eigen risico	0	0	100	100	100
w.v. transitiekosten	0	80	80	0	0
Kwalitatief effect					
Integrale begeleiding bij medicatiegebruik kan therapietrouw en medicatieveiligheid verhogen.					

Uitvoering & Haalbaarheid

In de huidige situatie halen apotheken hun inkomsten vooral uit 1) de vergoeding voor geleverde farmaceutische zorg en 2) de in- en verkoop van geneesmiddelen. Het eerste, de zorgprestaties, is de voornaamste inkomstenbron. De in- en verkoop van geneesmiddelen vormde volgens onderzoek uit 2013 slechts 20% van de inkomsten van apotheken.[2] Voor de zorgprestaties gelden vrije tarieven. Mensen hoeven zich nu niet bij een bepaalde apotheek in te schrijven, maar kunnen met recepten bij iedere apotheek terecht. Toch hebben mensen in de praktijk vaak wel een 'eigen' apotheek.

Door de nieuwe maatregel worden de zorgprestaties als basis voor bekostiging vervangen door een inschrijf- of abonnementstarief. Voor de bekostiging van geneesmiddelen wordt geen aanpassing voorgesteld. In de nieuwe situatie moeten patiënten zich inschrijven bij één apotheker of apotheek. Het door de NZa vast te stellen vaste abonnementstarief wordt mede gebaseerd op de kenmerken van de patiëntenpopulatie. De apotheek haalt zijn inkomsten met name uit het abonnementstarief.

1 Inschrijving bij een huisarts is geen wettelijke verplichting. Verondersteld wordt dat inschrijving bij een apotheker evenmin een wettelijke verplichting wordt.
2 https://www.ing.nl/media/omzet-en-marges-apotheken-onder-druk_tcm162-32799.pdf

De maatregel is dusdanig complex dat de ontwikkeling, voorbereiding, en implementatie van de nieuwe regelgeving waarschijnlijk drie tot vier jaar zal kosten. De ontwikkeling van een rekenmodel op basis van populatiekenmerken inclusief praktijkpilots vergt enkele jaren. Daarnaast vereist zorgvuldige invoering een meerjarig ingroeimodel voor zorgaanbieders en -verzekeraars. In de uitwerking moet ook meegenomen worden hoe om te gaan met het verplicht eigen risico. Te overwegen is om – net als bij de huisartsen - de apotheker uit te zonderen van het eigen risico.

Er zijn ook spelregels nodig voor de behandeling van passanten. Dat zijn patiënten die niet staan ingeschreven bij een apotheek (of niet bij deze apotheek). Een huisarts kan hiervoor een speciaal passantentarief in rekening brengen. Bij apothekers is een vergelijkbare constructie mogelijk. Tot slot is er aandacht nodig voor de situatie waarin een apotheek 'vol' is, dus geen patiënten meer aanneemt.

Budgettaire effecten

Aangenomen wordt dat de aanpassing van de bekostiging macrobudgettair neutraal vorm wordt gegeven. De totale uitgaven aan de nieuwe prestaties liggen dan niet hoger dan de huidige uitgaven aan terhandstellings- en zorgprestaties.

Verder geldt enerzijds dat een vast abonnementstarief op langere termijn minder prikkelt tot doelmatigheid (verzekeraars kunnen niet op deze kosten sturen). Anderzijds haalt de maatregel een ongewenste volumeprikkel weg en kan deze een integrale begeleiding van de patiënt bij zijn medicatiegebruik therapietrouw stimuleren en de medicatieveiligheid vergroten. Dit kan mogelijk ziekenhuisopnames voorkomen en de doelmatigheid vergroten. Het totaaleffect is niet op voorhand te bepalen of te kwantificeren. Als de abonnementsprestatie uitgezonderd wordt van het eigen risico, dan dalen de opbrengsten uit het eigen risico met naar schatting € 100 mln.

Ten slotte gaat deze maatregel gepaard met transitiekosten van jaarlijks € 80 mln. gedurende twee jaar.

Overige effecten

Integrale begeleiding bij medicatiegebruik kan therapietrouw en medicatieveiligheid verhogen.

Overige opmerkingen

De maatregelen op het gebied van geneesmiddelen kennen veelal een interactie-effect (overlap qua kosten en/of opbrengsten).

← Terug naar tabel GENEES- & HULPMIDDELEN
← Terug naar overzicht resultaten

99 Transparantieregister zorg

Farmaceutische bedrijven worden wettelijk verplicht zich in te schrijven in een transparantieregister dat beheerd wordt door de overheid. Hierdoor komen er meer mogelijkheden om misstanden op te sporen in de farmaceutische sector.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	0	0	PM	PM	PM
Kwalitatief effect					
Meer mogelijkheden om misstanden in de farmaceutische sector op te sporen.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Farmaceutische fabrikanten en producenten van hulpmiddelen melden financiële relaties met een zorgverlener of –instelling vanaf een bedrag van € 500 in het door de sector zelf beheerde Transparantieregister Zorg (TRZ).

De voorgestelde maatregel vormt dit private register om tot een overheidsregister, verlaagt de meldingsgrens naar € 50 en neemt ook indirecte betalingen op. Hierdoor komen er veel meer meldingen in het register. De maatregel veronderstelt dat er door deze ruimere openbaarmaking minder beïnvloeding van artsen zal zijn.

Een Transparantieregister kan bij wet worden ingesteld en vormgegeven; het wordt dan een publieke taak. Afhankelijk van de uitwerking kunnen verplichte toetsen negatief uitpakken (toetsing op privacy door Autoriteit Persoonsgegevens, administratieve lasten, etc.) en kan de maatregel als meer of minder proportioneel worden gezien.

Budgettaire effecten

Er zijn kosten voor de opzet en het onderhoud van het register. Daarnaast zijn er monitoringskosten. De totale jaarlijkse kosten zijn lager dan € 50 mln.

De opbrengsten zijn niet in te schatten; daarom wordt het budgettair effect van deze maatregel op PM gezet. Het is immers onduidelijk tot hoeveel extra meldingen deze maatregel leidt en welke gevolgen dit heeft voor het gebruik van geneesmiddelen.

Mejia et al.[1] en Ornstein[2] geven aan dat meerdere studies een positieve relatie vinden tussen artsen die geld ontvangen van de medische industrie en de uitgaven van deze artsen aan geneesmiddelen. Volgens deze studies zijn er echter nog geen studies die een causaal verband aantonen. Mejia et al. beargumenteren verder dat transparantie op zichzelf niet leidt tot minder beïnvloeding door de medische industrie. Het effect hangt bijvoorbeeld ook af van de mate waarin het register wordt geraadpleegd door huisartsen, patiënten, etc.

Overige effecten

Doordat er vaker transacties gemeld moeten worden, zullen de administratieve lasten voor zorgverleners en instellingen toenemen.

← **Terug naar tabel GENEES- & HULPMIDDELEN**
← **Terug naar overzicht resultaten**

1 Mejia, J., Mejia, A. & Pestilli, F. (2019) Open data on industry payments to healthcare providers reveal potential hidden costs to the public. Nature Communication 10, 4314 doi:10.1038/s41467-019-12317-z.

2 Ornstein C. (2017) Public Disclosure of Payments to Physicians From Industry. JAMA. 317(17):1749–1750. doi:https://doi.org/10.1001/jama.2017.2613.

100 Intensivering uitkomstgerichte zorg

Er komt een verplichte centrale registratie voor uitkomsten van behandelingen in ziekenhuizen en voor dure medicijnen. Tegelijk wordt op basis van uitkomstindicatoren het gebruik van de verzamelde data voor kwaliteitsverhoging van de zorg bevorderd.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**40**	**65**	**-PM+80**	**-PM+100**	**-PM+110**
w.v. kosten registers behandeluitkomsten	0	0	0	0	30
w.v. kosten registers dure geneesmiddelen	**0**	**15**	**20**	**25**	**35**
w.v. kosten administratieve lasten	0	10	20	40	40
w.v. transitiekosten bestaande register	40	40	40	40	0
w.v. opbrengsten registers	0	0	-PM	-PM	-PM
Kwalitatief effect					
Verbetering kwaliteit en doelmatigheid van zorg.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Centrale registratie van ziekenhuisbehandelingen en dure medicijnen (meer dan € 50.000 per persoon per jaar en/of € 40 mln. totaal per jaar). De resultaten daarvan kunnen zowel overbehandeling als onderbehandeling aan het licht brengen en zo bijdragen aan kwaliteitsverbetering in de zorg. Maar zulke registers zijn op zichzelf nog niet genoeg. De gegevens moeten ook geanalyseerd en geëvalueerd worden om ervan te kunnen leren en er consequenties uit te kunnen trekken in de praktijk. Deze maatregel is dus alleen zinvol als voor partijen duidelijk is hoe de centraal verzamelde data gebruikt (kunnen) worden voor zorgverbetering.

Er bestaat nu al een programma Uitkomstgerichte Zorg 2018-2022. Dit beoogt om in 2022 voor 50% van de ziektelast in de medisch specialistische zorg uitkomstindicatoren beschikbaar te hebben, onder meer via de (klinische) kwaliteitsregistraties van specialistenverenigingen van de medisch specialisten. Die indicatoren worden nu geregistreerd bij het Zorginstituut (Transparantiekalender). Op basis van deze registers worden beperkt afspraken gemaakt over prijs én kwaliteit van individuele dbc-zorgproducten. Er wordt niet altijd een aparte prestatiebeschrijving afgesproken en geregistreerd.

Daarnaast werkt het Zorginstituut (ZIN) momenteel aan een plan voor regie op registers voor dure geneesmiddelen.[1] Dit project moet de kwaliteit van registers verhogen en het registratielandschap verbinden en harmoniseren. In een deelproject is er aandacht voor het afdwingen van registratie.

De voorgestelde maatregel verbreedt de reikwijdte van de uitkomstgerichte zorg en dwingt centrale registratie af. Deze verplichting kan op verschillende manieren juridisch worden afgedwongen: door opname in de Zorgverzekeringswet of door de brede registratieverplichting neer te leggen bij zorgaanbieders zoals dat al gebeurt in het lopende programma.

Afhankelijk van de gekozen uitvoering kost aanpassing van de regelgeving waarschijnlijk een tot drie jaar. De verplichting werkt alleen als zorgaanbieders de mogelijkheid hebben om uitkomsten te registreren. Ontwikkelen, testen en implementeren van een centraal register kost minimaal drie jaar. Registers gaan vooralsnog gepaard met substantiële registratielast voor zorgprofessionals en ICT-kosten omdat nog niet alles kan lopen via registratie aan de bron.

Deze maatregel vereist vanwege privacyregels een wettelijke grondslag voor kwaliteitsregistraties MSZ om geanonimiseerde persoonsgegevens te mogen verwerken zonder toestemming van de patiënt. Op dit moment is een wetsvoorstel in de maak om in deze grondslag te voorzien.

Budgettaire effecten

Omdat de overheid een registratieverplichting oplegt, wordt aangenomen dat zij de registratie financiert. Dit betekent dat de kosten van registers die nu veelal door fabrikanten, zorgverzekeraars, ziekenhuizen en overheid gezamenlijk worden gefinancierd, door de overheid betaald gaan worden. De precieze kosten van de huidige registers zijn echter onbekend: er is veel versnippering en er zijn verschillende financieringsbronnen. Ook zijn er kosten in natura gezien de tijd die mensen besteden om de gegevens te moeten registreren.

Voor registers van ziekenhuisbehandelingen worden kosten gemaakt in verband met ontwikkeling en toepassing van uitkomstindicatoren. In het programma Uitkomstgerichte Zorg, gericht op 50% van de ziektelast, is hiervoor € 70 mln. nodig. Verbreding naar de overige 50% van de medisch-specialistische zorg zal een meer dan proportionele budgetgroei vergen, omdat het om relatief meer aandoeningen gaat (met lagere ziektelast per aandoening). Daarom wordt over een periode van vijf jaar incidenteel een extra budget

1 https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/regie-op-registers-voor-dure-geneesmiddelen

van € 25 mln. per jaar voor bestaande behandelingen nodig geacht. Voor nieuwe behandelingen wordt aangenomen dat jaarlijks structureel € 30 mln. nodig is.

De kosten van registers van dure geneesmiddelen zijn te ramen op basis van ervaringen van ZonMw. Gemiddeld kost het € 2,7 mln. om een register op te zetten. Uitgaand van 50 tot 100 middelen die aan de criteria voldoen, is de aanname dat aanvankelijk gestart wordt met dertig registers voor bestaande dure geneesmiddelen. Deze opzet kost incidenteel € 80 mln., te verdelen over vijf jaar. Indien er per jaar gemiddeld vijf nieuwe registers bijkomen in de komende tien jaar, kost dit daarnaast jaarlijks, inclusief groei, structureel € 14 mln. Wanneer de beheerskosten (in 2021) € 0,27 mln. per jaar per register zijn, dan zijn de beheerskosten *structureel* afgerond rond de € 14 mln. per jaar voor het opzetten van nieuwe registers en € 8 mln. voor het beheer van bestaande registers. De totale extra kosten voor de registers van dure geneesmiddelen bedragen € 35 mln. structureel.

Op basis van bovenstaande gegevens bedragen de transitiekosten voor het opzetten van registers van bestaande behandelingen en dure geneesmiddelen jaarlijks € 40 mln. gedurende vijf jaar. Deze kosten hebben enkel betrekking op het registreren, uniformeren en uitwisselen van uitkomstindicatoren voor bestaande zorg. Er worden geen gedragseffecten verondersteld, omdat er geen (financiële) consequenties aan de uitkomstregistratie worden verbonden.

Tevens dient rekening te worden gehouden met administratieve lasten. In de huidige situatie liggen die lasten naar schatting tussen de € 40 mln. en € 80 mln.[2] per jaar. Dit betreft gemiddeld 45 kwaliteitsregistraties, voor negentien keurmerken en zeven patiëntervaringsregistraties. Nu er met deze maatregel slechts één registratie wordt toegevoegd, wordt na twee aanloopjaren uitgegaan van de ondergrens van € 40 mln.

Voor de mogelijke opbrengsten van de maatregel biedt de (internationale) literatuur verschillende aanknopingspunten. Het Centraal Planbureau deed hierover in een studie uit 2015 alleen kwalitatieve uitspraken, zonder er een directe opbrengst aan te koppelen.[3] Onderzoek naar de kwaliteitsregistratie voor darmkankerchirurgie liet zien dat daar een besparing van circa € 20 mln. per jaar mogelijk is.[4] Verder heeft de Boston Consulting Group (BCG) berekend dat kwaliteitsregistraties in Zweden 10% kostenbesparing opleveren.[5] Het potentieel in Nederland komt volgens BCG uit op een beperking van de groei van de betreffende zorguitgaven met 1,5% per jaar. Cumulatief zou dit gaan om een besparing van € 2,3 mld. in 2020.

2 https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/kwaliteitsmetingen-kosten-ziekenhuizen-jaarlijks-80-miljoen.htm
3 https://www.cpb.nl/publicatie/vijf-aanknopingspunten-voor-doelmatigheid-in-de-curatieve-zorg
4 https://www.zorgvisie.nl/darmkankerregistratie-levert-20-miljoen-op-1272589w/
5 Boston Consulting Group, Zorg voor Waarde. Meer kwaliteit voor minder geld; wat de Nederlandse gezondheidszorg kan leren van Zweden, september 2011.

Het is niet zeker of het louter registreren van data, zonder aanvullend beleid, tot besparingen leidt. Bij darmkankerchirurgie bleek dit mogelijk, maar dat betekent niet dat dit bij andere specialismen ook zo werkt. Daarom is in de tabel een PM opgenomen als besparing. Wel kan de maatregel genomen worden in combinatie met nieuwe hoofdlijnenakkoorden voor de medisch specialistische zorg. In dat geval kan wel een besparing worden ingeboekt, waarbij het macrobeheersinstrument kan worden ingezet als de maatregel niet tot (afdoende) opbrengsten leidt.

Overige opmerkingen

De maatregel heeft raakvlakken met maatregel 83 (Fonds ter financiering van onderzoek van (dure) medicijnen in de praktijk).

← Terug naar tabel GENEES- & HULPMIDDELEN
← Terug naar overzicht resultaten

6.1.5 PAKKET & VERZEKERAARS

Nr	Naam
101	Afschaffen verbod premiedifferentiatie Zvw
102	Opnemen medisch noodzakelijke zorg uit aanvullende verzekeringen in het basispakket
103	Afschaffen collectiviteitskorting basisverzekering
104	De restitutiepolis wordt afgeschaft
105	Verlagen vergoeding ongecontracteerde zorg
106	Contractering door de preferente zorgverzekeraar
107	Standaardisatie inkoop- en verantwoordingseisen Zvw
108	Versterking toetsing (kosten)effectiviteit basispakket
109	Gepast gebruik en zinnige zorg
110	Beschikbare tijd per huisartsenconsult vergroten
111	Verplichten gebruik effectieve e-health-oplossingen
112	Basispakket uitbreiden met tandheelkundige zorg
113	Basispakket uitbreiden met paramedische zorg
114	Aantal behandelingen ‘zonder medische noodzaak’ in pakket
115	Anticonceptie in basispakket
116	Beperken recht op kraamzorg
117	Langdurige wijkverpleging vervalt als aanspraak in het basispakket Zvw

101 Afschaffen verbod premiedifferentiatie Zvw

Om een gezonde leefstijl te stimuleren, wordt het verbod op premiedifferentiatie naar leefstijl afgeschaft. Daarbij wordt wel een maximum op de premiekorting voor gezonde leefstijl ingesteld. Er worden leefstijlaspecten benoemd om verzekerden te categoriseren. Het gaat bijvoorbeeld om roken, zwaar alcoholgebruik en overgewicht. Categorisering vindt plaats op basis van een eigen verklaring van de verzekerde.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	0	0	0	0	PM
Kwalitatief effect					
Gezonder leefstijl wordt gestimuleerd; verzekeraars kunnen aan risicoselectie doen; solidariteit tussen gezond en ziek neemt af.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Om ervoor te zorgen dat de zorgverzekering toegankelijk is voor iedereen – jong en oud, arm en rijk, gezond en ziek – hebben zorgverzekeraars een acceptatieplicht voor alle verzekeringsplichtigen. Om te voorkomen dat voor de ene verzekerde een andere premie wordt gevraagd dan voor de andere is er ook een verbod op premiedifferentiatie. Deze maatregel vraagt om het afschaffen van dit verbod.

Om de maatregel te kunnen doorvoeren moet per geval worden vastgesteld wat voor leefstijl iemand heeft. De verwachting is dat het complex is om criteria vast te stellen waarmee bepaald kan worden in welke categorie iemand valt. Om de risico's op fraude te verlagen, dienen zorgverzekeraars over de bevoegdheden te beschikken om de juistheid te controleren van de eigen verklaring van de verzekerde. Daarnaast is de vraag hoe het verschil in premie voor mensen met een gezonde of ongezonde leefstijl doorwerkt in de zorgtoeslag.

Invoering van deze premiedifferentiatie vereist dat verzekeringsplichtigen persoonsgegevens verstrekken over hun leefstijl. Hiervoor is gelet op de AVG (EU) 2016/679) waarschijnlijk een wettelijke grondslag nodig. Deze gegevensverwerking baseren op toestemming van betrokkene zal niet volstaan, omdat deze toestemming niet werkelijk vrijwillig gegeven wordt. De cliënt is immers verplicht een zorgverzekering af te sluiten en ondervindt nadelige financiële consequenties als hij geen informatie over leefstijlfactoren verstrekt. In dat laatste geval zal waarschijnlijk de hoogste premie verschuldigd zijn.

Om risicoselectie te voorkomen, hebben zorgverzekeraars een acceptatieplicht. Door het toestaan van premiedifferentiatie krijgen verzekeraars alsnog enige ruimte om aan risicoselectie te doen. Om dit effect te beperken, zal het nodig zijn om het verschil in premie bij of krachtens de wet te begrenzen. Mede daardoor kost implementatie van deze maatregel twee jaar.

Budgettaire effecten

Ongezond gedrag vergroot de kans op bepaalde ziekten. De zorguitgaven van roken worden geschat op € 2,4 mld., ongezonde voeding € 6 mld., weinig beweging € 2,7 mld. en alcohol € 0,9 mld. per jaar (VTV 2018).

Deze maatregel draagt niet direct bij aan lagere zorguitgaven. Wel kan een hogere premie voor mensen met een ongezonde leefstijl mensen stimuleren om gezonder te leven. Of zij dit werkelijk gaan doen, is moeilijk in te schatten. Daarbij komt dat preventieve maatregelen vaak een budgettair effect hebben over een termijn van tien tot twintig jaar.

Discussiepunt is nog of de zorguitgaven door een gezondere leefstijl op termijn wel afnemen. Als de levensverwachting toeneemt, kunnen mensen 'vervangende' ziektes krijgen. Dit alles maakt het niet mogelijk om een eventuele afname van de zorguitgaven goed in te schatten. Zeker is echter dat er de eerste vier jaar nog geen sprake zal zijn van een besparing van de zorguitgaven.

Overige effecten

Deze maatregel zal de solidariteit tussen gezonden en zieken verminderen. Ook blijft er een risico dat zorgverzekeraars via de gedifferentieerde premies aan risicoselectie gaan doen.

← **Terug naar tabel PAKKET & VERZEKERAARS**
← **Terug naar overzicht resultaten**

102 Opnemen medisch noodzakelijke zorg uit aanvullende verzekeringen in het basispakket

Medisch noodzakelijke zorg uit aanvullende verzekeringen stroomt het basispakket in. De zorg die in het basispakket stroomt moet wel bewezen effectief zijn, dus geen alternatieve geneeswijzen of zorg in het buitenland (tenzij de zorg in Nederland niet voorhanden is).

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	0	2.800	2.800	2.800	2.800
Kwalitatief effect					
De toegankelijkheid en solidariteit voor medisch noodzakelijke zorg wordt vergroot.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De overheid kan aanvullende verzekeringen niet afschaffen, omdat ze een privaat product vormen. Wel kan de medisch noodzakelijke zorg die nu nog in de aanvullende verzekering zit, overgeheveld worden naar het basispakket. Er blijft dan een kleiner pakket over voor de aanvullende verzekering met onder andere alternatieve geneeswijze en anticonceptie.

Om te besluiten welke zorg in het basispakket komt, wordt er gekeken naar de pakketprincipes: effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Een aanzienlijk deel van de zorg die nu in de aanvullende verzekering zit, voldoet niet aan deze criteria, bijvoorbeeld omdat er geen bewijs is van effectiviteit of omdat we ervan uitgaan dat mensen deze zorg zelf kunnen betalen. Een verkennende analyse laat zien dat een

beperkt deel van de aanvullende verzekering wel in aanmerking komt voor opname in basispakket:

Komt mogelijk wel in aanmerking	Komt niet in aanmerking
Brillen en lenzen. In principe medisch noodzakelijk voor cliënten met (lichte) afwijkingen aan het zicht.	Anticonceptie: in principe niet medisch noodzakelijke zorg.
Fysiotherapie. Niet alle behandelingen zijn bewezen effectief volgens huidige stand van de wetenschap. Therapieën die dit wel zijn, vallen nu meestal pas na de 20e behandeling onder de basisverzekering. Overweging is om ook de eerste twintig behandelingen via de basisverzekering te vergoeden.	Alternatieve geneeswijzen: niet bewezen effectief of volgens huidige stand van de wetenschap.
Medisch noodzakelijke tandzorg (zoals periodieke controles, vullen van gaatjes en trekken van kiezen) kan naar het basispakket. Cosmetische tandzorg (zoals kronen, implantaten en bruggen) niet.	Kraamzorg en zwangerschap: in de aanvullende verzekeringen zit een vergoeding voor zwangerschapscursussen, ziekenhuisbevalling zonder medische noodzaak, kraampakket, bekkenfysiotherapie etc.: geen medische noodzaak.
	Spoedeisende medische zorg in het buitenland: vergoeding geldt tot het Nederlandse tarief. Voor het verschil dat de cliënt zelf moet betalen, kan een reisverzekering worden afgesloten.

De maatregel om medisch noodzakelijke zorg uit de aanvullende zorgverzekering op te nemen in het basispakket is juridisch gezien, gelet op Solvency II, mogelijk. De Zorgverzekeringswet biedt hiervoor de grondslag. Dit kan via een algemene maatregel van bestuur en eventueel een ministeriële regeling. Er dient rekening gehouden te worden met een invoeringstermijn van een jaar. Wel moet voldoende gemotiveerd worden waarom de maatregel noodzakelijk is in het algemeen belang en er geen andere maatregelen zijn om hetzelfde doel te bereiken.

Budgettaire effecten

Als een deel van het aanvullende pakket wordt overgeheveld naar de basisverzekering, stijgen de uitgaven onder het Uitgavenplafond Zorg en moeten ook de premie en/of het eigen risico van de basisverzekering omhoog. Voor mensen die eerst een aanvullende verzekering hadden, maar deze nu niet meer nodig vinden, zullen de kosten afnemen. Een ander deel van de verzekerden zal ook met een uitgebreider basispakket nog steeds een aanvullende verzekering afsluiten.

Er is dus sprake van een kostenschuif. Mensen die al een aanvullende verzekering hadden, maken nog dezelfde kosten voor bijvoorbeeld tandzorg en fysiotherapie, maar gaan daar minder voor betalen. Een ander deel van de mensen betaalde deze kosten zelf en was

daarom mogelijk terughoudender met het gebruiken van deze zorg. Bij verplaatsing naar het basispakket zullen deze mensen mogelijk meer gebruik gaan maken van deze zorg. Hiermee is rekening gehouden in de berekening.

Een ander effect zou kunnen zijn dat zorgverzekeraars meer geprikkeld worden om betere contractafspraken te maken en selectief in te kopen. In hoeverre contractering bijdraagt aan lagere kosten en kwalitatief betere zorg is ook afhankelijk van het hinderpaalcriterium.

De verwachting is dat de uitvoeringskosten van de aanvullende verzekering vergelijkbaar zijn met de basisverzekering, omdat deze door zorgverzekeraars op dezelfde wijze wordt uitgevoerd. Wel kunnen de kosten om de zorg in te kopen iets toenemen, maar hier staat tegenover dat selectieve contractering bijdraagt aan doelmatigheid.

Hieronder staan de gemiddelde vergoedingen van de AV (zorgthermometer 2020, cijfers 2018):

Tandheelkundige zorg +	€ 125,71
Paramedische zorg +	€ 77,92
Hulpmiddelenzorg +	€ 18,30
Grensoverschrijdende zorg	€ 5,81
Alternatieve geneeswijzen	€ 12,48
Farmaceutische zorg	€ 3,23
Overig	€ 25,98
Totaal	**€ 269,43**

We nemen aan dat de eerste drie typen zorg in aanmerking komen voor overheveling naar het basispakket. Het gemiddeld vergoede bedrag voor deze drie is € 221,93 per persoon. Verder is 83,7% van alle 14 miljoen verzekerde 18-plussers aanvullend verzekerd. De totale vergoeding aan de aanvullend verzekerden bedraagt dan circa € 2.620 mln. Als we aannemen dat ook mensen zonder aanvullende verzekering vergelijkbare kosten maken, komt het totale bedrag uit op circa € 3.130 mln. Wanneer deze zorg in het pakket wordt opgenomen, wordt er meer gebruik van gemaakt. De verwachte uitgaven komen dan op circa € 3.570 mln.

Tegelijk zorgt de uitbreiding van het basispakket ervoor dat de inkomsten uit het eigen risico toenemen, omdat meer mensen hun eigen risico volmaken. Deze extra inkomsten worden geschat op € 1.100 mln. Dit komt vooral door de tandheelkundige zorg. Gebruikers van paramedische zorg en hulpmiddelen maken hun eigen risico vaak nu al vol door ander zorggebruik. Per saldo komen de kosten voor de overheveling van tandheelkundige zorg, paramedische zorg en hulpmiddelen zorg dan uit op circa € 2.460 mln. In prijspeil 2021 komt dat uit op een bedrag van € 2.800 mln.

Overige effecten

Als een deel van de aanvullende verzekering wordt opgenomen in de basisverzekering, zal een deel van de mensen geen overige aanvullende verzekering meer afsluiten. Voor hen wordt het makkelijker om polissen te vergelijken, omdat zij alleen nog een basisverzekering afnemen. Dit maakt het overstappen makkelijker en zorgt er tegelijk voor dat zorgverzekeraars meer druk ervaren op prijs en kwaliteit.

Overig opmerkingen

In de voorgestelde maatregel was opgenomen dat de arts bepaalt welke zorg noodzakelijk is. Maar het is niet de arts die de omvang van het basispakket bepaalt. En het is uiteindelijk de zorgverzekeraar die beslist of de verzekerde recht heeft op verlening of vergoeding van de zorg.

Er is een interactie-effect met onder andere maatregelen **112** (Basispakket uitbreiden met tandheelkundige zorg), **113** (Uitbreiden basispakket met paramedische zorg) en **105** (Verlagen vergoeding ongecontracteerde zorg).

Terug naar tabel PAKKET & VERZEKERAARS
Terug naar overzicht resultaten

103 Afschaffen collectiviteitskorting basisverzekering

Collectiviteitskorting voor de basisverzekering wordt afgeschaft. Collectiviteiten kunnen dus wel blijven bestaan, maar mogen geen korting meer geven op de basisverzekering, maar nog wel nog op aanvullende verzekeringen.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	0	PM	PM	PM	PM
Kwalitatief effect					
Draagt bij aan een transparanter polisaanbod.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De Zorgverzekeringswet (Zvw) biedt de mogelijkheid aan een zorgverzekeraar om met een werkgever een collectiviteitskorting overeen te komen voor diens werknemers, voormalige werknemers of hun gezinsleden. Zo'n afspraak kan ook gemaakt worden met belangenorganisaties voor hun achterban. De korting is maximaal 10% van de zorgverzekeringspremie. Via een algemene maatregel van bestuur (AMvB) kunnen nadere en zo nodig afwijkende regels worden gesteld, om te voorkomen dat afbreuk wordt gedaan aan het sociale karakter van de verzekering.

Vanaf 2020 is de maximale korting verlaagd naar 5%. Via de AMvB kan de korting ook naar 0% worden bijgesteld. Op basis van Europese regelgeving (Solvency II) dient de zorgverzekeraar de vrijheid te houden rondom de premiestelling. Afschaffing van de collectiviteitskorting kan daarom alleen met een beroep op het algemeen belang worden gedaan, mits dit noodzakelijk en proportioneel is. Het onderzoek naar het polisaanbod (inclusief collectiviteiten) dat VWS in 2020 laat uitvoeren, biedt informatie over in hoeverre de collectiviteitskorting gerechtvaardigd is.

Budgettaire effecten

Collectiviteiten kunnen op twee manieren de zorg goedkoper maken. Ten eerste geven ze de mogelijkheid om zorginhoudelijke afspraken te maken die kunnen leiden tot goedkopere zorg. Onderzoek laat zien dat deze afspraken tot de basisverzekering zeer beperkt zijn

en ze bijna altijd over de aanvullende verzekering gaan. De besparingen voor de premie op basisverzekering zijn daarom waarschijnlijk gering.
Ten tweede kunnen collectiviteiten meer prijssensitief zijn dan individuele verzekerden wat tot een lagere premie kan leiden. Verzekeraars stellen dan namelijk een minder hoge premie vast, omdat ze anders het risico lopen dat de hele collectiviteit switcht naar een andere verzekeraar. Bij collectiviteiten neemt de prijssensitiviteit van de totale markt toe. Daarnaast gaan door een toename van de concurrentie verzekeraars mogelijk meer werk maken van een doelmatige zorginkoop. Het is onduidelijk hoe groot deze effecten zijn.

Overige effecten

De lagere premie bij collectiviteiten kan ook (gedeeltelijk) het gevolg zijn van kruissubsidiering: de verzekerde met een individuele polis betaalt via een opslag op de premie voor de korting op de premie van de verzekerde met een collectieve polis. Risicoselectie kan ook een gevolg zijn: werkgeverscollectiviteiten trekken gemiddeld genomen gunstige risico's aan. Op dit moment wordt in opdracht van VWS onderzoek uitgevoerd naar de collectiviteiten sinds de verlaging van de collectiviteitskorting per 2020.

Bij afschaffing van collectiviteiten worden verzekerden mogelijk meer gestimuleerd om op zoek te gaan naar de best passende individuele polis. Het polisaanbod wordt transparanter, wat de concurrentie tussen verzekeraars kan vergroten. Hoewel dit effect deels teniet wordt gedaan doordat collectiviteiten en de collectiviteitskorting op de aanvullende verzekering wel blijft bestaan. Het is niet bekend of de afschaffing van de collectiviteitskorting tot macrobudgettaire voor- of nadelen leidt (PM).

← Terug naar tabel PAKKET & VERZEKERAARS
← Terug naar overzicht resultaten

104 De restitutiepolis wordt afgeschaft

Het polisaanbod wordt beperkt door afschaffing van de restitutiepolis. Een naturapolis, waarbij 100% van de gedeclareerde zorg wordt vergoed, is nog toegestaan, mits de verzekeraar dat aanbod daadwerkelijk gecontracteerd heeft. Voor niet-gecontracteerde zorg gaat een vergoeding van maximaal 70% gelden.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven	0	PM	PM	PM	PM
Kwalitatief effect					
Een overzichtelijker polisaanbod.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Voor het afschaffen van de restitutiepolis moet artikel 11 in de Zvw worden aangepast, zodat het recht op de verzekerde prestaties beperkt wordt tot 'de zorg en overige diensten waaraan hij/zij behoefte heeft'. Onderdeel van het voorstel is om ook de maximale vergoeding van niet-gecontracteerde zorg te beperken. Deze aanpassing in artikel 13 van de Zvw is uitgewerkt in maatregel **105** (Verlagen vergoeding ongecontracteerde zorg). Het stellen van voorschriften aan zorgverzekeraars dient in overeenstemming te zijn met richtlijn Solvency II (2009/138).

Onderbouwd moet worden dat de maatregel het algemeen belang dient en daarbij noodzakelijk en proportioneel is. Eerst moet worden aangetoond dat niet-gecontracteerde zorg niet op een minder ingrijpende wijze kan worden teruggedrongen. Het wordt buitenlandse partijen vrijwel onmogelijk om toe te treden tot de zorgverzekeringsmarkt als zij geen restitutiepolis mogen aanbieden. Zij zijn dan verplicht om met alle zorgaanbieders een contract af te sluiten. Europese regelgeving brengt bovendien mee dat grensoverschrijdende zorg (tot op zekere hoogte) vergoed moet worden. Omdat het contracteren van zorg buiten de eigen lidstaat veel inspanningen vergt ten opzichte van het aantal verzekerden dat gebruik maakt van die zorg, biedt de restitutiepolis daarvoor een uitkomst. Die mogelijkheid komt met deze maatregel te vervallen.

Budgettaire effecten

In 2019 heeft 75% van de verzekerden een naturapolis, bijna 19% een restitutiepolis en 6% een combinatiepolis.[1] Het budgettaire effect van deze maatregel is afhankelijk van een aantal factoren:

– De maximale vergoeding bij ongecontracteerde zorg: het verschil tussen natura en restitutie wordt groter naarmate het hinderpaalcriterium wordt afgeschaft of naar beneden bijgesteld. Bij een maximale vergoeding van 60% gaat men (zonder afschaffing van de restitutiepolis) uit van een besparing van € 89 mln. structureel.[2]

– Wijzigingen in polisaanbod: na het afschaffen van de restitutiepolis kunnen er naturapolissen ontstaan waarbij het gehele aanbod is gecontracteerd. Er is namelijk een groep mensen die hecht aan volledige keuzemogelijkheid. Deze polissen zullen voor de verzekeraar dezelfde uitgaven hebben als huidige restitutiepolissen.

– Overstapgedrag: in totaal 25% van de verzekerden moet naar een naturapolis overstappen.[3] Hoewel restitutiepolissen gemiddeld duurder zijn, zijn er nu ook restitutiepolissen die goedkoper zijn dan de duurste naturapolissen. De budgettaire effecten zijn dus afhankelijk van hoe verzekeraars hun polisaanbod aanpassen en van de poliskeuze door verzekerden. Wanneer verzekerden die nu een restitutiepolis hebben, kiezen voor een dure naturapolis is het budgettaire effect nihil. Als zij kiezen voor een goedkope naturapolis kan wel een budgettair effect optreden.

– Niet-gecontracteerde zorg: een andere onzekerheid is hoe niet-gecontracteerde aanbieders zich aanpassen. Gaan ongecontracteerde aanbieders na het afschaffen van de restitutiepolis doelmatiger werken (bijvoorbeeld minder uren inzet per cliënt) om in aanmerking te komen voor een contract, minder zorg leveren of gaan verzekerden die toch kiezen voor niet-gecontracteerde zorg zelf meer bijbetalen.

1 Zorgthermometer 2019, Vektis.
2 Zie maatregel **105**.
3 Zorgthermometer 2019, Vektis. 19% van de verzekerden heeft een restitutiepolis, 6% een combinatiepolis.

Overige effecten

Verzekerden kunnen nu kiezen uit een naturapolis, een combinatiepolis of een restitutiepolis. Omdat er in de nieuwe situatie alleen nog naturapolissen zijn, wordt het voor verzekerden makkelijker om polissen te vergelijken. Wel is er minder keuzevrijheid, doordat men niet meer voor een verzekering kan kiezen die zorg door alle aanbieders vergoedt. Wie nu een restitutiepolis of combinatiepolis heeft, moet overstappen naar een naturapolis en zal dit juist als een complexer zorgaanbod ervaren.

Overige opmerkingen

Interactie-effecten zijn er met maatregel **142** (Publiek stelsel met landelijk opererende ziekenfondsen ('Krankenkassen' en/of 'Deens model')) en maatregel **105**.

← **Terug naar tabel PAKKET & VERZEKERAARS**
← **Terug naar overzicht resultaten**

105 Verlagen vergoeding ongecontracteerde zorg

De verplichting tot vergoeding van ongecontracteerde zorg wordt begrensd op 60% van een nader te bepalen tarief (variant A), of vervalt geheel (variant B). Dit ter bevordering van een doelmatige zorginkoop en om fraude door zorgaanbieders terug te dringen.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: maximeren verplichte vergoeding niet-gecontracteerde zorg op 60%	0	0	-100	-100	-100
Variant B: afschaffen verplichting tot vergoeding niet-gecontracteerde zorg	0	0	-300	-300	-300
Kwalitatief effect					
Het wordt lastiger om zorgfraude te plegen; innovatie wordt mogelijk belemmerd.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Op dit moment geldt voor naturapolissen de regel dat de vergoeding voor zorg door een niet-gecontracteerde aanbieder niet zo laag mag zijn dat dit voor de verzekerde een hinderpaal vormt. Deze verplichting belemmert verzekeraars om scherp met aanbieders te onderhandelen. In de wijkverpleging en de ggz is niet-gecontracteerde zorg fors toegenomen, terwijl de kosten van ongecontracteerde zorg beduidend hoger liggen, ook na correctie voor cliëntkenmerken.

Het verminderen of afschaffen van de verplichting tot vergoeding van niet-gecontracteerde zorg bij een naturapolis beoogt een doelmatigheidswinst en verkleining van fraudemogelijkheden op te leveren. Wel zullen er situaties zijn waarin de zorgverzekeraar gehouden blijft om 100% te vergoeden voor niet-gecontracteerde zorg, bijvoorbeeld omdat de zorgverzekeraar te weinig zorg heeft ingekocht of bij grensoverschrijdende zorg. Voor de benodigde wetswijziging (artikel 13 Zvw) geldt een implementatietermijn van minimaal twee jaar.

Budgettaire effecten

Aangenomen wordt dat de voorgestelde maatregelen impact hebben op de sectoren wijkverpleging en ggz en bovendien op huisartsenzorg & multidisciplinaire zorg en medisch specialistische zorg. Voor elk van deze disciplines is een schatting te maken van de te behalen doelmatigheidswinst:

– In wijkverpleging is in 2018 voor € 260 mln.[1] aan niet-gecontracteerde zorg geleverd. De kosten per patiënt per maand blijken hier twee keer zo hoog als bij de gecontracteerde zorg. Ingeschat is daarom dat hier € 130 mln. ondoelmatig besteed is.

– Bij psychologen, ambulante aanbieders, vrijgevestigde psychiaters en overige zorgverleners liggen de kosten van niet-gecontracteerde zorg respectievelijk 20%, 34%, 37% en 13% hoger dan bij gecontracteerde aanbieders[2]. Hierbij is gecorrigeerd voor zorgzwaarte van de patiënten.[3] Gegeven de omvang van deze zorgverlening, is hier circa € 35 mln. ondoelmatig.

– Voor de huisartsen- en multidisciplinaire zorg en de medisch specialistische zorg is er voor circa € 40 mln. en € 163 mln.[4] aan ongecontracteerde zorg. In deze sectoren zijn de verschillen in doelmatigheid tussen wel en niet gecontracteerde zorg niet precies bekend. Aangenomen wordt dat hier 50% van de niet-gecontracteerde ondoelmatig is. Dat komt neer op € 102 mln.

Voor het bepalen van het totale budgettaire effect nemen wij aan dat:

– Bij afschaffing van de verplichte vergoeding (variant B) alle verzekerden overstappen naar een gecontracteerde zorgaanbieder. Dan is het gespaarde bedrag gelijk aan de geschatte ondoelmatigheid, ofwel: € 30+€ 35+€ 102 = € 267 mln. in 2018, dat wil zeggen € 304 mln. in 2021.

– Bij het begrenzen van de vergoeding (variant aA) wordt een besparing ter grootte van een derde van dit bedrag verondersteld, ofwel: € 89 mln. in 2018, dat wil zeggen € 101 mln. in 2021.

1 Vektis (3 september 2019): "Ontwikkeling (niet)gecontracteerde wijkverpleging 2016-2018", Lieke van Gerwen, Kees Huijsmans en Ronald Luijk.
2 Arteria (4 juli 2018): "(Niet-)Gecontracteerde geestelijke gezondheidszorg: een kwantitatief en kwalitatief onderzoek", Mischa Buter, Emile Petiet, Lisanne Puijk.
3 Bij andere zorgdisciplines is er geen verschil in kosten of komt ongecontracteerde zorg niet voor.
4 Rapportage Zorginstituut 2018 aan VWS (intern document).

Overige effecten

In welke mate verzekerden ongecontracteerde zorg continueren met betaling van eigen bijdragen (of bij wijkverpleging: het Zvw-pgb) is niet precies bekend en zal per zorgsector verschillen. Het is niet mogelijk om het effect daarvan te kwantificeren, omdat dit ook afhankelijk is van de premiestelling van de restitutieverzekering en/of van de vergoeding van zorg binnen het Zvw-pgb. Mogelijk heeft de maatregel een breder effect op de doelmatigheid van het stelsel, omdat het hinderpaalcriterium verzekeraars nu nog belemmert om scherp met aanbieders te onderhandelen.

Anderzijds wordt toetreding tot de aanbiedersmarkt lastiger als de vergoeding van ongecontracteerde zorg laag of nihil is. Dit kan innovatie belemmeren en de positie van bestaande aanbieders versterken. Deze effecten zullen per sector verschillen en zijn niet te kwantificeren.

Naar verwachting zullen verzekeraars geen polis aanbieden voor meerkosten van ongecontracteerde zorg. Sommige ongecontracteerde zorgaanbieders zullen alsnog gecontracteerd worden. Anderen zullen hun praktijk neerleggen. ZZP'ers kunnen er voor kiezen om bij een instelling te gaan werken.

Mogelijk kunnen de premies voor naturapolissen omlaag zodat deze aantrekkelijker worden voor verzekerden; de zorguitgaven van restitutiepolissen zullen immers op een relatief hoger prijsniveau blijven door de vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg.

Overig opmerkingen

Er is een interactie met twee andere maatregelen. De beoogde effecten (doelmatiger inkoop van zorg en terugdringen van fraude door zorgverleners) kunnen worden versterkt door afschaffing van restitutiepolissen (maatregel **104** (De restitutiepolis wordt afgeschaft)).

← **Terug naar tabel PAKKET & VERZEKERAARS**
← **Terug naar overzicht resultaten**

106 Contractering door de preferente zorgverzekeraar

Per zorgdomein in de eerste lijn (huisartsen, wijkverpleging, paramedische zorg) worden in regionale overlegteams afspraken gemaakt met de preferente (i.e. grootste) zorgverzekeraar over kwaliteit en prijs voor de hele eerste lijn in de regio. De andere zorgverzekeraars moeten het contract dat wordt gesloten door de preferente zorgverzekeraar volgen. Dit komt neer op een transitie naar een publiek stelsel met regionale ziekenfondsen voor de eerste lijn. De eerste lijn moet daarvoor uit de Zvw worden gehaald.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**100**	**100**	**510**	**100**	**PM**
w.v. structurele effecten doelmatigheid zorg	0	0	0	0	PM
w.v. transitiekosten stelselwijziging	100	100	100	100	0
w.v. overdracht zorgverzekeraars	0	0	100	0	0
w.v. opbouw reserves	0	0	310	0	0
Kwalitatief effect					
Betere samenwerking en sturing op gewenste ontwikkelingen (bv. integrale zorg).					

Uitvoering & Haalbaarheid

De maatregel is uitvoerbaar, maar behelst een stelselwijziging naar een publiek stelsel met regionale ziekenfondsen voor de eerste lijn. Voor de inkoop van zorg wordt het representatiemodel ingevoerd. Inkoop in representatie in den brede past niet binnen het huidige stelsel van de Zvw en de Mededingingswet. Daarom moet de eerste lijn uit de Zvw worden gehaald. Er komt een nieuwe wet voor een publiek stelsel voor eerstelijnszorg met een regionaal opererend ziekenfonds.

Budgettaire effecten

In de eerste lijn gaat afgerond € 6,7 mld. om.[1] De maatregel betreft een stelselwijziging en veroorzaakt transitiekosten van jaarlijks € 100 mln. gedurende vijf jaar. Voor berekening van de overdracht naar zorgverzekeraars en de reserve-opbouw wordt verwezen naar de inleiding Stelselwijzigingen. Omdat het hier alleen eerstelijnszorg betreft, is er een factor van 6,3/51 toegepast.

1 Rijksbegroting 2020 (prijspeil 2021).

Mogelijk zal de beoogde betere samenwerking en afstemming tussen aanbieders in de eerste lijn zich inderdaad voordoen. Denk aan een versnelde verschuiving naar integrale zorg, betere kansen voor JZOJP[2]-initiatieven en meer substitutie vanuit de tweede naar de eerste lijn. Dit effect is op voorhand echter niet te kwantificeren.

Overige effecten

Wanneer een aantal zorgaanbieders voor een geheel zorgdomein in een regio onderhandelt, zal dat mogelijk negatieve gevolgen hebben voor potentiele nieuwe toetreders en de keuzemogelijkheden van cliënten. Zorgaanbieders kunnen zich niet onderscheiden op prijs, kwaliteit of innovatie. In een dergelijk systeem is er een risico dat wachtlijsten ontstaan vanwege budgettering en het wegvallen van de zorgplicht van de individuele zorgverzekeraar, tenzij er een regionale plicht komt die geldt voor alle ingezetenen van het regionale werkgebied.

Overige opmerkingen

Het verschil met maatregel 143 (Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders ('zorgkantoren')) is dat hier een apart stelsel voor de eerste lijn wordt gecreëerd en de medisch specialistische zorg in de Zvw blijft. De (transitie-)kosten in deze maatregel zijn onderdeel van de (transitie-)kosten gespecificeerd in maatregel 143.

← Terug naar tabel PAKKET & VERZEKERAARS
← Terug naar overzicht resultaten

2 Juiste Zorg Op de Juiste Plek.

107 Standaardisatie inkoop- en verantwoordingseisen Zvw

Zorgverzekeraars worden wettelijk verplicht om alle niet-concurrentiegevoelige onderdelen (inkoop en verantwoording) van hun contracten met zorgaanbieders te standaardiseren. Hierdoor zijn zorgaanbieders minder tijd kwijt aan het controleren van de verschillen in inkoop- en verantwoordingseisen tussen verzekeraars en kost het inregelen van de nieuwe contracten in hun ICT-systemen minder tijd.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**25**	**25**	**-350**	**-350**	**-350**
w.v. standaardisatie	0	0	-350	-350	-350
w.v. transitiekosten	25	25	0	0	0
Kwalitatief effect					
Minder administratieve lasten zorgverleners.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Het standaardiseren van de betreffende onderdelen in contracten is mogelijk. In het kader van het programma (Ont)regel de zorg vindt dit namelijk al – op vrijwillige basis – plaats in bepaalde deelsectoren. Wel is er consensus nodig tussen de verschillende relevante partijen over de afbakening van het niet-concurrentiële deel van het zorginkoopcontract. Verder moet de vormgeving van de maatregel worden uitgewerkt (modelinkoopcontracten, of richtlijnen?). Daarbij moet ook duidelijk worden welke partij de maatregel gaat handhaven en welke sancties er gaan gelden voor het niet naleven van de wettelijke verplichting tot standaardisatie.

Een wetswijzing plus de eventuele lagere regelgeving zal ruim twee jaar in beslag nemen. Het maken van vrijwillige afspraken over standaardisatie met individuele verzekeraars of Zorgverzekeraars Nederland zal minder tijd kosten.

Budgettaire effecten

De tijdswinst door deze standaardisatie kan een daling van de collectieve zorguitgaven opleveren, mits zorgaanbieders de vrijgekomen tijd niet gebruiken om meer patiënten te behandelen of bestaande patiënten intensiever te behandelen. In dat geval kunnen zorgaanbieders hetzelfde werk met minder personeel doen. Verder moeten de zorgverzekeraars deze 'besparing' nog verzilveren door de lagere overheadkosten uit de tarieven te

halen. Om zorgverzekeraars daarbij te ondersteunen kan gedacht worden aan een wetswijziging die nadere regulering van tarieven door de NZa mogelijk maakt.

Voor de berekening van het budgettaire effect is gebruik gemaakt van de meest recente Merkbaarheidsscan van (Ont)regel de zorg (oktober 2019). KPMG heeft voor enkele sectoren gerapporteerd hoeveel administratieve tijd voor zorgprofessionals voortvloeit uit de contractering. Verder bleek uit de scan dat in de wijkverpleging, waar sinds 1 januari 2019 de declaratieparagraaf uit de zorginkoopcontracten is geüniformeerd, (zorg)professionals in 2019 17% minder tijd besteedden aan handelingen rondom de contractering dan een jaar ervoor.

In de huisartsenzorg, mondzorg en paramedische zorg en de ggz is de declaratieparagraaf net als in de wijkverpleging per 1 januari 2019 geüniformeerd. Daarom wordt hier aangenomen dat ook voor deze zorgsectoren de tijdswinst door standaardisatie 17% bedraagt.

In de overige sectoren geldt een grotere complexiteit van de contractering. Daarom wordt hier aangenomen dat de tijdswinst van uniformering hier half zo groot zal zijn, of 8,5%. De totale tijdswinst door deze maatregel wordt geschat op 6,8 miljoen uren per jaar. Conform het Handboek Meting Regeldrukkosten[1] hanteren wij een uurtarief van € 47 om de besparing in tijd te vertalen naar een besparing in geld. Door extrapolatie over de hele zorgsector komen we op een budgettair effect van € 320 mln. Op basis van de nominale groeivoet komt dit voor 2021 uit op € 345,6 mln.

De transitiekosten voor de standaardisatie van contracten bedragen jaarlijks € 25 mln. gedurende twee jaar.

← Terug naar tabel PAKKET & VERZEKERAARS
← Terug naar overzicht resultaten

1 Ministerie van EZK. Handboek Meting Regeldrukkosten v1-1-2018. Den Haag: Ministerie van EZK; 2018.

108 Versterking toetsing basispakket op (kosten-) effectiviteit

Door aangescherpte toetsingscriteria wordt de (kosten-)effectiviteit van het basispakket verhoogd. Hiervoor zijn zes verschillende varianten geanalyseerd:

A. Toetsing effectiviteit
   A1. bewezen effectiviteit als voorwaarde voor opname in het basispakket;
   A2. bewezen effectiviteit als basis voor kwaliteitsstandaarden.
B. Toetsing kosteneffectiviteit
   B1. een maximale norm voor kosten per QALY als criterium voor het basispakket;
   B2. toetsing diagnose-behandelcombinatie op kosteneffectiviteit;
   B3. kosteneffectiviteit als vast onderdeel van kwaliteitsstandaarden.
C. Verkleining basispakket op basis van ziektelast
   Zorg voor aandoeningen met een lage ziektelast worden uit het basispakket verwijderd.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A1: aangescherpte toetsing	0	0	-PM	-PM	-PM
Variant A2: bewezen effectieve zorg in kwal. Standaarden	0	0	-PM	-PM	-PM
Variant B1: introductie QALY-norm in het basispakket	0	0	-PM	-PM	-PM
Variant B2: toetsing op kosteneffectiviteit	0	0	-PM	-PM	-PM
Variant B3: kosteneffectiviteit in kwaliteitsstandaarden	0	0	-PM	-PM	-PM
Variant C: verkleining pakket op basis van ziektelast 0,05	0	0	-PM	-PM	-PM
Flankerend beleid bij varianten A1, A2, B1, B2, C	**120**	**120**	**120**	**120**	**120**
w.v. middelen t.b.v. evalueren van zorg (a)	90	90	90	90	90
w.v. capaciteitsuitbreiding Zorginstituut	30	30	30	30	30
Flankerend beleid bij variant B3	**150**	**150**	**150**	**150**	**150**

(a) Bij varianten B1 en B2 bedragen de middelen t.b.v. evalueren van zorg in alle jaren +110 mln. Dit vanwege 20 mln. aan extra middelen voor onderzoek naar kosteneffectiviteit.

Uitvoering & Haalbaarheid

Huidige situatie

Een belangrijke belemmering voor pakketbeheer gericht op gepast gebruik is dat het huidige stelsel sterk gericht is op het leveren van productie. Om tot daadwerkelijke besparingen te komen is een termijn van minstens tien tot twintig jaar nodig. Daarnaast zijn flankerende maatregelen nodig die het aanbodgedreven karakter van het zorgstelsel dempen en de focus verleggen naar gezondheidswinst en uitkomsten van zorg. De jaarlijkse inkoopafspraken van zorgverzekeraars met zorgaanbieders zijn nog sterk gericht op omzet en te weinig op welke zorg wel en niet meer zou moeten worden geleverd, op basis van inzichten over gepast gebruik.

Bovendien blijkt uit DoelmatigheidsOnderzoek uit 2018[1] dat zorgaanbieders die stoppen met niet-effectieve zorg, de vrijgekomen ruimte doorgaans vullen met andere zorg. De bestaande pakketmaatregelen zijn daarom niet voldoende om tot omvangrijke structurele besparingen te komen. Er is ook vanuit andere beleidsinstrumenten sturing nodig om tot betere (kosten-)effectiviteit en meer gepast gebruik te komen.

Gegevens over zowel de effectiviteit als de kosteneffectiviteit van zorg zijn op dit moment beperkt beschikbaar. Voor effectiviteit is er in de medisch specialistische zorg inzicht in circa 50% van het verzekerde pakket. Voor gegevens over kosteneffectiviteit is dit nog beperkter. En ook over ziektelast bestaat bij veel aandoeningen maar beperkt kwantitatief inzicht.

Richtlijnen worden niet geheel nageleefd. Deels komt dat doordat ze ruimte laten om (gemotiveerd) af te wijken, omdat gepaste zorg in specifieke situaties zich niet in protocollen laat vatten.

Intussen wordt vanuit diverse programma's (Zinnige Zorg, Zorgevaluatie en Gepast Gebruik) gewerkt aan betere implementatie en versnelling van evaluatieonderzoek. Dit moet de doorlooptijd bekorten en onderzoek op grotere schaal mogelijk maken.

Door verscherpte toetsing kan het basispakket meer gericht worden op gepast gebruik. In deze maatregel zijn hiervoor zes varianten bekeken, die hierna uitvoerig worden geanalyseerd. Voor alle varianten tezamen geldt echter dat de uitvoerbaarheid afhangt van een aantal randvoorwaarden.

1 https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=37c7b1e4-6e8c-4ba4-8056-1e3ea263b21b&title=Externe%20evaluatie%20programma%20DoelmatigheidsOnderzoek%202006-2017.pdf

Randvoorwaarden voor de uitvoerbaarheid van alle varianten

Het is belangrijk dat volumeprikkels in het stelsel beperkt worden. Dit kan opvuleffecten tegengaan, de kennis over (kosten-)effectiviteit vergroten en leiden tot sterkere sturing en gepaster gebruik van zorg.

Het op korte termijn strikt beperken van het verzekerde pakket op basis van bewezen (kosten-)effectieve zorg of bepaalde ziektelastgrenzen is niet haalbaar. Daarmee zouden patiënten van een groot deel van de zorg die mogelijk voor specifieke patiëntengroepen (kosten-)effectief is, maar waarvan dit nog niet wetenschappelijk bewezen is, worden uitgesloten. Daarom wordt in alle varianten voorgesteld om de maatregelen gefaseerd in te voeren, met een geleidelijk intensievere risicogerichte toetsing van het pakket.

Beperking van productieprikkels in het zorgstelsel is een belangrijke randvoorwaarde. Meerdere systeemprikkels belemmeren een goede regie van zorgprofessionals, -bestuurders en -inkopers gericht op een effectief basispakket en meer gepast gebruik van zorg. Dit betreft volumeprikkels, informatie-asymmetrie en andere belemmeringen op doelmatige inkoop. Om tot meer gepaste zorg te komen is een ingrijpende bijstelling van de bekostiging nodig en een andere wijze van contractering die meer gericht is op gezondheidswinst. Dit kan gerealiseerd worden door:

- uitkomstbekostiging in de Zvw;
- het in loondienst brengen van artsen (maatregel **37** (Regulering inkomen specialisten door verbod vrije vestiging));
- het afschaffen van het hinderpaalcriterium (maatregel **105** (Verlagen vergoeding ongecontracteerde zorg)).

Zoals gezegd bestaat ook het risico dat besparingen deels teniet worden gedaan doordat niet geleverde zorg wordt opgevuld met andere behandelingen. In de uitwerking van de maatregelen gaan wij ervan uit dat dit effect zich niet volledig zal voordoen, omdat verzekeraars de zorg die niet (meer) onder de basisverzekering wordt geleverd zullen aanbieden in de aanvullende verzekering. De mate waarin dit gebeurt, zal verschillen per variant.

Meer evaluatieonderzoek is ook een belangrijke randvoorwaarde voor alle varianten van de hier behandelde maatregel. Er is aanzienlijk meer kennis nodig over (kosten-)effectiviteit en ziektelast van zorg. Dat geldt zowel voor bestaande verzekerde zorg als voor zorg die instroomt in het pakket. Zulk onderzoek neemt gemiddeld vijf jaar in beslag. Als flankerend beleid is daarom bij alle varianten € 90 mln. jaarlijks opgenomen, waarmee circa vijfig onderzoeken per jaar kunnen worden gestart. Tegelijk is er al veel onderzoek gedaan of in gang gezet. Deze kennis is op kortere termijn bruikbaar. Theoretisch zou het aantal onderzoeken nog hoger kunnen liggen. Dit legt echter een zware last op het medische veld en zou een expliciete afweging vergen tussen de tijd die medisch specialisten aan zorg besteden, versus de tijd voor extra evaluatieonderzoek.

Zorgvuldige implementatie is eveneens een belangrijke randvoorwaarde. Juridisch gezien kunnen bijstellingen in het verzekerde pakket snel worden doorgevoerd, maar omwille

van de zorgvuldigheid moet in alle varianten ruimere tijd genomen worden. De verwachte tijdsduur hangt af van een aantal factoren. Allereerst het inzicht in de (kosten)effectiviteit of ziektelast: wanneer dit er nog niet is, neemt het traject van onderzoek naar wetenschappelijke inzichten via richtlijnen en uiteindelijk naar de praktijk van de spreekkamer gemiddeld tien jaar in beslag. Intussen kan al wel worden gestart met implementatie van inzichten die er al liggen. Er is dan minder tijd nodig om deze in de praktijk te laten landen, via richtlijnen en naleving hiervan.

Bekend is dat onderzoeksuitkomsten over (kosten)effectiviteit, en daarop gebaseerde richtlijnen, in de praktijk vaak beperkt worden nageleefd. Voor goede implementatie is langdurige samenwerking nodig tussen zorgaanbieders, verzekeraars, patiëntenorganisaties en de overheid. Vaak betekent die implementatie het stoppen of verminderen van bepaalde behandelingen, wat ook ingrijpende (financiële) effecten kan hebben voor zorgverleners en ziekenhuizen. De verwachting is dat naleving van de richtlijnen zal verbeteren als er ook aan andere voorwaarden, zoals vermindering van productieprikkels, voldaan wordt.

Sterkere sturing en handhaving op de naleving van bijstellingen is een vierde belangrijke voorwaarde voor succesvolle aanscherping van het basispakket. Voorkomen moet worden dat behandelingen die niet meer worden vergoed, toch worden uitgevoerd. Verouderde, niet-(kosten)effectieve zorg moet worden afgebouwd en ongewenste praktijkvariatie en indicatieverruiming moet worden teruggedrongen. In het Programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik werken partijen samen om tot betere sturing op gepast gebruik van zorg te komen. Het is echter de vraag of dit genoeg waarborgen biedt. Daarom is het ook van belang om het instrumentarium van het Zorginstituut (ZIN), de NZa en de IGJ voor handhaving te versterken. Aanvullend blijft het nodig om de productieprikkels te verminderen. Dat zal de naleving van richtlijnen verbeteren.

Alle varianten vragen om bredere toetsing en advisering over het pakket door het ZIN. Zowel voor nieuwe als bestaande zorg is er een fors grotere inzet van dit instituut nodig. Daarom is een structurele capaciteitsuitbreiding bij het ZIN opgenomen van jaarlijks € 30 mln.

De zes varianten

A1. Aangescherpte wetenschappelijke toetsing van het basispakket
Bij deze maatregel gaat wetenschappelijk bewezen effectiviteit gelden als pakketcriterium, met toetsing aan de voorkant. Daarnaast wordt alle zorg die nu in het pakket zit binnen vier jaar onderzocht op effectiviteit. Als drie of vier jaar niet wetenschappelijk kan worden aangetoond dat de geleverde zorg effectief is, wordt deze uit het basispakket verwijderd. Deze periode gaat vanaf invoering ook gelden voor de bestaande inhoud van het basispakket.

Er wordt een pakkettoets ingevoerd voor alle nieuwe zorg. Het ZIN krijgt de taak om alle instromende zorg voorafgaand aan de pakkettoelating te toetsen op effectiviteit. Juridisch

vergt dit een aanpassing van het Besluit zorgverzekeringen, omdat thans voor het merendeel van de zorg wordt uitgegaan van open instroom. Dit kan op twee verschillende manieren worden ingevoerd:

– Risicogerichte toetsing op effectiviteit van nieuwe instroom: het ZIN intensiveert de risicogerichte toetsing op nieuwe zorg en verdubbelt bijvoorbeeld het aantal pakketuitspraken van jaarlijks circa 75 naar 150.
– Ingroeimodel naar volledige pakkettoets. Bij deze verdergaande optie groeit het ZIN binnen enkele jaren toe naar het op grotere schaal risicogericht toetsen van het pakket. Op een termijn van tien tot twintig jaar vindt volledige pakkettoetsing plaats van alle nieuwe zorg. Dit vraagt meer zicht op alle instroom, waarbij ook brede horizonscanning moet worden opgezet om zicht te krijgen op welke zorg, technologieën en diagnostiek er in de toekomst mogelijk kan instromen.

Omdat ook bestaande zorg onderbouwd moet worden, wordt een onderzoekplicht toegevoegd aan de Zvw-vergoedingseisen, waarmee de overheid verplicht stelt dat zorg die nog niet bewezen effectief is, alleen mag worden vergoed indien deze deel uitmaakt van evaluatieonderzoek. Zo ontstaat een duidelijke prikkel om tot meer kennis over effectiviteit van zorg te komen.

De invoering van deze onderzoekplicht is juridisch mogelijk. Er kan een vergoedingsvoorwaarde worden opgenomen, waarbij de verzekerde slechts recht heeft op vergoeding van voorwaardelijk toegelaten zorg als hij deelneemt aan onderzoek naar de effectiviteit. Als er geen onderzoek wordt gedaan of dit wordt stopgezet, wordt de zorg niet vergoed. In de praktijk kan de onderzoekplicht stuiten op belemmeringen in capaciteit of samenwerkingsrelaties. Ervaringen met de vroegere voorwaardelijke pakkettoelating toonden aan dat de 'dreiging' dat een behandeling niet in het pakket komt of blijft, onvoldoende prikkel geeft tot onderzoek. Een wettelijke onderzoekplicht is noodzakelijk om het evaluatieonderzoek werkelijk te laten plaatsvinden.

Praktisch betekent deze maatregel dat zorgverzekeraars actiever moeten toetsen of zorg die nog niet bewezen effectief is, mag worden vergoed. Dit kan alleen als er evaluatieonderzoek loopt. Het ZIN krijgt de regie om, in samenspraak met het veld, te bepalen welk onderzoek noodzakelijk is voor effectief beheer van het basispakket.

A2: Bewezen effectieve zorg in kwaliteitsstandaarden
Wetenschappelijk bewezen effectiviteit gaat gelden als criterium voor kwaliteitsstandaarden in het Register van het ZIN, met toetsing aan de voorkant. Daarnaast worden alle kwaliteitsstandaarden die nu al in het Register staan binnen drie jaar onderzocht op effectiviteit. Als niet binnen drie jaar wetenschappelijk kan worden aangetoond dat de geleverde zorg effectief is, wordt de interventie uit de richtlijn geschrapt. Er is voor gekozen om de maatregel te richten op kwaliteitsstandaarden, omdat de overheid geen rol heeft bij de totstandkoming van de richtlijnen.

Toetsing van alle nieuw in te schrijven kwaliteitsstandaarden betekent dat steeds een pakketuitspraak nodig is die antwoord geeft op de vraag of een interventie, zorgpad of diagnostische methode voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze toetsing levert aanvullende informatie op voor zorgpartijen over de kwaliteit en effectiviteit van de zorg zoals beschreven in de standaarden. Dit kan behulpzaam zijn bij de zorgcontractering en de besluitvorming in de spreekkamer.

Op dit moment worden in kwaliteitsstandaarden ook aanbevelingen gedaan over zorg die niet bewezen effectief is, omdat een zorgverlener ook bij onvoldoende bewijs iets moet kunnen doen. Veel aanbevelingen berusten niet op wetenschappelijk bewezen effectiviteit, maar op andere overwegingen. Bij een keus voor deze maatregel moet die aanpak worden losgelaten en moet de overheid een grotere verantwoordelijkheid op zich nemen voor ontwikkeling en onderhoud van kwaliteitsstandaarden en richtlijnen.

Die verantwoordelijkheden liggen nu vooral bij het veld. Het ZIN heeft alleen doorzettingsmacht als het veld er onderling niet uit komt. De verwachting is dat aanmeldingen van kwaliteitsstandaarden vanuit het veld zullen teruglopen of stagneren als hieraan ook pakketuitspraken worden verbonden. Dit kan voorkomen worden door het ZIN meer bevoegdheden te geven en inschrijving van kwaliteitsstandaarden minder vrijblijvend te maken. Als het ZIN structureel alle nieuwe standaarden of aanpassingen hierin moet gaan toetsen, vraagt dit een capaciteitsuitbreiding. De maatregel kan starten zodra deze uitbreiding na enkele jaren gerealiseerd is en kan dan gelden voor alle nieuwe kwaliteitsstandaarden. Het gevolg kan wel zijn dat het langer duurt om nieuwe kwaliteitsstandaarden ingeschreven te krijgen.

Bij deze maatregel gaat het ZIN ook alle reeds ingeschreven kwaliteitsstandaarden doorlichten op bewezen effectiviteit. Dit kost meer tijd. Het vergt een uitgebreide doorlichting van circa 160 kwaliteitsstandaarden in het register. Deze standaarden bevatten vaak tientallen, soms honderden, aanbevelingen over welke interventie/ indicatiecombinatie op welk moment het beste kan worden ingezet. Op al deze zorgvormen moet een pakketuitspraak en/of nader onderzoek plaatsvinden. Dit kan in circa tien tot twintig jaar gerealiseerd worden. De eerste twee jaar zijn nodig voor capaciteitsuitbreiding. Na drie jaar licht het ZIN de kwaliteitsstandaarden door. Uiteraard is ook een meer geleidelijke invoering (en daarmee een besparing) mogelijk. Als een kwaliteitsstandaard niet-effectieve zorg bevat, wordt deze aangepast.

Verder houdt deze maatregel in dat interventies die nog niet wetenschappelijk zijn bewezen, binnen drie jaar worden onderzocht op effectiviteit. Ook dit kost tien tot twintig jaar, gezien het verwachte hoge aantal nog niet bewezen effectieve interventies, de doorlooptijd van klinische evaluatiestudies en de beperkte capaciteit van het veld om deze onderzoeken in korte tijd uit te voeren. Dit is ook afhankelijk van de inspanning van veldpartijen en overheid. Net als bij variant A1 zou ook voor deze maatregel een onderzoekplicht kunnen gelden. Dit betekent dat zorg niet meer wordt vergoed als er geen sprake is van onderzoek naar de effectiviteit.

B1: Introductie van een maximum QALY-norm in het basispakket
Deze maatregel wordt uitgerekend met een maximaal bedrag per gewonnen levensjaar in goede kwaliteit (quality adjusted life year/QALY). Deze norm varieert van € 30.000 tot en met € 150.000 per QALY - in stappen van € 10.000. Het gaat daarnaast om twee soorten uitvoering: (I) alleen over de nieuwe instroom in het basispakket en (II) ook over alles wat nu in het basispakket zit.

Een behandeling in het basispakket mag niet duurder zijn dan dit normbedrag. Het open deel van het pakket (stand van wetenschap en praktijk) wordt dus gesloten. Het ZIN zal op basis van de QALY-norm, die wettelijk wordt verankerd, het pakketbeheer en de toelating aanscherpen. Ook wordt het basispakket met deze norm getoetst en bijgesteld. Dit gebeurt systematisch op basis van nieuw onderzoek. Niet-kosteneffectieve zorg wordt uit het pakket gehaald. Zorg die reeds in het pakket zat en waar de kosteneffectiviteit nog niet duidelijk is, blijft tussentijds in het pakket om een grote uitval van zorg te voorkomen. Om sneller kennis over de kosteneffectiviteit op te bouwen, kan ook de bij maatregel A1 genoemde onderzoekplicht worden ingevoerd.

Het implementeren van een 'kosteneffectiviteitsgrens' (QALY-norm) is juridisch en technisch haalbaar, maar praktisch zeer lastig uitvoerbaar en op een lange termijn. De uitvoerbaarheid is lastig, omdat kosteneffectiviteit van een interventie doorgaans afhangt van de specifieke aandoening en de conditie van de individuele patiënt. Daardoor is het zelden mogelijk een bepaalde behandeling generiek uit te sluiten. Noodzakelijk is dat wordt gekozen hoeveel zorg van meerwaarde mag kosten.

Bij een verplichte QALY-toets ontstaat een gesloten pakket. Nieuwe behandelingen zullen later of helemaal niet in het pakket stromen. Er moet afgewogen worden het pakket niet meteen te sluiten voor bestaande zorg waarvan de kosteneffectiviteit nog onduidelijk is. Dit zou ertoe leiden dat een significant deel van de zorg uit het pakket verdwijnt. Een logisch alternatief is om alleen een behandeling waarvan blijkt dat die níét kosteneffectief is - uit het pakket te nemen. Het gehele huidige pakket moet zo systematisch worden beoordeeld.

Bij ontbreken van gezondheidseconomische gegevens is eerst aanvullend onderzoek nodig, voordat de kosten/QALY kan worden bepaald. Hierover heeft het ZIN eerder aangegeven dat voor de meerderheid (60-95%) van behandelingen en interventies, afgezien van geneesmiddelen, nog geen kostengegevens beschikbaar zijn. Een groter onderzoeksbudget is hiervoor nodig. Het gaat om tien tot twintig jaar aan onderzoek. Ook hiervoor is uitbreiding bij het ZIN nodig. Ook bij deze maatregel is geleidelijke invoering mogelijk. De zorg waarvan de kosteneffectiviteit bekend is (5-40%) moet eerst worden gedefinieerd. Hierbij kan de zorg die boven de QALY-norm komt, geleidelijk worden uitgesloten van het basispakket. Vervolgens kan de overige zorg worden getoetst en kan elk jaar worden besloten de niet-kosteneffectieve zorg uit het basispakket te verwijderen. Vermindering van productieprikkels in de bekostiging kan een bijdrage leveren en op termijn niet-kosteneffectieve interventies terugdringen.

De relatie tussen kosteneffectiviteit en kwaliteit is diffuus. Behandelingen verschillen in kosteneffectiviteit. Als we hetzelfde bedrag in euro's uit blijven geven aan zorg, dan leidt sturing op kosteneffectiviteit tot een hogere gemiddelde kwaliteit van zorg (maar niet voor elke behandeling/ziekte). Als men voor een veel lagere QALY-norm kiest, daalt de kwaliteit van zorg en vice versa. Verder hangt het effect op kwaliteit af van de vraag hoe kosteneffectiviteit wordt ingevuld: kijkt men naar de populatie als geheel of kan men ook kijken naar subpopulaties?

B2: Toetsing dbc's op kosteneffectiviteit
Bij deze variant kan een diagnose-behandelcombinatie alleen worden opgenomen als er voor deze diagnose geen behandeling is opgenomen in het basispakket die kosteneffectiever is. Het ZIN gaat dus alle pakketinstroom (per dbc) toetsen op kosteneffectiviteit. Per instromende interventie adviseert het ZIN of deze op kosteneffectiviteit beter scoort dan de standaardzorg die al in het pakket zit. Op basis hiervan neemt de minister van VWS voortdurend besluiten over welke behandelingen het pakket in kunnen stromen. Binnen deze variant kan er voor gekozen worden om de minder kosteneffectieve behandeling(en) voor de diagnose uit het pakket te halen.

De maatregel is lastig uitvoerbaar, omdat voor het grootste deel van de zorg gezondheidseconomische gegevens ontbreken. Langdurig onderzoek en een intensivering van onderzoeksmiddelen zijn dus noodzakelijk. Ook is meer capaciteit nodig bij het ZIN voor de extra toetsing.

Verdergaand zouden het ZIN en de NZa ook samen alle pakketinstroom op budgetimpact kunnen toetsen. Een nieuwe dbc kan dan alleen opgenomen worden als er een budgetimpactanalyse ligt in vergelijking met de reeds opgenomen alternatieven. Als het kostenverschil een bepaalde drempel overschrijdt, kan de combinatie alleen worden opgenomen na expliciete toestemming van de minister van VWS. Deze optie is alleen op zeer lange termijn (twintig tot dertig jaar) uitvoerbaar, omdat voor een budgetimpactanalyse per behandeling kostenonderzoek nodig is op basis van aannames en gegevensuitvraag bij zorgaanbieders zonder dat feitelijke gegevens beschikbaar zijn.

Een andere optie is dat verzekeraars via individuele toetsing van alle zorgnota's (de materiële controle) controleren of er sprake is van een kosteneffectieve behandeling. Ook dit is praktisch weinig haalbaar, gezien de enorme uitvoeringslast en omdat zorgverzekeraars de komende tien tot twintig jaar niet over voldoende informatie beschikken om te beoordelen of een behandeling kosteneffectief is. Ook stuit deze optie op wet- en regelgeving inzake de privacy.

B3: Kosteneffectiviteit in kwaliteitsstandaarden
In deze variant kan het ZIN een verzoek tot opname van kwaliteitsstandaarden in het Openbare Register slechts honoreren als kosteneffectiviteit per indicatiegebied (voor welke patiëntencategorieën is er meerwaarde) deel uitmaakt van het voorstel, én het ZIN

op basis daarvan een overzicht opstelt met 'redelijke' volumes voor specifieke patiëntencategorieën, waar mogelijk wetenschappelijk onderbouwd.

Kwaliteitsstandaarden worden tripartiet ingediend, in een samenwerking tussen organisaties van patiënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dit is een moeizaam proces. De standaarden leggen vast wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen en stellen nu in het geheel geen eisen aan de kosteneffectiviteit. Voor naar schatting 60-95% van de medisch specialistische zorg (met name niet-geneesmiddelen) ontbreekt wetenschappelijk onderzoek waarmee de kosteneffectiviteit beoordeeld zou kunnen worden. Inspanningen en kosten voor aanvullend onderzoek naar de kosteneffectiviteit zijn aanzienlijk. Eerste resultaten (en mogelijke besparingen als deze worden omgezet in kwaliteitsstandaarden) zijn daarom na tien tot twintig jaar te verwachten.

Het omzetten van wetenschappelijk onderzoek naar richtlijnen duurt gemiddeld acht jaar. Daarna kan het ZIN tot 'redelijke' volumes voor specifieke patiëntencategorieën komen. Deze opgave is gecompliceerd, ook omdat dit samenwerking vereist met veel partijen. Zorgverleners zijn verder niet gehouden tot het opstellen van een kwaliteitsstandaard, maar kunnen ook volstaan met het vaststellen van onderdelen van een professionele standaard.

Om te kunnen borgen dat kwaliteitsstandaarden ook ingaan op de kosteneffectiviteit, is een wetswijziging noodzakelijk. Het in de standaarden moeten meenemen van kosteneffectiviteit zal impact hebben op het bepalen van wat goede zorg is. Zorgverleners kunnen de maatregel zien als aantasting van hun professionele autonomie, wat kan leiden tot vertraging van het proces. Ook bestaat het risico dat er minder kwaliteitsstandaarden komen, omdat de route van professionele standaarden wordt gekozen – waarin kosteneffectiviteit niet meegenomen hoeft te worden. Wellicht zal het nodig blijken om de route van de professionele standaard af te sluiten, om deze weglek te voorkomen. Bovendien zijn maatregelen nodig om te stimuleren dat zorgverleners richtlijnen daadwerkelijk toepassen en te voorkomen dat besparingen worden opgevuld met andere zorgactiviteiten.

C: Verkleining van het basispakket op basis van ziektelast
In deze variant wordt zorg voor aandoeningen die een lagere ziektelast hebben dan een bepaald minimum, uit het basispakket verwijderd. Daarvoor moet het ZIN zorg toetsen op basis van ziektelast. Er komt een ziektelastgetal van 0.04 of 0.05 als minimumgrens. Dit betekent dat maximaal 4% of 5% van de gezondheid verloren gaat als de aandoening onbehandeld blijft. De impact van de aandoening voor het leven van de patiënt is daarmee gering. Door interventies voor zulke aandoeningen niet meer collectief te financieren levert dit structureel besparingen op voor de totale zorguitgaven.

Het implementeren van een ziektelastgrens is technisch uitvoerbaar, maar complex. Er moet per aandoening een ziektelastmeting worden uitgevoerd. Dit vraagt om een precieze afbakening, bepaling van wat de ziektelastcomponent is en aandacht voor nuances

zoals heterogeniteit van de patiëntengroep en episodisch of progressief verloop van de aandoening.

De maatregel is juridisch uitvoerbaar. In ieder geval moeten het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering aangepast worden. Er is een risico van juridische procedures tegen de overheid over de vastgestelde ziektelast en beperking van het recht op gezondheid(-szorg). De invoering van de maatregel vraagt twee jaar voor het aanpassen van regelgeving en tien tot twintig jaar om het benodigde onderzoek naar ziektelast van alle aandoeningen uit te voeren. Ook voor deze maatregel geldt dat geleidelijke invoering tot de mogelijkheden behoort. De zorg waarvan de ziektelast bekend is, kan dan eerst worden uitgesloten van het basispakket als deze onder de 0,05 komt. Vervolgens kan de overige zorg worden getoetst en kan elk jaar worden besloten de zorg die onder de ziektelast van 0,05 komt uit het basispakket te verwijderen.

Budgettaire effecten varianten A1 en A2

In aanvulling op het lopende beleid voor gepaste zorg maakt de invoering van deze variant op de lange termijn een substantiële structurele budgettaire verlaging haalbaar, omdat de pakketinstroom door meer (risicogerichte) toetsing wordt beperkt en omdat als gevolg daarvan niet effectieve zorg in mindere mate wordt toegepast, gedeclareerd en vergoed. De omvang van dit effect en (de omvang en duur van) de investeringen die daaraan vooraf gaan zullen nader moeten worden onderzocht. De kwantificering die hierna volgt is derhalve conceptueel van aard.

De totale potentiële structurele opbrengst bij de meest vergaande uitvoering van variant A1 bedraagt € 5,75 mld. Deze besparing kan op een termijn van tien tot twintig jaar worden bereikt wanneer alle randvoorwaarden worden ingevuld en maximale inspanningen plaatsvinden. Als er in mindere mate inspanning wordt geleverd dan is de opbrengst van A1 navenant lager. Als aan deze randvoorwaarden (zoals het beperken van productieprikkels) niet wordt voldaan dan moeten voor variant A1 voor berekening van de potentiële opbrengsten -net als bij variant A2- stappen 3 en 4 doorlopen te worden. In dat geval is de bruto-opbrengst in een tijdsbestek van tien tot twintig jaar circa € 1,2 mld.

Deze berekening gaat uit van volledige toetsing van nieuwe instroom in het basispakket op aantoonbare effectiviteit, waarbij in de aanloop hiernaar toe de risicogerichte pakkettoetsing geleidelijk wordt geïntensiveerd.

Voor de kwantificering is de medisch-specialistische zorg als grondslag gebruikt. In andere delen van de Zvw, alsmede elementen van de langdurige zorg, is momenteel echter ook geen zicht op de mate waarin de zorg (kosten)effectief is. Over deze andere sectoren is op dit moment echter onvoldoende kennis beschikbaar om tot een onderbouwde kwantificering te komen. Wel kan er dus worden aangenomen dat de opbrengst in de praktijk hoger ligt dan de hier opgenomen bedragen.

Stap 1: Deel van de MSZ dat mogelijk niet bewezen effectief is
Vertrekpunt van de berekening is de totale budgettaire omvang van de medisch specialistische zorg (circa € 23 mld.). De breed gedeelde inschatting is dat van de zorg in het Zvw-pakket 50% nog niet bewezen effectief is, oftewel € 11,5 mld.[2] De onderbouwing van de meerwaarde van deze zorg vergt derhalve nog evaluatieonderzoek.

Stap 2: Gedeelte van MSZ dat naar verwachting na onderzoek bewezen niet effectief is
Vervolgens dient er rekening mee te worden gehouden dat ongeveer de helft van op effectiviteit en kosten onderzochte zorg geen gezondheidswinst en ook geen kostenbesparing laat zien. Dit betekent dat er een potentiële besparing is van € 5,75 mld.[3]

Dit bedrag betreft het potentieel aan besparing dat kan worden gerealiseerd als de maatregel strikt wordt opgevolgd en er aan alle randvoorwaarden voldaan wordt. Het is voor het daadwerkelijk realiseren van de besparing, belangrijk dat de pakketbijstellingen ook worden nageleefd in de praktijk.

Stap 3: Vertaling van deze onderzoeksuitkomsten naar richtlijnen
De evaluatie van het programma ZonMw-doelmatigheidsonderzoek toont dat de vertaling van onderzoek naar effectiviteit naar opname in richtlijnen circa 40% is (op een termijn van vijf tot tien jaar), oftewel € 2,3 mld.

Stap 4: Naleving van richtlijnen in de dagelijkse medische praktijk
Het kost enige tijd voordat richtlijnen in de praktijk volledig worden nageleefd. In de eerste jaren na onderzoek ligt de naleving op ongeveer 40%. Omdat binnen de gestelde randvoorwaarden wordt gestuurd op kwaliteitsverbetering door vertaling van bewezen effectieve zorg in kwaliteitsstandaarden, loopt het tempo van opname van standaarden in richtlijnen in tien- tot twintig jaar op van 40% naar 50%. Ook is er altijd een risico van substitie naar andere vormen van zorg, terecht of onterecht.

Indien aan alle randvoorwaarden wordt voldaan, kan op een termijn van tien tot twintig jaar worden uitgegaan van een jaarlijkse besparing van circa € 1.150 mln. Vanwege noodzakelijk flankerend beleid, om de maatregel uitgevoerd te krijgen (combinatie van middelen voor onderzoek en middelen voor capaciteitsuitbreiding van het ZIN) is de structurele netto-opbrengst op een termijn van tien- tot twintig jaar € 1.030 mln.

2 Kamerbrief over Programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (Kamerstukken 2018-2019, 29248 nr. 316).
3 Uit analyse van ZonMw Programma DoelmatigheidsOnderzoek van 200 afgeronde onderzoeksprojecten, blijkt dat ongeveer de helft van de onderzoeken geen gezondheidswinst aantonen en geen kostenbesparing geven.

Budgettaire effecten varianten B1 en B2

Het budgettaire effect hangt af van de hoogte van de gekozen kosteneffectiviteitsgrens. Bij een grens van € 50.000 per QALY zal de omvang van het basispakket kleiner worden dan bij € 80.000 of € 100.000 per QALY. Pas als het ZIN meer inzicht kan geven op deelgebieden (nieuwe en/of dure geneesmiddelen en technologieën) kan een eerste budgettair effect van de maatregel worden bepaald. Het probleem hierbij is dat er geen gestructureerde informatie beschikbaar is over de kosteneffectiviteit van interventies. Daarbij is informatie vaak niet openbaar beschikbaar, zoals prijsinformatie. Mogelijk geeft een uitgebreide literatuurstudie gericht op landen waar actief een kosteneffectiviteitsgrens wordt gebruikt, meer inzicht.

Budgettaire effecten variant B3

Om de doelstelling te behalen zal onderzoek naar kosteneffectiviteit van zorg geïntensiveerd moeten worden. Bestaande kennis volgt onder meer uit adviezen van het ZIN, verbetersignalementen in het kader van Zinnige Zorg en resultaten van onderzoeken in het kader van het ZonMw-doelmatigheidsonderzoek. Van de adviezen en verbetersignalementen mag worden verondersteld dat de verworven kennis reeds is geïmplementeerd. Laatstgenoemde onderzoeken moeten deels nog worden geduid door de wetenschappelijke verenigingen en (kwalitatief) worden opgenomen in richtlijnen/ professionele standaarden en/of kwaliteitsstandaarden.

In de evaluatie van het ZonMw- doelmatigheidsonderzoek is door middel van interviews onder de projectleiders van het doelmatigheidsonderzoek geschat dat met de implementatie van wetenschappelijk onderzoek naar specifiek de kosteneffectiviteit reeds een doelmatigheidswinst van € 252 mln. per jaar is gerealiseerd op een totale opbrengst van € 1,1 mld. per jaar. De doelmatigheidswinst van € 252 mln. per jaar vanwege onderzoek naar kosteneffectiviteit is vervolgens waarschijnlijk opgevuld met andere zorgactiviteiten, dus heeft vermoedelijk niet geleid tot een verlaging van zorguitgaven. Tevens is in de evaluatie een schatting opgenomen van 'onbenut potentieel'. Op basis van interviews met projectleiders is geschat dat er nog € 3 mld. per jaar aan potentiele opbrengst te behalen is door de bestaande onderzoeksresultaten beter te implementeren.

Gesteld dat die verbeteringen in de implementatie van de bestaande onderzoeksresultaten in dezelfde mate zullen bijdragen aan doelmatigheidswinst en dat dit vervolgens leidt tot een verlaging van zorguitgaven, omdat de doelmatigheidswinst niet wordt opgevuld met andere zorg, dan zouden de uitgaven aan zorg op lange termijn (ten minste tien- tot twintig jaar) met in ieder geval € 687 mln. per jaar kunnen worden teruggebracht ((€ 252 m ln./€ 1.100 mln.)*€ 3 mld.).

De € 252 mln. + € 687 mln. = € 939 mln. per jaar is echter 'slechts' relevant voor de 40% van de medisch specialistische zorg waarvoor wel reeds kosteneffectiviteitsinformatie

beschikbaar is. Deze cijfers zijn bekend als het gaat over de medisch-specialistische zorg. Ook in andere delen van de Zvw, alsmede elementen van de langdurige zorg, is momenteel geen zicht op de mate waarin de zorg effectief is, om deze reden heeft geen extrapolatie plaatsgevonden.

Budgettaire effecten variant C

In de technische rapportage Ziektelast van het CVZ (voorganger van het ZIN) uit 2013 wordt geschat dat een ziektelastgrens van 0,05 of lager circa € 670 mln. bruto oplevert. Door de verkleining van het basispakket nemen de eigen betalingen onder het eigen risico af met € 170 mln. (25% van de bruto-opbrengst). De netto-besparing is € 500 mln. Op basis van deze studie kan ook een schatting worden gemaakt voor de verkleining van het pakket met een ziektelast van 0,04. Bij een ziektelast van 0,04 is de bruto-opbrengst geschat op circa € 430 mln. Aandoeningen als ADHD worden bijvoorbeeld niet meer meegenomen. Door deze verkleining nemen de eigen betalingen onder het eigen risico af met € 108 mln. (25% van de bruto-opbrengst), zodat de besparing op de netto-collectieve lasten € 320 mln. netto bedraagt. Deze besparing is, door het gebrek aan gegevens over ziektelast, op een termijn van tien tot twintig jaar te realiseren.

Overige effecten bij alle varianten

Doordat het collectieve pakket kleiner wordt, zal naar verwachting de solidariteit in de zorg verminderen, met ook nadelige effecten voor de lagere inkomens. Zorgverleners zullen mogelijk ook aandoeningen zwaarder gaan coderen (upcoding). Niet-behandelen van lage ziektelast vereist standvastigheid van artsen en voorts meer toezicht/handhaving door zorgverzekeraars op voorschrijf- en doorverwijsgedrag van artsen. Bij het niet-behandelen van aandoeningen met een lage ziektelast (inclusief preventie) kunnen deze zich ontwikkelen tot een aandoening met een grotere ziektelast en meer kosten (die voorkomen hadden kunnen worden). Deze effecten zullen afnemen naarmate meer mensen een aanvullende verzekering afsluiten.

Ten slotte kan het op grotere schaal toetsen van de effectiviteit van zorg de kwaliteit van zorg vergroten, maar brengt wel grote onderzoeklasten voor het veld met zich mee die ten koste kan gaan van de tijd voor zorgverlening. Een strikte toetsing van zorg aan de QALY-norm kan tot een daling van de kwaliteit van zorg leiden.

Daarnaast geldt nog dat bij een strikte invoering van de varianten nieuwe zorg de patiënt veel later zal bereiken dan in het huidige open pakketsysteem. En door actiever pakketbeheer is er minder personeel nodig voor de collectief gefinancierde zorg.

Naar verwachting hebben de maatregelen B1 en B2 een groter effect indien wordt gekozen voor een lagere QALY. Indien voor een hogere QALY wordt gekozen, raakt dit met name

patiënten met een aandoening waarvan de behandeling relatief duur is en een marginaal effect heeft, of maar bij een beperkt deel van de populatie een effect heeft. In beide gevallen is de behandeling namelijk minder kosteneffectief. Voorbeelden zijn behandelingen voor ernstig zieke of terminale patiënten en voor patiënten met een 'weesziekte'. Bij weesgeneesmiddelen moet, vanwege de kleine groep patiënten, per patiënt een relatief groot deel van de kosten voor de ontwikkeling van deze geneesmiddelen worden terugverdiend.

Over het verkleinen van het pakket op basis van ziektelast (variant C) is de inschatting dat structurele pakketverkleining en een lagere instroom in het pakket zorgen voor structureel lagere zorguitgaven. Daarnaast zullen patiënten met aandoeningen met een relatief lage ziektelast expliciet afwegen of ze de behandeling zelf willen bekostigen. Patiënten zullen zich mogelijk aanvullend verzekeren. Ditzelfde zal in zekere mate gelden voor behandelingen waarvan de (kosten-) effectiviteit nog niet bekend is en die na deze maatregel niet meer vergoed worden.

Voor alle varianten geldt daarom dat verzekeraars mogelijk in aanvullende verzekeringen vergoeding gaan aanbieden voor behandelingen die in de periode voorafgaand aan invoering van de maatregel wel vergoed werden. Dit effect zal naar verwachting het grootste zijn bij varianten B1, B2 en C, maar de precieze omvang is niet bekend. Hierdoor zal dus een verschuiving optreden van publieke zorguitgaven naar private zorguitgaven.

← Terug naar tabel PAKKET & VERZEKERAARS
← Terug naar overzicht resultaten

109 Gepast gebruik en zinnige zorg

Er komt meer betrouwbare informatie beschikbaar over ongewenste praktijkvariatie. In wet- en regelgeving wordt vastgelegd dat kwaliteitsstandaarden alleen in het Openbaar Register opgenomen worden als ook vaststaat:

- welke 'redelijke' volumes voor specifieke patiëntencategorieën kunnen worden bereikt;
- dat zorgverleners uitkomstinformatie inzetten bij het bepalen van gepaste zorg voor patiënten.

Er komt een bonus-malussysteem voor de inkoop van Zvw-zorg dat uitgaat van streefvolumes per zorgaanbieder, gebaseerd op de kwaliteitsstandaarden. De beloning voor geleverde zorg wordt ook gekoppeld aan uitkomsten van zorg of op verschillen tussen feitelijk gerealiseerde volumes en streefvolumes voor specifieke patiëntengroepen. Verder zal de NZa in de declaratieregels opnemen dat zorgaanbieders naast hoofddiagnoses ook nevendiagnoses van intramurale zorgproducten registreren.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc. (a)
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**120**	**120**	**120**	**120**	**120+PM**
w.v. structurele effecten doelmatigheid zorg	0	0	0	0	PM
w.v. middelen t.b.v. informatieverzameling	90	90	90	90	90
w.v. capaciteitsuitbreiding Zorginstituut	30	30	30	30	30
Kwalitatief effect					
Mogelijk meer gepast gebruik; dit komt de kwaliteit van zorg ten goede.					

(a) De structurele effecten worden hier na tien tot tientallen jaren bereikt.

Uitvoering & Haalbaarheid

Onder deze maatregel kan het Zorginstituut verzoeken tot opname van kwaliteitsstandaarden in het Openbaar Register alleen opnemen als daarbij wetenschappelijk onderbouwd is vastgelegd welke 'redelijke' volumes mogelijk zijn voor specifieke patiëntencategorieën, zonder ongewenste praktijkvariatie.[1] Daarnaast moet vastgelegd zijn dat

1 Er moet informatie beschikbaar zijn om gewenste van ongewenste praktijkvariatie te kunnen onderscheiden. Daarbij valt onder meer te denken aan de case-mix van patiënten. Recent zijn een aantal artikelen verschenen die aantonen dat veel van de ongewenste praktijkvariatie te maken heeft met de vraag of (de juiste) artsen wel de juiste patiënten behandelen. Zie Abaluck et al. (2016), The determinants of Productivity in Medical Testing: Intensity and Allocation of care, American Economic Review, 106(12):3730-64, en Chandra en Staiger (2020), Identifying Sources of inefficiency in Healthcare, Quarterly Journal of Economics, 135 (2):785-843.

zorgverleners uitkomstinformatie in de vorm van meetstandaarden van het International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) inzetten bij het bepalen van gepaste zorg.

De redelijke volumes gelden voor heel Nederland en geven verzekeraars inzicht in (ongewenste) praktijkvariatie. Via bestuurlijke akkoorden maken verzekeraars en zorgaanbieders afspraken over streefvolumes per indicatie. Daarbij wordt ook een bonus-malussysteem ingevoerd dat rekening houdt met klinische uitkomsten en door de patiënt gerapporteerde uitkomsten van de geleverde zorg. Gebruik van uitkomstinformatie en registratie van nevendiagnosen (ICD-10) moet verzekeraars beter inzicht in zorgzwaarte geven en de vergelijking tussen zorgaanbieders eenvoudiger maken.

Om de nieuwe eisen aan kwaliteitsstandaarden vast te leggen, is een wetswijziging noodzakelijk. Door bestuurlijke akkoorden kunnen zorgverleners gestimuleerd worden om (ongewenste) praktijkvariatie tegen te gaan. Maar zij kunnen niet worden verplicht tot het toepassen of nalaten van een behandeling, als zij in een individueel geval reden zien voor een andere zorginhoudelijke keuze. Ook zorgverzekeraars hebben hun zorgplicht. Ze kunnen dus sturen op doelmatigheid en streefvolumes, maar kunnen in individuele gevallen toch gehouden zijn tot kostendekkende vergoeding van zorg.

ICHOM-standaarden zijn nog maar beperkt geïmplementeerd in Nederland. Het aandeel uitkomstinformatie binnen de medisch specialistische zorg is slechts 19% (verslagjaar 2018). De vragenlijsten die door de patiënt gerapporteerde uitkomsten (PRO's) meten, zijn nog in ontwikkeling en worden maar bij een beperkt aantal aandoeningen landelijk gemeten. De resultaten zijn meestal nog niet openbaar en worden nog niet teruggekoppeld naar de patiënt.

Knelpunten bij de implementatie van ICHOM-sets zijn zowel de beperkte registratie van klinische uitkomsten en achtergrondvariabelen (case-mix) als de uitvraag van patiëntgerapporteerde uitkomsten. De elektronische patiëntendossiers (EPD) en bestaande kwaliteitsregistraties zijn hier vaak nog niet voor uitgerust.[2] In het programma *Uitkomstgerichte zorg* wordt ingezet op het beschikbaar maken van uitkomsten voor de helft van de ziektelast. Dit programma levert implementeerbare oplossingen op waarbij ook het ICT-deel wordt meegenomen.

Het is aan tripartiete partijen om meetinstrumenten op te stellen. Het hierbij verplicht stellen van de ICHOM-standaarden vereist een wetswijziging. Dit zou gezien kunnen worden als een inbreuk op de professionele autonomie van partijen.

2 Zorginstituut: ICHOM, de heilige graal of routekaart naar meer uitkomstinformatie? rapport project 2 "ICHOM als versnelling?", 30 april 2018.

Voor een bonus-malussysteem is naast door de zorgaanbieder verstrekte informatie over volumes per indicatie en inzicht in redelijke volumes ook goede, volledige en betrouwbare informatie nodig over zowel de klinische uitkomsten van de geleverde zorg, als door de patiënt gerapporteerde uitkomsten. Deze moeten allemaal zodanig geregistreerd worden dat ze voor de arts, de patiënt en de zorginkoper beschikbaar en begrijpelijk zijn. Daarvoor moeten zogenaamde zorginformatiebouwstenen ontworpen worden.

Verzekeraars kunnen uit ingediende declaraties bestandsvergelijkingen maken om inzicht te krijgen in de productie per praktijk en de praktijkvariatie. In hun contracteerbeleid kunnen zij op basis hiervan selecteren welke zorg zij bij welke zorgaanbieder willen inkopen. Dit soort analyses wordt echter beperkt door privacyregels. Zorgaanbieders mogen de diagnose van een individuele verzekerde namelijk alleen aan de zorgverzekeraar verstrekken als dat noodzakelijk is voor de uitvoering van de polis en de Zvw, zoals de controle van toegepaste tarieven in declaraties. In het huidige bekostigingssysteem kan daarbij volstaan worden met de hoofddiagnose. Verstrekking van de nevendiagnose is dan een niet noodzakelijke inbreuk op de privacy en zal op grond van proportionaliteit en subsidiariteit niet toegestaan zijn.

Budgettaire effecten

Meer gepast gebruik kan in potentie de kwaliteit van de zorg verbeteren. Maar het is niet op voorhand te zeggen of de maatregel werkelijk dit effect zal hebben. Dit hangt onder meer af van:

- De kwaliteit van de informatie over praktijkvariatie: ongewenst moet hier te onderscheiden zijn van gewenst. Het tegengaan van gewenste praktijkvariantie kan de kwaliteit van de zorg aantasten.[3]
- De mate waarin 'redelijke volumes' werkelijk kunnen leiden tot het stimuleren van gepast gebruik. Redelijke volumes voor groepen patiënten laten een eigenstandige beoordeling van de meest geschikte behandeling in een individuele casus onverlet.
- De mate waarin zorgaanbieders door gerichte zorginkoop en een bonus-malussysteem effectief gestimuleerd kunnen worden tot doelmatige zorgverlening. Dit moet nader onderzocht worden.

Het is niet duidelijk of de voorgestelde maatregelen tot een toename of een afname van zorguitgaven zullen leiden. Daarom wordt het mogelijke effect op PM geraamd.

3 Uitgegaan is van het in kaart brengen van verschillen tussen behandelingen voor vergelijkbare patiënten uitgaande van algemene ziekenhuiszorg. De generieke data over praktijkvariatie zijn minder bruikbaar voor de beoordeling van gepast gebruik van academische en hoog specialistische ziekenhuiszorg.

Zorgverleners moeten de ICHOM-standaarden implementeren. Deze en andere benodigde data moeten beschikbaar komen voor wetenschappelijk onderzoek naar praktijkvariatie.[4] Bovendien moeten zorgverzekeraars en zorgaanbieders geschikte bonus-malus- afspraken ontwikkelen en implementeren in het kader van de zorginkoop. Ook is een fors grotere inzet van het Zorginstituut nodig voor (de toetsing van) wetenschappelijk onderzoek naar praktijkvariatie. Daarom is een structurele capaciteitsuitbreiding bij het ZIN opgenomen van jaarlijks € 30 mln.

Er is aanzienlijk meer kennis nodig over praktijkvariatie. Wetenschappelijk onderzoek neemt gemiddeld vijf jaar in beslag. Als flankerend beleid is daarom bij alle varianten € 90 mln. jaarlijks opgenomen, waarmee circa vijftig onderzoeken per jaar kunnen worden gestart. Tegelijk is er al veel onderzoek gedaan of in gang gezet. Deze kennis is op kortere termijn bruikbaar. Theoretisch zou het aantal onderzoeken nog hoger kunnen liggen.

Overige opmerkingen

Waar in deze tekst wordt voorgesteld om redelijke volumes van behandelingen op te nemen in kwaliteitsstandaarden die door tripartite samenwerking tot stand komen (tussen zorgverleners, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties) wordt in maatregel B3 van maatregel **108** (Versterking toetsing (kosten)effectiviteit basispakket) het Zorginstituut verplicht tot het zelfstandig vaststellen van zulke redelijke volumes.

← **Terug naar tabel PAKKET & VERZEKERAARS**
← **Terug naar overzicht resultaten**

4 Zie de in de eerste voetnoot aangehaalde literatuur voor een beschrijving van de data die nodig is om een onderscheid te maken tussen gewenste en ongewenste praktijkvariatie.

110 Beschikbare tijd per huisartsenconsult vergroten

Voor een consult bij de huisarts staat momenteel tien minuten. De maatregel houdt in dat het consult bij de huisarts wordt verlengd naar vijftien of twintig minuten per consult. Daarnaast wordt ook de normpraktijk – het aantal ingeschreven patiënten per fulltime werkende huisarts – naar beneden bijgesteld van 2.095 naar 1.800.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**PM**	**15+PM**	**30+PM**	**45+PM**	**600+PM**
w.v. uitgaven huisartsenzorg	0	0	0	0	560
w.v. uitbreiding opleidingsplaatsen	0	15	30	45	45
w.v. zorguitgaven MSZ (substitutie)	PM	PM	PM	PM	PM
Kwalitatief effect					
Mogelijke herschikking van het takenpakket van de huisarts.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Voor huisartsen is het al mogelijk om lange consulten (van minimaal twintig minuten) te houden en te declareren. Op de feitelijke consultduur heeft de overheid echter geen invloed. Zorgverzekeraars en huisartsen maken tijdens de zorgcontractering vooralsnog géén afspraken over de consultduur of over het aantal ingeschreven patiënten. De overheid kan wel initiatief nemen voor een bestuurlijke afspraak met belanghebbende beroeps- en koepelorganisaties om dit te veranderen. Verzekeraars en aanbieders maken dan afspraken over een andere verdeling van korte (minder dan twintig minuten) en lange (meer dan twintig minuten) consulten in de huisartsenzorg en over het verkleinen van het aantal ingeschreven patiënten per fulltime werkende huisarts van 2.095 naar 1.800.

Het doel hierbij is om minder patiënten te behandelen, zodat iedere patiënt langer 'gezien kan worden'. Tegelijkertijd vergt de resulterende uitbreiding van de huisartsenformatie ook een uitbreiding van het aantal opleidingsplekken. Voor het bereiken van een bestuurlijk akkoord en het beschikbaar stellen van nieuwe opleidingsplekken geldt een invoeringstermijn van circa een jaar.

Budgettaire effecten

De effecten van deze maatregel hangen mede af van gedragseffecten van huisartsen.

Ervan uitgaande dat a) het inkomen per huisarts, b) het aantal werkzame huisartsen per praktijk, c) de zorgvraag per patiënt en d) de werkweek gelijk blijven, zijn er meer personeel (huisartsen en ondersteunend personeel) en locaties nodig om de zorgvraag op te vangen. De toegenomen uitgaven lopen op tot € 558 mln.[1] (afgerond € 560 mln.). We gaan er van uit dat het aantal huisartsen evenredig vergroot moet worden met de afname van de praktijkomvang (16%). Omdat de huisartsenopleiding drie jaar duurt en er sprake is van een invoeringsperiode van een jaar, treedt dit budgettaire effect op vanaf jaar 5. Na jaar 4 loopt het budgettaire effect in drie stappen van € 186 mln. op tot € 558 mln. Dit betekent dat vanaf jaar 5 alle benodigde huisartsen werkzaam kunnen zijn en de totale budgettaire intensivering vanaf dat moment nodig is.

Om de huisartsenformatie structureel met 16% te laten toenemen moeten meer opleidingsplaatsen voor huisartsengeneeskunde gecreëerd (en bekostigd) worden. Uitgaande van de raming van opleidingsplaatsen door het Capaciteitsorgaan uit 2019[2] bedragen de jaarlijkse opleidingskosten structureel € 263 mln. Bij een stijging van 16% komt dit uit op een budgettair effect van € 42 mln. per jaar. Omdat een (beperkt) deel van de opleidingen uiteindelijk niet als huisarts werkzaam wordt, zal de stijging in het aantal opleidingsplaatsen iets hoger moeten zijn. Het budgettaire effect wordt daarom afgerond op € 45 mln. (structureel). De maatregel gaat ervan uit dat deze extra formatie blijvend beschikbaar komt. Daarom geldt een oploop in de benodigde extra capaciteit: 1/3de extra opleidingsplaatsen in jaar 1, 2/3de extra opleidingsplaatsen in jaar 2, totale extra opleidingscapaciteit vanaf jaar 3.

In de huisartsenpraktijk zijn ook andere professionals werkzaam waarvan de vervolgopleidingen gefinancierd (kunnen) worden vanuit de netto-collectieve zorguitgaven. Deze kosten zijn echter (zeer) beperkt in vergelijking tot de huisartsenopleiding en daarom hier niet gekwantificeerd.

Kwalitatief betere zorg van de huisarts kan het beroep op medisch specialistische zorg beperken. Dit effect is echter niet eenduidig aangetoond. Hetzelfde geldt voor de effecten

1 2.095/1.800* € 3,154 (kader huisartsenzorg 2019) *1,08 (indexatie).
2 https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2019/12/Capaciteitsplan-2021-2024-Deelrapport-2-Huisartsgeneeskunde.pdf

van een toenemende consultduur op kwaliteit, kosten en patiënttevredenheid.[3] Daarom zijn deze effecten op PM gesteld.

Overige effecten

Deze maatregel vergt dat de huisartsenbekostiging (de mix van abonnementstarieven, consulttarieven, tarieven voor verrichtingen) herzien wordt. Ten slotte is het aantal opleiders voor de opleiding huisartsengeneeskunde door het Capaciteitsorgaan[4] eerder als beperkend aangemerkt voor uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen. Flankerend beleid kan nodig zijn om ervoor te zorgen dat aan deze randvoorwaarde wordt voldaan.

Terug naar tabel PAKKET & VERZEKERAARS
Terug naar overzicht resultaten

3 Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice:observational study. BMJ 2001;323:784-7.
Van den Hombergh P, Künzi B, Elwyn G, Akkermans R, Van Doremalen J, Grol R, et al. High workload and job stress are associated with lower practice perfomance in general practice; an observational study in 239 general practices in the Netherlands. BMC Health Serv Res 2009;9:118.
Van den Hombergh P, Wensing M. Biedt de huisartspraktijk met meer tijd per patiënt beter zorg? Ned Tijdschr Geneeskd 2010;154:A1226.
https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/rapport_werkbelasting_huisartsen.pdf
https://www.henw.org/artikelen/meer-tijd-voor-patienten-minder-verwijzingen
Deraas TS, Berntsen GR, Hasvold T, Ringberg U, Førde OH. Is a high level of general practitioner consultations associated with low outpatients specialist clinic use? A cross-sectional study. BMJ Open 2013;3:e002041.
Christensen B, Sorensen HT, Mabeck CE. Differences in referral rates from general practice. Fam Pract 1989;6:19-22.

4 https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2019/12/Capaciteitsplan-2021-2024-Deelrapport-2-Huisartsgeneeskunde.pdf

111 Verplichten gebruik effectieve e-health-oplossingen

Door standaarden voor zorgverleners aan te passen wordt voorkomen dat verzekeraars (delen van) reguliere zorgpaden voor bepaalde doelgroepen blijven vergoeden, terwijl e-health-toepassingen bewezen tot een betere kwaliteit en doelmatigheid van zorg leiden voor deze doelgroepen. Het reguliere zorgpad zal voor hen dan niet langer als gepast gebruik gelden. De kosten daarvan zullen daarom niet meer worden vergoed vanuit het basispakket Zvw.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**PM+10**	**PM+10**	**PM+10**	**PM+10**	**PM+10**
w.v. effecten implementatie e-health	PM	PM	PM	PM	PM
w.v. uitvoeringskosten ZiNL	10	10	10	10	10
Kwalitatief effect					
De maatregel bevordert in potentie het effect van behandelingen en daarmee de kwaliteit van zorg voor bepaalde doelgroepen.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Standaarden voor zorgverleners moeten (meer) richtinggevend worden voor voorkeuren in leveringsvormen van zorg voor bepaalde doelgroepen. Dat helpt zorgverleners bij het vaststellen welke zorg in een bepaalde situatie gepast is en geeft verzekeraars aangrijpingspunten om bij de materiële controles (op rechtmatigheid van uitgaven) erop toe te zien dat zorgpaden met inzet van e-health-toepassingen daadwerkelijk gebruikt worden.

Omdat tripartite partijen een herziening van standaarden mogelijk niet tijdig uit zichzelf zullen realiseren, zal het Zorginstituut (ZIN) moeten investeren in het vaststellen van e-health-toepassingen die voor bepaalde doelgroepen kunnen worden opgenomen in kwaliteitsstandaarden (horizonscanning). Het instituut zal zo nodig zijn kwaliteitsinstrumentarium moeten inzetten om een tijdige opname van de aanbevelingen voor deze e-health-toepassingen in de kwaliteitsstandaarden te verzekeren.

Om een mogelijke 'weglek' via professionele standaarden te voorkomen, zal wetgeving nodig zijn: in wet- en regelgeving moet worden vastgelegd dat alleen kwaliteitsstandaarden invulling kunnen geven aan goede zorg. Dat heeft een forse impact op de rol van zorgaanbieders bij het bepalen van wat goede zorg is. Zorgverleners kunnen de maatregel zien als aantasting van hun professionele autonomie, wat kan leiden tot vertraging bij de totstandkoming van onderzoek en kwaliteitsstandaarden.

De maatregel raakt verschillende facetten van de zorgverzekering. Er bestaat aanspraak op effectieve zorg, dat wil zeggen: interventies die aantoonbaar gelijk zijn aan of meerwaarde hebben ten opzichte van andere behandelingen. Bovendien moet de verzekerde er op zorginhoudelijke gronden op zijn aangewezen. De zorgverzekeraars moeten voorzien in (vergoeding van) goede zorg, die cliëntgericht is en afgestemd op diens reële behoefte. Daarbij sturen ze bij zorgaanbieders aan op doelmatigheid. Vanuit dat oogpunt zal de inzet van e-health-toepassingen gestimuleerd kunnen worden. Maar er mag niet verwacht worden dat e-health altijd en voor iedere verzekerde in de plaats kan komen van het reguliere zorgpad.

De maatregel is praktisch lastig uitvoerbaar. Het ZIN zal voor de hele Zvw-zorg proactief moeten signaleren welke e-health-oplossingen (op korte termijn) bewezen effectiever zijn dan bestaande zorgpaden. Implementatie van nieuwe wetenschappelijke inzichten in standaarden kost bovendien tijd, ook als het ZIN het kwaliteitsinstrumentarium, waaronder de doorzettingsmacht, efficiënt inzet. De gemiddelde implementatietermijn bedraagt acht jaar. Bovendien moet er ook ruimte moet blijven om (gemotiveerd) af te kunnen wijken, omdat wat gepaste zorg is in een specifieke situatie zich niet in protocollen laat vatten. Tot slot kunnen verzekeraars enkel door intensieve materiële controles achteraf vaststellen of de zorg daadwerkelijk via e-health is geleverd.

De implementatie van de nieuwe werkwijze bij het ZIN zou binnen een jaar kunnen, maar de eerste resultaten van daadwerkelijke vervanging van bestaande werkwijzen ten gunste van inzet van e-health zullen naar verwachting over vijf tot tien jaar worden gerealiseerd.

Budgettaire effecten

De maatregel kan zowel tot een besparing als een verhoging van zorguitgaven leiden. Technologische ontwikkeling is een van de oorzaken voor de groei van de zorguitgaven. Op basis van ramingen van het Centraal Planbureau worden elke kabinetsperiode afspraken gemaakt over de verwachte en toegestane groei van de zorguitgaven. Het per saldo effect van technologische ontwikkelingen is daarmee onderdeel van de veronderstelde groei van de zorguitgaven. Het is de vraag of en in hoeverre het verplicht stellen van implementatie van e-health-toepassingen tot besparingen leidt. Technologie maakt de zorg duurder, tenzij het ondoelmatig georganiseerde zorg vervangt.

Daarbij moet bedacht worden dat innovaties zelden volstrekt in de plaats komen van bestaande diagnose- en behandelmogelijkheden en het altijd aan de zorgverleners in samenspraak met hun patiënten is om de medische interventie vast te stellen. Lokale besparingen van innovaties in tijd en geld kunnen daarom niet zonder meer worden geëxtrapoleerd om te bepalen wat de effecten zijn van grootschalige toepassing. Voor de structurele uitvoeringskosten van het ZIN wordt uitgegaan van € 10 mln.

Overige effecten

De maatregel bevordert in potentie de effectiviteit van behandelingen en daarmee de kwaliteit van zorg voor bepaalde doelgroepen. De inzet van e-health toepassingen kan een belangrijke bijdrage leveren aan de Juiste Zorg op de Juiste Plek, want kan inspelen op functioneren en voorkeuren van patiënten.

Overige opmerkingen

Maatregel 45 (Verplichte implementatie onder zorgaanbieders van innovatie) beoogt ook zorguitgaven te verlagen wanneer e-health-oplossingen bewezen effectiever zijn, namelijk door een intensivering van de inzet van het ZIN in combinatie met uitbreiding van de verantwoordelijkheid van de IGJ. De maatregelen kunnen elkaar in potentie versterken.

← Terug naar tabel PAKKET & VERZEKERAARS
← Terug naar overzicht resultaten

112 Basispakket uitbreiden met tandheelkundige zorg

Het basispakket wordt uitgebreid met tandheelkundige zorg. Er zijn verschillende varianten:

A. alleen de periodieke controle opnemen;
B. een vergelijkbaar pakket voor volwassenen als nu geldt voor jeugdigen;
C. alleen in het basispakket voor ouderen;
D. alleen voor minima (via minimapolissen).

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: alleen periodieke controle	0	250	250	250	250
Variant B: alle volwassenen tandheelkunde in basispakket	0	1.500	1.500	1.500	1.500
Variant C: alleen voor ouderen	0	460	460	460	460
Kwalitatief effect					
Betere gezondheidsuitkomsten.					

Uitvoering en haalbaarheid

Tandheelkundige zorg/mondzorg is op een aantal uitzonderingen na voor volwassenen geen onderdeel van het basispakket. Dit omdat volwassenen zelf met hun leefstijl (poets- en eetgedrag) mondzorg kunnen voorkomen en eventueel benodigde zorg zelf kunnen betalen. 'Noodzakelijkheid' is één van de pakketcriteria. Of iemand de behandeling zelf kan betalen, is hierbij één van de overwegingen.

Voor variant A, B en C moet artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering worden aangepast. Aandachtspunt is in hoeverre alleen sprake is van preventie.

Variant D sluit aan bij de bestaande praktijk, waarin veel gemeenten nu al collectieve afspraken maken met zorgverzekeraars, speciaal voor mensen met een minimuminkomen, chronische ziekte of beperking. Deze afspraken gaan vaak over een verplichte basisverzekering met een aanvullende zorgverzekering. Het is echter niet mogelijk dat de rijksoverheid gemeenten en verzekeraars verplichtingen oplegt ten aanzien van de basisverzekering of de aanvullende verzekering. De aanvullende verzekering is een volledig private aangelegenheid en eventuele aanpassingen hebben dan ook geen budgettair effect op de rijksbegroting.

Budgettaire effecten

Als een deel van het aanvullende pakket wordt overgeheveld naar de basisverzekering, stijgen de uitgaven onder het Uitgavenplafond Zorg. Voor mensen die eerst een aanvullende verzekering hadden, maar deze niet meer afsluiten, dalen de kosten van de aanvullende verzekering. Wel maken zij kosten via de premie en eigen betalingen onder de Zvw. Ook voor mensen die geen aanvullende verzekering hadden en deze kosten zelf betaalden, geldt dat zij nu kosten gaan maken via de premie en eigen betalingen. Er is grotendeels sprake van een kostenschuif van het private naar het publieke domein.

Als (een deel van) de tandheelkundige zorg in het basispakket komt, zal dit voor een deel van de mensen drempelverlagend werken. Er zullen dan meer mensen van deze zorg gebruik gaan maken. Met deze aanzuigende werking is in de berekeningen rekening gehouden.

De eerste drie varianten (A t/m C) vallen binnen de invloedssfeer van de rijksoverheid en hebben effecten op de rijksbegroting. Bij variant D zijn de gemeenten verantwoordelijk. Er is hier niet aangenomen dat eventuele meerkosten door het Rijk vergoed worden, dus heeft deze variant geen budgettair effect op de rijksbegroting.

Variant A betreft alleen de periodieke controle. Deze kost € 22,16[1] in 2020. Aangenomen wordt dat elke verzekerde volwassene gemiddeld 1,5 periodieke controle per jaar laat uitvoeren. Rekening houdende met een prijsindexatie zijn de extra kosten hiervan € 491 mln. Tegelijk nemen door deze uitbreiding van het basispakket de inkomsten uit het eigen risico toe. Ongeveer de helft van de verzekerden maakt hun eigen risico niet vol en moet dus deze kosten alsnog vergoeden. Dat komt neer op extra inkomsten van € 246 mln. De netto-kosten van deze maatregel worden dus ingeschat op € 245 mln.

Bij variant B komt de tandheelkundige zorg voor alle volwassen patiënten in het basispakket. Op dit moment is 83,7% van alle volwassen verzekerden aanvullend verzekerd. Bij deze 12 miljoen verzekerden was de gemiddelde vergoeding voor mondzorg in 2018 € 125,71. Dat komt neer op in totaal circa € 1.500 mln. Daarnaast maakten ook mensen zonder aanvullende verzekering tandartskosten. Als we aannemen dat zij gemiddeld hetzelfde bedrag uitgaven, en indexeren naar 2021, komt het totale bedrag aan tandheelkundige kosten voor volwassenen uit op € 2.034 mln.

De kosten kunnen nog toenemen doordat mensen meer gebruik gaan maken van deze zorg. Toch blijft deze aanzuigende werking naar verwachting beperkt, omdat veel mensen hun eigen risico niet volmaken en de kosten van verzekerde tandheelkundige hulp zelf blijven betalen. De aanzuigende werking is om die reden ingeschat op slechts 10%. De totale kosten van deze variant komen dan op circa € 2.265 mln. (2.034/90%).

1 https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_269334_22/2/

Tegelijk zorgt de uitbreiding van het basispakket voor extra inkomsten uit het eigen risico. Deze toename wordt geschat op € 811 mln. Per saldo komen de kosten van overheveling van de tandheelkundige zorg naar het basispakket uit op ruim € 1.450 mld. (€ 2.265- € 811).

Variant C is gericht op de 3,5 miljoen 65-plussers. Uitgaand van de eerder vermelde € 125,71 per persoon en met toepassing van een indexatie komen de kosten op € 497 mln. vanwege de aanzuigende werking en het remgeldeffect. Rekening houdend met de aanzuigende werking en het remgeldeffect komen de bruto-kosten op € 585 mln.

Daar tegenover staan extra inkomsten uit het eigen risico. Deze zijn naar verhouding iets lager dan bij variant B, omdat 65-plussers relatief vaker hun eigen risico vol maken. De opbrengsten uit het eigen risico worden daarmee € 127 mln. (€ 198*0.644). De totale netto-kosten van deze maatregel zijn hiermee circa € 460 mln. (€ 585- € 127).

Overige effecten

Uitbreiding van het basispakket met tandheelkundige zorg kan zorgverzekeraars prikkelen tot betere afspraken over vergoedingen, bijvoorbeeld door benchmarking van behandelvolume en selectieve contractering. Dat kan bijdragen aan lagere kosten en aan kwalitatief betere zorg.

Naar verwachting blijven de uitvoeringskosten gelijk, omdat de basis- en aanvullende verzekering door zorgverzekeraars op dezelfde wijze worden uitgevoerd. Wel kunnen de kosten om de zorg in te kopen iets toenemen, maar hier staat tegenover dat selectieve contractering bijdraagt aan doelmatigheid.

Als een deel van de mondzorg wordt opgenomen in de basisverzekering, zullen sommige mensen geen aanvullende verzekering meer afsluiten. Voor hen wordt het makkelijker om polissen te vergelijken, omdat zij alleen nog een basisverzekering afnemen. Dit maakt het overstappen makkelijker en zorgt dat zorgverzekeraars meer druk zullen ervaren op prijs en kwaliteit.

Als door de maatregel meer mensen periodieke controle laten uitvoeren, kan dit tot vervolgzorg leiden. Als deze vervolgzorg nu eerder wordt opgemerkt, dalen de vervolgkosten en verbeteren de gezondheidsuitkomsten. Er zou ook sprake kunnen zijn van stijgende kosten, als burgers deze vervolgzorg anders vermeden zouden hebben. Maar nog steeds is er dan een verbetering van de gezondheidsuitkomsten. Bij variant A (waar alleen de periodieke controle in het pakket komt) is het wel de vraag of mensen de vaak duurdere vervolgbehandeling willen ondergaan, als die niet in het pakket zit.

← **Terug naar tabel PAKKET & VERZEKERAARS**
← **Terug naar overzicht resultaten**

113 Uitbreiden basispakket met paramedische zorg

Paramedische zorg wordt (volledig) vergoed vanuit de basisverzekering. Verzekerden hoeven hiervoor geen aanvullende verzekering af te sluiten of zelf te betalen.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**1.100-PM**	**1.100-PM**	**1.100-PM**	**1.100-PM**
w.v. substitutie MSZ	0	-PM	-PM	-PM	-PM
Kwalitatief effect					
Mogelijk toename kwaliteit van leven; mogelijk kunnen mensen langer thuis blijven wonen; mogelijk meer participatie; mogelijk afname werkdruk huisarts.					

Uitvoering en haalbaarheid

Op grond van het Besluit zorgverzekering wordt de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten medebepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Bij het ontbreken daarvan bepaalt het betrokken vakgebied wat geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Het Zorginstituut heeft een kader opgesteld om te beoordelen of een behandeling voldoet aan het criterium stand van wetenschap en praktijk. Het komt erop neer dat alleen zorg die als effectief wordt beschouwd, toegelaten kan worden tot de verzekerde zorg.

De Zvw biedt een juridische grondslag voor het uitbreiden van de aanspraak op de paramedische zorg. Belangrijk is dat de inhoud voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Het kost tijd om dit aan te tonen. In bovenstaande tabel is ervan uitgegaan dat dit bewijs in jaar 1 al voorhanden is, zodat pakketuitbreiding vanaf jaar 2 kan worden ingevoerd. In de praktijk zal dit meer tijd vergen.

Indien een pakketwijziging plaatsvindt, is de ingangsdatum 1 januari van het jaar volgend op de jaarlijkse wijziging van het Besluit zorgverzekering voor aanpassingen van het basispakket. Dit betekent dat besluitvorming rond maart van voorafgaande jaar moet zijn afgerond.

Budgettaire effecten

Er wordt, conform maatregel **102** (Opnemen medisch noodzakelijke zorg uit aanvullende verzekeringen in het basispakket), uitgegaan van de gemiddelde kosten die nu in de aanvullende verzekering (AV) worden gemaakt voor paramedische zorg. Omdat in de AV meestal een maximumaantal behandelingen per kalenderjaar wordt vergoed, zorgt deze rekenmethodiek mogelijk voor een onderschatting. Immers, als paramedische zorg zonder beperkingen aan het pakket wordt toegevoegd, zullen mensen mogelijk meer zorg gebruiken dan zij nu vanuit de AV doen. Daarnaast wordt in de berekening aangenomen dat al deze zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk, dus kan worden toegevoegd aan het basispakket. Dit zal waarschijnlijk niet het geval zijn en het kost hoe dan ook tijd om aan te tonen.

Ook is geen rekening gehouden met mogelijke besparingen. Besparingen kunnen ontstaan bij minder zorg nodig in de tweede lijn, minder geneesmiddelengebruik, minder huisartsbezoek en als mensen langer thuis kunnen blijven wonen. Al deze effecten zijn nauwelijks te kwantificeren, zoals blijkt uit het pakketadvies van het Zorginstituut over gesuperviseerde oefentherapie bij COPD.[1]

In de AV wordt gemiddeld € 77,92 per persoon[2] vergoed voor paramedische zorg. Als deze cijfers worden geëxtrapoleerd naar de volledige verzekerde 18+-populatie (14 miljoen mensen) komt dit op een bedrag van € 1.100 mln. Dit bedrag wordt hoger als ook de aanzuigende werking (remgeldeffect) van 15% wordt meegerekend: € 1.293 mln. Anderzijds stijgen ook de inkomsten uit het eigen risico (schatting: 25%). Daarmee komt het effect van deze maatregel op € 969 mln. Rekening houdend met een indexatie (14%) gaat het in 2021 om € 1.105 mln.

De verwachting is dat de financiële impact in de praktijk (veel) lager zal zijn, bijvoorbeeld omdat de zorg niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk en dus niet aan het pakket kan worden toegevoegd. Of omdat een maximumaantal behandelingen wordt ingesteld. In de budgettaire tabel wordt uitgegaan van volledige opname in het pakket. Ook sturen zorgverzekeraars op doelmatigheid door (selectieve) contractering. Daarnaast is mogelijk sprake van besparingen elders. Deze zijn echter lastig te kwantificeren.

1 https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2018/03/22/pakketadvies-gesuperviseerde-oefentherapie-bij-copd
2 Zorgthermometer 2020, cijfers 2018.

Overige effecten

Het doel van de maatregel is om de kosten in de tweedelijnszorg (en die van geneesmiddelengebruik) te doen dalen. In hoeverre dat reëel is, hangt af van de indicatie waarvoor paramedische zorg wordt aangeboden en in hoeverre er daadwerkelijk verschuiving van zorg plaatsvindt. Daarnaast kan paramedische zorg een belangrijke rol spelen bij het langer thuis blijven wonen en kan deze bijdragen aan een afname in arbeidsverzuim: de paramedicus richt zich bij uitstek op functioneren, waar nodig met beperkingen. Tot slot kan de paramedische zorg een deel van het werk van andere beroepsgroepen, zoals de huisarts, overnemen, waardoor de druk op die beroepsgroepen kan afnemen - die (zeker in krimpregio's) met hoge werkdruk en tekorten op de arbeidsmarkt kampen.

Tot slot: er mag worden aangenomen dat de medisch meest noodzakelijke paramedische zorg al in het basispakket is opgenomen. Daarnaast zijn veel mensen aanvullend verzekerd voor fysiotherapie. De verwachting is dat de gezondheidswinst van deze maatregel beperkt zal zijn. De maatregel zal vooral bijdragen aan een betere organisatie en betaalbaarheid van zorg (door Juiste Zorg op de Juiste Plek). Zoals eerder aangegeven zijn deze effecten vrijwel niet te kwantificeren.

Overige opmerkingen

De maatregel heeft raakvlakken met maatregel **102** (Opnemen medisch noodzakelijke zorg uit aanvullende verzekeringen in het basispakket).

← **Terug naar tabel PAKKET & VERZEKERAARS**
← **Terug naar overzicht resultaten**

114 Aantal behandelingen 'zonder medische noodzaak' in pakket

Het basispakket wordt uitgebreid met vormen van 'zorg zonder medische noodzaak': anticonceptiepil voor vrouwen boven de 21 jaar, vruchtbaarheidsbehandelingen bij een gezonde donor, kunstmatige inseminatie met donorzaad (KID) voor lesbische stellen en alleenstaanden zonder medische indicatie, en hoogtechnologisch draagmoederschap.

Effecten	Jaar1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**PM**	**25+PM**	**25+PM**	**25+PM**	**25+PM**
w.v. anticonceptiepil	0	15	15	15	15
w.v. KID bij vrouwen zonder mannelijke partner zonder medische indicatie	0	10	10	10	10
w.v. vruchtbaarheidsbehandelingen bij een gezonde donor en hoogtechnologisch draagmoederschap	PM	PM	PM	PM	PM
Kwalitatief effect					
Anticonceptiepil (21+) in het pakket draagt bij aan family-planning/tegengaan van ongewenste zwangerschap. Opname andere maatregelen maakt medische hulp bij gezinsvorming voor vrouwen met vruchtbaarheidsproblemen, vrouwen zonder (mannelijke) partner en twee homoseksuele wensvaders financieel toegankelijker.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Voor verzekerden tot 21 jaar wordt de anticonceptiepil vergoed vanuit de basisverzekering, ook al wordt niet voldaan aan de medische indicatievereiste. Bij IVF-draagmoederschap met medische indicatie wordt alleen het deel van de behandeling vergoed uit het basispakket dat wordt uitgevoerd bij de persoon met de medische indicatie (wensmoeder). Kunstmatige inseminatie met donorzaad (KID)-behandelingen vallen momenteel buiten het basispakket, voornamelijk vanwege het ontbreken van een medische indicatie. Voor alle prestaties geldt dat de verzekerde daar recht op heeft voor zover hij/zij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen (criterium 'medische indicatie', artikel 2.1 Besluit zorgverzekering).

Deze maatregel is niet uitvoerbaar vanwege artikel 2.1. Besluit zorgverzekering, criterium 'medische indicatie'. Het vergt dus aanpassing van zowel de Zvw als het Besluit zorgverzekering. Op basis van de Solvency II-richtlijn moet verzekeraars de vrijheid worden gelaten bij de inrichting van de dekking van hun verzekeringen. Vanwege deze regelgeving zal moeten worden onderbouwd waarom, gelet op de benodigde aanpassing van de

uitgangspunten van de Zvw, dat het in het algemeen belang is, noodzakelijk en proportioneel om deze vormen van zorg toe te voegen aan het basispakket.

Het verlaten van het criterium medische indicatie voor deze vormen van zorg kan een veel verderstrekkende uitbreiding van het verzekerde pakket met zich meebrengen. Er kan precedentwerking uitgaan naar andere behandelingen zonder medische indicatie.
De benodigde wijzigingen van Zvw en Besluit zorgverzekering vergen minimaal twee jaar.

Budgettaire effecten

De kosten voor gebruik van de anticonceptiepil buiten het verzekerde pakket om, liggen de afgelopen jaren tussen de € 20- € 30 mln.[1]

Als anticonceptie in het basispakket wordt opgenomen, geldt hiervoor het eigen risico. Naar schatting maakt ongeveer 43%[2] van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd het eigen risico vol. De vrouwen die het eigen risico toch al vol maken, hoeven de facto dus niets meer zelf te betalen voor hun anticonceptie. Onder deze groep zal het anticonceptiegebruik mogelijk toenemen: we schatten met 25%. De private zorguitgaven nemen af bij deze groep.

Voor de 57% vrouwen die hun eigen risico niet volmaken, verandert er niet veel. Nu betalen ze zelf voor de anticonceptie (al dan niet via de premie voor een aanvullende verzekering), straks betalen ze nog steeds zelf, maar dan in de vorm van eigen risico. Hun private zorguitgaven veranderen niet en wij verwachten dat hun gebruik van anticonceptie door de maatregel niet zal veranderen. Voor deze groep geldt dat een deel van de kosten van het pilgebruik onder het eigen risico zal vallen en dat hiervan een omgekeerd remgeldeffect uitgaat. Aangenomen wordt 10% van deze groep door pilgebruik het eigen risico alsnog volmaakt. Als de pil wordt opgenomen in het basispakket worden de kosten geschat op € 16 mln.

Kunstmatige inseminatie met donorzaak (KID) bij vrouwen zonder (mannelijke) partner vergt oriënterend fertiliteitsonderzoeken en vervolgens KID-behandelingen. Er is gerekend met ongeveer 6.000 vruchtbaarheidsbehandelingen bij lesbische of alleenstaande vrouwen per jaar. De maximumtarieven van de NZa voor oriënterend fertiliteitsonderzoeken en KID-behandelingen betroffen in 2019 respectievelijk € 320,21 en € 841,32. Indien deze behandeling wordt opgenomen in het basispakket worden de kosten daarom geschat op € 7 mln. ((€ 320,21 + € 841,32 * 6.000).

1 Gebaseerd op gegevens uit de databanken van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) en het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP).
2 Uit het eigenbetalingenmodel van het CPB.

Voor vruchtbaarheidsbehandelingen bij een gezonde donor geldt: de kosten voor eiceldonatie verschillen, afhankelijk of er een eigen donor beschikbaar is of gebruik moet worden gemaakt van een donorbank. De NZa-tarieven van de begeleiding en hormoonstimulatie bedraagt € 943,46 en de eicelpunctie € 1.135,80; bij een eigen donor gaat het in totaal dus in totaal om € 2.079. Donorbanken bepalen hun eigen tarief. Het is niet bekend hoe vaak nu gebruik wordt gemaakt van eiceldonatie.

De benodigde behandeling IVF-draagmoederschap voor paren die beide zelf de geslachtscellen aanleveren, kost € 10.000. Deze kosten zijn gebaseerd op informatie van het enige behandelcentrum dat op dit moment dit traject aanbiedt. IVF-draagmoederschap waarbij eiceldonatie komt kijken, kost € 1.000 extra en komt daarmee op € 11.000. Het is niet bekend hoe vaak gebruik wordt gemaakt van hoogtechnologisch draagmoederschap.

Overige effecten

Verzekerden zullen zelf minder kosten hoeven te maken als ze gebruik maken van vruchtbaarheidsbehandelingen bij een gezonde donor, van kunstmatige inseminatie met donorzaad (KID) bij vrouwen zonder mannelijke partner zonder medische indicatie en bij hoogtechnologisch draagmoederschap kunstmatige inseminatie met donorzaad (KID)-behandelingen.

Het opnemen van de anticonceptiepil (21+) draagt bij aan family-planning/het tegengaan van ongewenste zwangerschap. De andere maatregelen maken medische hulp toegankelijker bij gezinsvorming voor vrouwen met vruchtbaarheidsproblemen, vrouwen zonder mannelijke partner en twee homoseksuele wensvaders.

Overige opmerkingen

Maatregel **115** (Anticonceptie in basispakket) is ook gericht op vergoeding van kosten van (onder andere) de anticonceptiepil.

← **Terug naar tabel PAKKET & VERZEKERAARS**
← **Terug naar overzicht resultaten**

115 Anticonceptie in basispakket

Anticonceptiepil, anticonceptiepleister, anticonceptiering, prikpil, anticonceptiestaafje, koper- en hormoonspiraal en sterilisatie worden opgenomen in het basispakket. Er zijn twee varianten:

A. de anticonceptiemiddelen worden voor iedereen vergoed;
B. de anticonceptiemiddelen worden alleen vergoed voor vrouwen die een abortus hebben ondergaan.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: anticonceptie vergoed	60	60	60	60	60
Variant B: alleen voor vrouwen na abortus	Het budgettaire effect is lager dan de ondergrens.				
Kwalitatief effect					
De (financiële) toegankelijkheid van anticonceptiemiddelen neemt toe.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Variant A van de maatregel kan binnen één jaar worden doorgevoerd. Strikt genomen zit anticonceptie zonder medische indicatie juridisch gezien niet in het verzekerde pakket, omdat niet wordt voldaan aan het medische indicatievereiste. In het verleden is echter besloten om anticonceptie zonder indicatie voor verzekerden onder de 21 jaar expliciet op te nemen in het pakket. Het Zorginstituut heeft eerder aangegeven dat anticonceptiva geen onderdeel zouden moeten uitmaken van het verzekerde pakket, omdat geen sprake is van een behoefte aan geneeskundige zorg maar een behoefte aan family-planning.

Ook bij variant B is de rechtmatigheid van deze maatregel onzeker, vanwege het ontbreken van een medische indicatie. De maatregel kan spanning opleveren met het zelfbeschikkingsrecht van vrouwen en levert rechtsongelijkheid op met vrouwen die geen abortus hebben ondergaan. Ook vraagt deze maatregel om het uitbreiden van de ter handstellingsbevoegdheid van artsen in een abortuskliniek met een vergunning op grond van de Wet afbreking zwangerschap, om anticonceptie zelf te kunnen verstrekken. Hiervoor is een wijziging van de Regeling Geneesmiddelenwet nodig die momenteel voorbereid wordt.

Het condoom (zowel voor mannen als voor vrouwen) en het pessarium (tenzij 'op maat') wordt niet tot de anticonceptiemethoden gerekend, omdat deze vrij verkrijgbaar zijn bij de drogist.

Budgettaire effecten

Exacte cijfers zijn over hoeveel mensen in Nederland jaarlijks gebruik maken van anticonceptiemiddelen, zijn er niet. Bij variant A is verwachting is dat het opnemen van alle voorgestelde anticonceptiemiddelen in het basispakket om vele tientallen miljoenen zal gaan. Immers, sterilisatie en opname van de anticonceptiepil zal tezamen al € 48 mln. zijn.[1]

De totale kosten van deze maatregel zijn afhankelijk van diverse factoren, zoals het type (hormoonstaafje, hormoon- of koperspiraal), het merk en het soort zorgverlener dat de anticonceptie plaatst. Wel zijn er meer concrete cijfers bekend over kosten van de anticonceptiepil en sterilisatie. De kosten voor gebruik van de anticonceptiepil buiten het verzekerde pakket om, liggen jaarlijks tussen de € 20- € 30 mln.[2]

Als anticonceptie in het basispakket wordt opgenomen, geldt hiervoor het eigen risico. Naar schatting maakt ongeveer 43%[3] van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd het eigen risico vol. Die vrouwen hoeven de facto dus niets meer zelf te betalen voor hun anticonceptie. Onder deze groep zal het anticonceptiegebruik mogelijk toenemen, we schatten met 25%. De private zorguitgaven nemen af bij deze groep.

Voor de 57% vrouwen die hun eigen risico niet volmaken, verandert er niet veel. Nu betalen ze zelf voor de anticonceptie (al dan niet via de premie voor een aanvullende verzekering), straks betalen ze nog steeds zelf, maar dan in de vorm van eigen risico. Hun private zorguitgaven veranderen niet en naar verwachting zal hun gebruik van anticonceptie door de maatregel niet veranderen.

Voor mannen die zich laten steriliseren, zal ook het eigen risico gelden en geldt dezelfde redenering als voor vrouwen. Voor deze groep geldt dat een deel van de kosten van het pilgebruik onder het eigen risico zal vallen en dat hiervan een omgekeerd remgeldeffect uitgaat. Aangenomen wordt 10% van deze groep door pilgebruik het eigen risico alsnog volmaakt.

Als de pil wordt opgenomen in het basispakket worden de kosten met indexering geschat op circa € 16 mln. Voor sterilisatie geldt dat 35.000 mannen en 10.000 vrouwen zich jaarlijks laten steriliseren. De kosten hiervan bedragen € 400 voor mannen, en € 1.500 voor vrouwen. Op basis van deze getallen zouden de kosten voor opname van sterilisatie in de

1 Aanhangsel van de Handelingen, vergaderjaar 2019-2020, nr. 339 (Beantwoording vragen van het lid Ploumen over anticonceptie in Nederland).
2 Gebaseerd op gegevens uit de databanken van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) en het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP).
3 Uit het eigenbetalingenmodel van het CPB.

basisverzekering € 30 mln. bedragen.[4] Met indexering komt dit neer op € 32 mln. Beide (de pil en sterilisatie) tellen zo op tot een budgettair effect van € 60 mln. per jaar.

Bij variant B wordt de ondergrens van € 50 mln. niet gehaald. De kosten voor de plaatsing van langdurige anticonceptie komen in totaal uit op circa € 700.000 per jaar.[5]

Overige effecten

Met de maatregel wordt beoogd het aantal onbedoelde zwangerschappen terug te dringen. Dit is echter van meer factoren afhankelijk dan alleen kosteloze anticonceptie. Er is geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de maatregel. Omdat anticonceptiemiddelen (ernstige) bijwerkingen) kunnen hebben, worden meer mannen en vrouwen blootgesteld aan deze risico's.

← Terug naar tabel PAKKET & VERZEKERAARS
← Terug naar overzicht resultaten

4 Aanhangsel van de Handelingen, vergaderjaar 2019-2020, nr. 339 (Beantwoording vragen van het lid Ploumen over anticonceptie in Nederland).
5 Gebaseerd op verwachte aantallen zoals opgevraagd bij abortusklinieken en aantallen gebaseerd op Jaarrapportage 2017 van de Wet afbreking zwangerschap van de IGJ.

116 Beperken recht op kraamzorg

Het recht op kraamzorg wordt beperkt van maximaal 80 uur tot 6 uur (3 dagen, 2 uur) voor alle bevallingen en er komt een inkomensafhankelijke eigen bijdrage (variant A). In variant B wordt kraamzorg volledig uit het pakket gehaald.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: beperken recht op kraamzorg en inkomensafhankelijke eigen bijdrage	**0**	**0**	**-250**	**-250**	**-250**
w.v. lager aantal vergoede uren kraamzorg	0	0	-230	-230	-230
w.v. vermijden kraamzorg in situaties met complicaties (remgeldeffect)	0	0	-15	-15	-15
Variant B: kraamzorg volledig uit basispakket	0	0	-350	-350	-350
Kwalitatief effect					
Indien vrouwen kraamzorg gaan mijden, kan dit negatieve gevolgen hebben voor de gezondheid van moeder en kind; risico dat vrouwen na bevalling langer in ziekenhuis verblijven.					

Uitvoering en haalbaarheid

Nu kan een verzekerde aanspraak maken op kraamzorg gedurende ten hoogste tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling. Dat is geregeld in artikel 2.11 van het Besluit Zorgverzekering. Het gemiddelde aantal uren kraamzorg is 49 uur en het maximum 80 uur. Tijdens het intakegesprek wordt het aantal uren kraamzorg vastgelegd. Uitbreiding van uren is mogelijk bij complicaties.

Voor variant A moet de huidige Zvw aangepast worden, omdat deze geen inkomensafhankelijke bijdrage kent. Ook moet worden bepaald wie de hoogte van de eigen bijdrage vaststelt aan de hand van de inkomensgegevens. Als zorgverzekeraars vanwege hun privaatrechtelijke status geen beschikking kunnen krijgen over inkomensgegevens zal een andere instantie de hoogte moeten vaststellen (bijvoorbeeld het CAK).

Daarnaast moet het landelijke Indicatieprotocol worden aangepast aan het nieuwe maximum van zes uur kraamzorg. Voor de eigen bijdrage zal in het Besluit Zorgverzekering moeten worden opgenomen dat de hoogte daarvan bij ministeriële regeling wordt bepaald op basis van het inkomen van de verzekerde. Vooral dit inkomensafhankelijke deel van de maatregel maakt de invoering complex. Voor de invoering van de maatregel is minimaal drie jaar nodig.

Budgettaire effecten

De uitgaven aan kraamzorg bedragen in 2019 circa € 328 mln. voor ca. 160.000 verzekerden. In prijspeil 2021 betekent dat € 354 mln. en in variant B bespaar je dit bedrag. Voor de berekening van variant A wordt uitgegaan van het gemiddelde aantal uren kraamzorg van 49 uur. Zonder complicaties daalt het aantal uren kraamzorg van gemiddeld 49 uren kraamzorg naar 6 uren. De overige uren komen voor eigen rekening.

Dit betekent dat de maximale opbrengst van variant A van deze maatregel (43/49ste deel van € 354 mln.) circa € 310 mln. bedraagt, nog los van een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Het effect van de inkomensafhankelijke variant is verwaarloosbaar omdat er slechts recht bestaat op 6 uur kraamzorg: per bevalling gaat dat om € 270.

Als er bij 25% van de bevallingen sprake is van complicaties en het aantal uren kraamzorg in die situaties gehandhaafd blijft op 49 uur, bedraagt de besparing 75% van € 310 mln. is circa € 233 mln. Maar omdat de inkomensafhankelijke bijdrage ertoe kan leiden dat vrouwen bij complicaties alsnog afzien van extra uren kraamzorg, zal het budgettaire effect groter zijn. We rekenen hier met 20% van deze groep met complicaties die afziet van extra uren kraamzorg (remgeldeffect). De totale besparing van variant A wordt dan € 233 mln. + € 15 mln. = € 248 mln.

De invoering van inkomensafhankelijke eigen bijdragen in de kraamzorg (variant A) brengt transitiekosten teweeg. Deze kosten zijn echter beperkt en zijn daarom niet gekwantificeerd.

Overige effecten

Kraamzorg heeft ook een preventieve taak. Het risico bestaat dat vrouwen, vooral uit de lagere inkomens, kraamzorg gaan mijden vanwege de kosten. De gezondheid van moeder en kind kan eronder leiden als complicaties of bijvoorbeeld het niet voldoende groeien van de baby niet snel wordt opgemerkt. Daarnaast kunnen vrouwen door de kraamzorg thuis sneller ontslagen worden uit het ziekenhuis. Het wegvallen van of het verminderen van het aantal uren kraamzorg kan ertoe leiden dat vrouwen na bevalling langer in ziekenhuis verblijven.

← **Terug naar tabel PAKKET & VERZEKERAARS**
← **Terug naar overzicht resultaten**

117 Langdurige wijkverpleging vervalt als aanspraak in het basispakket Zvw

De aanspraak wijkverpleging wordt beperkt tot de kortdurende zorg. Deze wordt met name verstrekt na een ziekenhuisopname. De kosten van langdurige wijkverpleging draagt de burger voortaan zelf of hij verzekert zich hiervoor. Mensen die op jonge leeftijd een beperking krijgen (Wajongers) houden wel aanspraak op langdurige wijkverpleging. Verder geldt er een overgangstermijn voor bestaande cliënten. Omdat een deel van de cliënten ook in aanmerking zou komen voor Wlz-zorg of gemeentelijke ondersteuning, worden de betreffende budgetten verhoogd met € 500 en € 800 mln.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Langdurige wijkverpleging	**0**	**0**	**-460**	**-950**	**-1.900**
w.v. uitgaven wijkverpleging	0	0	-800	-1.600	-3.200
w.v. uitgaven Wlz	0	0	130	250	500
w.v. uitgaven gemeenten	0	0	200	400	800
Kwalitatief effect					
Mogelijk gaan cliënten minder zorg gebruiken met negatief effect op de gezondheid; de kosten voor cliënten kunnen oplopen als zij zich niet aanvullend (kunnen) verzekeren.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Wijkverpleging is nu onderdeel van het basispakket Zvw. Zorgverzekeraars kopen deze zorg in. Aanbieders indiceren en leveren de zorg. Langdurige wijkverpleging is voor een groot deel van de mensen voorzienbaar. Het gebruik concentreert zich bovendien bij de hogere leeftijdsklassen.

Verwijdering van de langdurige wijkverpleging uit het basispakket is een pakketwijziging. Zulke wijzigingen kunnen elk jaar worden doorgevoerd. Verzekeraars moeten echter ook tijd krijgen om aanvullende verzekeringen op de markt te brengen. We gaan uit van een implementatietijd van twee jaar.

Budgettaire effecten

In 2019 was voor de wijkverpleging € 4,02 mld. beschikbaar, waarvan € 3,33 mld. voor langdurige wijkverpleging. We gaan er vanuit dat 10% hiervan bij Wajongers neerslaat. De besparing is dan € 3,00 mld. Rekening houdend met de nominale groeivoet komt dit neer op 3,24 mld.

Om de verwachte instroom van 10% van de doelgroep in de Wlz te compenseren, wordt de contracteerruimte Wlz verhoogd met structureel € 500 mln. Hierbij is uitgegaan van 200.000 cliënten en meerkosten van gemiddeld € 25.000 per jaar.

Verder is aangenomen dat ongeveer de helft van de resterende cliënten met succes een beroep kan doen op Wmo en/of bijzondere bijstand. Deze compensatie zou niet 100% maar ongeveer 75% kunnen zijn. Daarom wordt het budget voor de gemeentelijke regelingen verhoogd met structureel € 0,8 mld. Voor preciezere inschattingen is aanvullend onderzoek nodig.

Overige effecten

Voor de groepen die geen beroep kunnen doen op gemeentelijke ondersteuning of op de Wlz zijn de gevolgen groot. De gemiddelde kosten voor langdurige wijkverpleging zijn circa € 5.100 per jaar. Een deel van de mensen zal zich aanvullend willen verzekeren en/of de zorg zelf financieren uit spaargeld of door te besparen op andere uitgaven. Anderen zullen terugvallen op mantelzorg.

Het is niet zeker of er voor deze zorgcategorie een verzekeringsmarkt van voldoende omvang tot stand zal komen. Een grote groep mensen zal zich niet verzekeren, omdat zij de kans dat ze op korte termijn zorg nodig hebben, onderschatten. Voor de relatief kleine groep die zich wel aanvullend wil verzekeren, zal een verzekering daarom relatief duur en dus minder toegankelijk zijn.

Afhankelijk van de zorgvraag in de nieuwe situatie passen aanbieders hun aanbod en marketing aan. De totale zorgvraag daalt, daardoor ontstaat op korte termijn sterkere concurrentie. Door de hoge prijsgevoeligheid van de particuliere zorgvraag ontstaat druk op de prijs voor langdurige wijkverpleging.

Overige opmerkingen

Er is sprake van interactie met maatregel 135 (De wijkverpleging naar de Wet langdurige zorg), 33 (Tarieven en prestaties wijkverpleging standaardiseren) en 68 (Invoeren eigen bijdrage voor wijkverpleging).

← Terug naar tabel PAKKET & VERZEKERAARS
← Terug naar overzicht resultaten

6.1.6 PREVENTIE

Nr	Naam
118	Voorlichting risicogedrag bij pubers in het voortgezet onderwijs
119	Zorgteams op alle scholen
120	Meer contactmomenten met consultatiebureau en/of schoolarts om gezonde voeding te stimuleren
121	Warme, gezonde lunch voor kinderen op voor- en basisschool
122	Gratis groente en fruit op de basisschool
123	Sportstimulering via gemeenten
124	Leefstijlinterventies gericht op mensen met overgewicht en/of diabetes type 2
125	Duurzame inzetbaarheid van werknemers verder stimuleren
126	Persoonlijke Gezondheidscheck
127	Preventie van hart- en vaatziekten met de polypil
128	Valpreventie bij 65-plussers
129	Nationaal preventiefonds
130	Totaalverbod alcoholreclame
131	Voorkomen en vroegtijdige signalering van huidkanker

118 Voorlichting risicogedrag bij pubers in het voortgezet onderwijs

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) krijgt als nieuwe taak voorlichting geven over medische preventie in het voortgezet onderwijs met drie extra contactmomenten. Extra financiële middelen komen hiervoor ter beschikking.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto- collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**0**	**50-PM**	**50-PM**	**50-PM**
w.v. kosten van drie extra contactmomenten met JGZ	0	0	50	50	50
w.v. opbrengst van extra contactmomenten met JGZ	0	0	-PM	-PM	-PM
Kwalitatief effect					
Ruim 900.000 jongeren krijgen meer inzicht in betere gezondheidsvaardigheden.					

Uitvoering en haalbaarheid

De nieuwe taak wordt opgenomen in het Basispakket JGZ, door een aanpassing van het Besluit publieke gezondheid. De JGZ neemt al deel aan het ondersteuningsnetwerk en biedt nu twee contacten aan in het voortgezet onderwijs. Met deze maatregel neemt dit aantal toe tot vijf. De JGZ normaliseert de zorg van jongeren en ouders over veel voorkomende problemen en vragen die bij de ontwikkeling horen. Hiermee voorkomt de JGZ onnodig beslag op de medische en psychiatrische zorg. Indien medicatie of medische zorg nodig is, verwijst de JGZ alsnog door naar de eerste- of tweedelijnszorg.

In het aan te passen Besluit publieke gezondheid moet een duidelijke definitie komen voor de nieuwe taak van de JGZ: 'voorlichting medische preventie in brede zin', als basis voor de drie extra contactmomenten. Deze wijziging kost een jaar.

Het basispakket JGZ wordt uitgevoerd door JGZ-organisaties in opdracht van de gemeente. Hoe dit pakket wordt aangeboden is per ontwikkelingsfase van het kind vastgelegd in het Landelijk Professioneel Kader (LPK). Het LPK is ontwikkeld door het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid in samenwerking met branche- en beroepsorganisaties, de VNG, de IGJ en het Rijk. Voor het opnemen van extra contactmomenten in het LPK voor een specifieke leeftijdscategorie met een specifieke insteek is afstemming nodig met genoemde partijen. Hiervoor zal het Rijk bestuurlijke afspraken moeten maken. Het bestuurlijk overleg/implementatietraject neemt tenminste een jaar in beslag. In totaal vraagt de invoering dus zeker twee jaar.

Door de uitbreiding naar vijf contactmomenten in het voortgezet onderwijs wordt de inzet van de JGZ in deze levensfase geïntensiveerd. Uit de huidige praktijk blijkt dat extra contactmomenten niet altijd hoeven te leiden tot fysieke contacten. Ze kunnen ook digitaal worden ingevuld. De extra contactmomenten zullen de druk op de krappe arbeidsmarkt vergroten, die al langer bestaat ondanks inspanningen om meer artsen met het profiel jeugd op te leiden. Dit kan leiden tot vertraging van de implementatie in gemeenten. Hiermee is bij de berekeningen van de effecten in de tabel geen rekening gehouden.

Budgettaire effecten

Voor de berekening zijn de kosten van het extra contactmoment voor adolescenten in 2013 (€ 15 mln.) geïndexeerd naar 2021. Eén extra contactmoment zal dan ruim € 18 mln. gaan kosten. De kosten voor drie contactmomenten bedragen dan afgerond € 50 mln.

De financiële opbrengsten zijn onzeker. Uit een eerder onderzoek naar de kosteneffectiviteit van de JGZ in 2012 blijkt dat de investeringen in de JGZ financieel kunnen renderen.[1] Er zijn echter vooralsnog geen opbrengsten bekend van het invoeren van een extra contactmoment met deze invulling. ZonMw heeft een evaluatie verricht van het in 2013 ingevoerde tweede contactmoment. De resultaten hiervan worden in de tweede helft van 2020 verwacht.[2]

Overige effecten

Door de invoering van drie extra contactmomenten voor de JGZ krijgen ruim 900.000 jongeren betere kennis en inzicht in gezondheidsvaardigheden. Als het weten ook leidt tot doen, zal dit leiden tot een gezonder leeftijdscohort.

Overige opmerkingen

Er is sprake van overlap met maatregel **119** (Zorgteams op alle scholen) en maatregel **120** (Meer contactmomenten met consultatiebureau en/of schoolarts om gezonde voeding te stimuleren).

← **Terug naar tabel PREVENTIE**
← **Terug naar overzicht resultaten**

1 https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/kennisbank/publicaties/?kosteneffectiviteit-van-de-jeugdgezondheidszorg&kb_id=10386
2 https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/jeugd/programmas/project-detail/versterking-uitvoeringspraktijk-jeugdgezondheidszorg/evalueren-van-het-extra-contactmoment-voor-adolescenten/

119 Zorgteams op alle scholen

Er komt een financiële stimulans van € 50 mln. voor zorgteams in het basis- en voortgezet onderwijs. Het Rijk maakt hierover bestuurlijke afspraken met gemeenten en het primair en voortgezet onderwijs om per school een zorgteam in te zetten en past hiervoor het Besluit publieke gezondheid aan en zo nodig de Jeugdwet.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**0**	**50+PM**	**50+PM**	**50+PM**
w.v. kosten van extra inzet zorgteams	0	0	50	50	50
w.v. effect op zorggebruik	0	0	PM	PM	PM
Kwalitatief effect					
Vroegsignalering en preventie op alle scholen.					

Uitvoerbaarheid & Haalbaarheid

De huidige wetgeving biedt ruimte aan gemeenten en scholen om bestuurlijke afspraken te maken over de inzet van een zorgteam per school. Een aantal gemeenten gebruikt de bestaande middelen al om in te zetten op deze zorgteams. Het voorliggende voorstel voegt financiële middelen toe aan het gemeentefonds en geeft een belangrijke financiele stimulans aan alle gemeenten. De overheveling van middelen en het maken van de bestuurlijke afspraken vraagt circa een jaar.

Als de bestuurlijke afspraken onvoldoende leiden tot inzet van zorgteams bij alle scholen, kan dit ook meer verplichtend wettelijk geregeld worden door opname in het Besluit publieke gezondheid. Als zorgteams ook zelf zorg moeten verlenen, moet mogelijk ook de Jeugdwet aangepast worden. Mogelijk moet ook de onderwijswetgeving worden aangepast om scholen te verplichten mee te werken.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de uitvoering van de Wet publieke gezondheid en de Jeugdwet en kan de minister van VWS een signaal geven als gemeenten de zorgteams niet zouden opzetten. Deze kan in het ergste geval wegens taakverwaarlozing ingrijpen. Daarnaast oefent de gemeenteraad controle uit.

Het opnemen van een dergelijke verplichting gaat in tegen de beleidsvrijheid van gemeenten. Een wetswijziging aanvullend op de bestuurlijke afspraken zal naar schatting twee jaar vragen. Hier is in de tabel met effecten van uitgegaan.

Ook het inrichten van de zorgteams door gemeenten zal tijd vergen, omdat zij hierover afspraken moeten maken met de ruim 8.000 scholen in het basis- en voortgezet onderwijs. Elk zorgteam bestaat uit vier professionals: pedagoog, psycholoog, jeugdzorgmedewerker en een coördinator. Zij leggen zich in samenwerking met leraren en ouders en de intern begeleider vanuit school toe op vroegsignalering en preventie. Bij het samenstellen van de zorgteams moet rekening worden gehouden met krapte op de arbeidsmarkt. Ook kan het zo zijn dat scholen andere prioriteiten hebben dan het faciliteren van een zorgteam. Dit kan de implementatie vertragen; hiermee is in bovenstaande tabel geen rekening gehouden.

Budgettaire effecten

Voor de berekening is ervan uitgegaan dat de vier professionals van het zorgteam gemiddeld op jaarbasis in 2021 € 92.000 kosten. Van hun werkmaand van 173 uur besteden zij drie uur per school, verdeeld over twee dagdelen. De kosten per school bedragen daarmee € 6.400. Uit 'www.onderwijsincijfers.nl' blijkt, dat er in 2018 6.739 basisscholen waren en 1.454 scholen in het voortgezet onderwijs. De totale investeringskosten voor een zorgteam op elke school komen uit op afgerond € 50 mln., die worden toegevoegd aan het gemeentefonds.

Opbrengsten van de maatregel zijn denkbaar als er sprake is van een goed functionerend zorgteam met voldoende aandacht voor de kinderen. Problemen kunnen dan eerder onderkend worden, zodat er op termijn minder beroep wordt gedaan op de jeugdzorg en jeugd GGD. Er is echter ook het risico dat de kosten toenemen, zoals zich heeft voorgedaan bij inzet van wijkteams in de Wmo door gemeenten.[1] Als een zorgteam onvoldoende zelf hulp kan bieden, ontstaat mogelijk een opdrijvend effect op het beroep op (lichte) hulp.

Uit een pilot in het speciaal basisonderwijs blijkt dat de inzet van een zorgteam dat ook daadwerkelijk hulp kan verlenen in school (dus niet alleen vroegsignalering en preventie) over een periode van tweeëneenhalf jaar een halvering liet zien van doorverwijzingen naar de jeugd ggz en 20% minder inzet van zwaardere jeugdzorg.[2] Vooralsnog is er geen evidentie dat dit zich ook voordoet op andere scholen voor speciaal onderwijs of wat de effecten zouden zijn in het reguliere basis- en voortgezet onderwijs. Ook is onbekend of twee keer een dagdeel van anderhalf uur in de maand voldoende is om positieve effecten te behalen. Om die reden zijn de opbrengsten onbekend.

1 https://www.cpb.nl/de-wijkteambenadering-nader-bekeken
2 https://www.poraad.nl/nieuws-en-achtergronden/jeugdhulp-in-de-school-leren-van-almere

Overige opmerkingen

Er is sprake van interactie met maatregel **118** (Voorlichting risicogedrag bij pubers in het voortgezet onderwijs) en maatregel **120** (Meer contactmomenten met consultatiebureau en/of schoolarts om gezonde voeding te stimuleren). De beleidsopties overlappen deels.

← **Terug naar tabel PREVENTIE**
← **Terug naar overzicht resultaten**

120 Meer contactmomenten met consultatiebureau en/of schoolarts om gezonde voeding te stimuleren

Er komen extra financiële middelen om de inzet van jeugdgezondheidszorg (JGZ) te intensiveren met drie contactmomenten gericht op advies over gezonde voeding om overgewicht tegen te gaan.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**50-PM**	**50-PM**	**50-PM**	**50-PM**
w.v. kosten drie contactmomenten gericht met JGZ gericht op gezonde voeding	0	50	50	50	50
w.v. effect van drie contactmomenten met WJZ	0	-PM	-PM	-PM	-PM
Kwalitatief effect					
Meer aandacht voor gezonde voeding en het voorkomen van overgewicht van 0- tot 18-jarigen.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Gemeenten hebben de verantwoordelijkheid om aan alle kinderen en jeugdigen van 0-18 jaar jeugdgezondheidszorg aan te bieden. Op basis van het huidige Landelijk Professioneel Kader kunnen in totaal flexibel twintig contactmomenten worden ingezet. Flexibel betekent dat, als het goed gaat met een jeugdige en het gezin, kan worden volstaan met minder contactmomenten. Wanneer nodig kan uitbreiding plaatsvinden, bijvoorbeeld om extra aandacht te geven aan gezonde voeding in een situatie van overgewicht.

Het extra element van deze maatregel is dat iedereen tussen 0-18 jaar drie contactmomenten krijgt die specifiek gericht zijn op gezonde voeding. Dit wijkt af van de gebruikelijke flexibele systematiek van het professioneel kader. Hierover zal bestuurlijk overleg met de sector moeten plaatsvinden, zodat deze overgaat tot aanpassing van het Landelijk Professioneel Kader.

In het bestuurlijk overleg zal verduidelijkt moeten worden wat de meerwaarde is ten opzichte van de huidige praktijk. Mogelijk zal de sector om nader onderzoek vragen ter onderbouwing van de effectiviteit van meer contactmomenten. Afhankelijk van het verloop van het bestuurlijk overleg zal aanpassing van het kader in ieder geval één jaar kosten.

De implementatie en uitrol zal door de krappe arbeidsmarkt niet in alle gemeenten even snel kunnen verlopen. Op het terrein van JGZ is de vraag naar arbeidskrachten al jarenlang groter dan de instroom. Hiermee is bij de berekeningen van de effecten in de tabel geen rekening mee gehouden.

Budgettaire effecten

Voor de berekening zijn de kosten van het extra contactmoment voor adolescenten in 2013 geïndexeerd naar 2021. Eén extra contactmoment zal dan ruim € 18 mln. gaan kosten. De kosten voor drie contactmomenten bedragen afgerond € 50 mln.

De financiële opbrengst van de drie extra contactmomenten is onzeker, omdat nu reeds aandacht is voor gezonde voeding en overgewicht en die met deze maatregel wordt geïntensiveerd. Uit een eerder onderzoek naar de kosteneffectiviteit van de JGZ in 2012 blijkt dat de investeringen in de JGZ financieel renderen.[1] Of het rendement toeneemt met drie extra contactmomenten specifiek gericht op gezonde voeding, is niet bekend.

Overige opmerkingen

Er is sprake van overlap met maatregel **118** (Voorlichting risicogedrag bij pubers in het voortgezet onderwijs) en maatregel **119** (Zorgteams op alle scholen).

← **Terug naar tabel PREVENTIE**
← **Terug naar overzicht resultaten**

1 https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/kennisbank/publicaties/?kosteneffectiviteit-van-de-jeugdgezondheidszorg&kb_id=10386

121 Warme, gezonde lunch voor kinderen op voor- en basisschool

Kinderen op voor- en basisscholen krijgen tijdens de lunchpauze een warme, gezonde lunchmaaltijd, die voldoet aan de richtlijnen van het Voedingscentrum. De rijksoverheid zorgt voor het regisseren, het uitvoeren en financieren van deze lunchmaaltijden.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro (a)	**0**	**0**	**0**	**0**	**PM**
w.v. kosten voor aanpassingen om op locatie warme lunchmaaltijden te bereiden	0	0	0	0	+PM
w.v. effect op vermindering overgewicht en samenhangend zorggebruik	0	0	0	0	-PM
Kwalitatief effect					
Alle basisschoolleerlingen krijgen een warme, gezonde lunch.					

(a) Een aantal aanzienlijke kostenposten van deze maatregel, waaronder de kosten van een warme, gezonde lunch à € 960 mln. per jaar, valt buiten de netto-collectieve zorguitgaven.

Uitvoering & Haalbaarheid

Op dit moment beslist de school zelf hoe zij de lunchpauzes indelen. Tussenschoolse opvang, een continurooster of thuis lunchen zijn hierbij de mogelijkheden. Bij een lunch op school brengt ieder kind zelf lunch mee. Dit is in de meeste gevallen een broodmaaltijd. Met de komst van deze maatregel lunchen kinderen per definitie op school, waar zij een warme, gezonde maaltijd krijgen. De kosten hiervan betaalt de overheid.

In Limburg wordt op een aantal scholen al een paar jaar een gezonde lunch aangeboden, al gaat het hier niet om een warme lunch. Gemeente en provincie financieren deze. Dit past binnen de huidige juridische kaders, mede omdat de maatregel niet intervenieert met het onderwijs. De lunchpauze wordt hier beschouwd als extra onderdeel op de huidige schooldag. Voorlopige resultaten laten zien dat de inzet van gezonde lunches met name in combinatie met meer beweegaanbod een positief effect heeft.[1]

1 https://www.degezondebasisschoolvandetoekomst.nl/

De voorgestelde maatregel, waar het specifiek gaat om warme lunches, vergt de nodige praktische aanpassingen. Dan gaat het om een geschikte keuken, goed personeel en de juiste inkoop. Er zijn twee mogelijkheden: maaltijden worden kant-en-klaar op school bezorgd, of maaltijden worden op school gemaakt. De laatste optie zal vanzelfsprekend de meeste aanpassingen en tijd vragen. Afhankelijk van de gekozen uitvoering zal het totale proces vier tot vijf jaar duren.

Budgettaire effecten

De maatregel heeft een permanent effect op de rijksbegroting. Aan de hand van de lopende onderzoeken is de volgende raming opgesteld: de kosten van de warme lunches per persoon (maximaal € 4) maal het aantal lunchmomenten per week (4) maal het aantal schoolweken (40) maal het aantal voor- en basisschoolkinderen (1,5 miljoen) levert een totale kostenpost op van € 960 mln. per jaar. Het gaat hierbij niet om netto-collectieve zorguitgaven.

Daarnaast moeten er, afhankelijk van de gekozen uitvoering, kosten gemaakt worden voor de fysieke aanpassing van scholen. In 2018 waren er 6.202 basisscholen in Nederland. Het is onduidelijk hoeveel van deze scholen op locatie warme lunchmaaltijden willen gaan bereiden. Dat brengt extra kosten met zich mee, zoals de aanschaf van een nieuwe professionele keuken (inclusief ovens, magnetrons, koel/opslagruimte, etc.) en extra personeel om de maaltijden te bereiden. De kosten hiervan zijn niet in te schatten aangezien het om lokaal maatwerk zal gaan.[2] Bovendien zal er vermoedelijk ook inspectie nodig zijn om te kijken of hygiëneregels worden nageleefd.

Effecten zijn er vanzelfsprekend als de warme, gezonde lunch wordt vergeleken met een low-budgetlunch die bestaat uit *high processed, high calorie foods* (Belot & James, 2011), of in relatie tot helemaal geen lunch (Müller et al, 2013). Maar verschil in effect tussen een warme gezonde lunch op school en een meegenomen broodmaaltijd kennen we nog niet. Het is daarom onbekend of en hoeveel de maatregel zal bijdragen aan een daling van overgewicht en/of obesitas en daarmee een daling van de zorguitgaven. Daarmee blijven de mogelijke baten van de maatregel nog onbekend. Daarom is voor het totale budgettaire effect PM vermeld.

2 Deze transitiekosten vallen niet onder de netto-collectieve zorguitgaven.

Overige effecten

RIVM geeft aan dat de effecten in Limburg veel meer veroorzaakt lijken te worden door het totaal aan maatregelen (whole-school approach). Deze benadering heeft effect op zaken zoals minder pesten, kinderen lijken beter in hun vel te zitten, etc. Ook wordt verwacht dat de maatregel bijdraagt aan extra rust voor ouders, minder stress voor het klaarmaken van het avondeten en meer aandacht voor kinderen.

Overige opmerkingen

Het Ministerie van VWS laat onderzoek doen naar de basisscholen in Limburg waar de gezonde lunch deel uitmaakt van een totaal aan maatregelen (*whole-school approach*). Het onderzoek vergelijkt verschillende scenario´s en kijkt naar inhoudelijke effectiviteit, praktische uitvoerbaarheid en betaalbaarheid. De resultaten van dit onderzoek worden najaar 2020 verwacht.

Terug naar tabel PREVENTIE
Terug naar overzicht resultaten

122 Gratis groente en fruit op de basisschool

Er wordt een maatregel ingevoerd waardoor alle basisschoolleerlingen gratis groente en fruit kunnen consumeren wanneer zij op school zijn.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**40+PM**	**40+PM**	**45+PM**	**45+PM**	**45+PM**
w.v. kosten groente en fruit	40	40	45	45	45
w.v. effect op vermindering overgewicht en samenhangend zorggebruik	PM	PM	PM	PM	PM
Kwalitatief effect					
Gezonder eetpatroon bij kinderen.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Voor de uitwerking van deze maatregel nemen we als basis het bestaande EU-schoolfruitprogramma. Dit programma wordt nationaal uitgevoerd via een aanbestedingsprocedure. De Rijksdienst voor Ondernemend Nederland (RVO) voert de huidige regeling uit in opdracht van het Ministerie van LNV. Scholen kunnen zich 1x per schooljaar inschrijven voor het EU-schoolfruitprogramma. Ze krijgen dan een half jaar 3x per week fruit en groenten. Dit is dus niet dekkend voor het hele jaar en ook niet voor elke dag. Niet alle scholen doen eraan mee: in het schooljaar 2017/2018 ongeveer een derde. Het EU-programma heeft een looptijd van zes jaar (tot en met 2023). Verlenging na 2023 is onzeker.

Om alle basisscholen te bereiken en de scholen geen half jaar maar het hele jaar door deel te laten nemen, voegt het Ministerie van VWS in jaar 1 en 2 middelen toe aan dit EU-programma. Een dergelijke constructie is al mogelijk bij deze regeling, maar het Rijk legt momenteel niet bij. Voor jaar 3 en 4 en het structurele effect gaan we er niet vanuit dat dit EU-programma nog bestaat, maar wordt een nationale subsidieregeling ingesteld conform de al uitgewerkte regels en randvoorwaarden binnen dit EU-programma en de al lopende nationale aanbestedingsprocedure. De regeling kan daarna organisatorisch worden ingebed, bijvoorbeeld in de structuur van het Gezonde School-programma. Door het bestaan van het EU-programma en de Gezonde School, is geen transitieperiode nodig.

Budgettaire effecten

De maatregel heeft een permanent effect op de rijksbegroting. Aan de hand van het bestaande EU-schoolfruitprogramma is de volgende raming opgesteld: in schooljaar 2017/2018 subsidieerde de EU € 7,2 mln.[1] aan Nederlandse scholen, waarmee eenderde van de scholen werd bereikt voor een half jaar. Om alle scholen het hele schooljaar door te bereiken, moet dit bedrag voor jaar 3 en 4 (wanneer het EU-programma niet meer loopt) verdrievoudigd en vervolgens verdubbeld worden. Voor jaar 1 en 2 geldt de EU-bijdrage nog wel, waardoor we voor jaar 1 en 2 € 7,2 mln. kunnen aftrekken van het benodigde bedrag in jaar 3 en 4. Deze bedragen zijn opgehoogd naar 2021.

Er kunnen geen besparingen worden toegerekend aan deze maatregel, ook niet op lange termijn. Een review en meta-analyse van beleid gericht op de gezonde schoolomgeving concludeert namelijk dat er geen eenduidig beeld bestaat over de effecten op de incidentie van overgewicht, obesitas en aanverwante ziekten. De evaluatiestudies zijn doorgaans namelijk te kort zijn om dergelijke effecten zichtbaar te maken.[2] De mogelijk opbrengsten zijn dus onduidelijk (PM).

Overige effecten

Studies naar beleid gericht op de gezonde schoolomgeving concluderen dat dergelijk beleid het eetpatroon van kinderen gezonder kan maken.[3]

Overige opmerkingen

Er is een interactie-effect met maatregel **121** (Warme, gezonde lunch voor kinderen op voor- en basisschool). Want wanneer er een warme gezonde lunch beschikbaar wordt gesteld, hoeven er bijvoorbeeld ook minder snoepkomkommertjes uitgedeeld te worden.

De EU houdt jaarlijks bij hoeveel basisschoolleerlingen bereikt worden in het EU- schoolfruitprogramma.[4] Mocht deze maatregel ingevoerd worden, dan kan de geactualiseerde versie van het bereik zoals hierin wordt gerapporteerd worden gebruikt om de inschatting van het budgettair effect bij te stellen.

Terug naar tabel PREVENTIE
Terug naar overzicht resultaten

1 https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/food-farming-fisheries/key_policies/documents/nl-school-scheme-monitoring-report_en.pdf
2 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5875768/
3 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5875768/
4 https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/food-farming-fisheries/key_policies/documents/nl-school-scheme-monitoring-report_en.pdf

123 Sportstimulering via gemeenten

Er wordt € 50 mln. in het gemeentefonds gestort, waarmee gemeenten sport en bewegen kunnen stimuleren. In bestuurlijke afspraken wordt de besteding van dit geld geregeld, te weten aan buurtsportcoaches (€ 15 mln.), aan leefstijlinterventie in achterstandswijken (€ 30 mln.) en aan het Jeugdfonds Sport en Cultuur (€ 5 mln.).

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**-PM+50**	**-PM+50**	**-PM+50**	**-PM+50**	**-PM+50**
w.v. extra middelen voor sportstimulering	50	50	50	50	50
w.v. effect sportstimulering	-PM	-PM	-PM	-PM	-PM
Kwalitatief effect	Meer gezonde levensjaren en kwaliteit van leven.				

Uitvoering en haalbaarheid

In recente jaren zijn al diverse programma's voor sportstimulering gestart. Met het nationaal Sportakkoord wordt al ingezet op lokale stimulering van sport en bewegen. Hierbij betrokken zijn gemeenten, sportverenigingen, scholen, ongeorganiseerd sportaanbod en zorg en welzijn. Zo zijn er inmiddels meer dan 340 gemeenten aan de slag met een lokaal sportakkoord en een sportformateur. Het Rijk ondersteunt dit via een decentrale uitkering aan gemeenten.

Buurtsportcoaches zijn al in bijna alle gemeenten actief, gefinancierd met een decentralisatie-uitkering (DU) in het gemeentefonds, die tot en met 2022 is vastgesteld. Na deze periode moet bekeken worden wat het best passende financiële instrument is. De buurtsportcoachregeling wordt divers ingezet: voor laagdrempelig sporten door minima, migranten of ouderen, maar ook voor vakleerkrachten binnen het onderwijs.

De gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) wordt sinds 2019 aangeboden aan volwassenen met overgewicht of obesitas en vergoed vanuit de Zvw (Zorgverzekeringswet). De kosten van het onderdeel bewegen worden echter door deelnemers zelf gedragen.

Het Jeugdfonds Sport & Cultuur betaalt contributie of het lesgeld voor kinderen en jongeren uit gezinnen waar te weinig geld is voor sport, muziekles, dans, zwemmen of een andere sportieve of creatieve les. Aanvragen voor een bijdrage worden gedaan door een intermediair: een leerkracht, buurtsportcoach, sociaal wijkteam of schuldhulpverlener. Het Jeugdfonds Sport en Cultuur is een publiek-privaat fonds dat mede door het Rijk (SZW

en OCW) wordt gefinancierd. Binnen het Sportakkoord is de leeftijdsgrens verlaagd, zodat ook gezinnen met peuters kunnen participeren in sport en cultuur.

De maatregel om extra te investeren in sportstimulering door gemeenten is praktisch uitvoerbaar, maar hierbij is een kanttekening nodig: aan een storting via een algemene uitkering in het gemeentefonds kunnen geen specifieke bestedingsvoorwaarden gekoppeld worden. Die moeten apart geregeld worden in bestuurlijke afspraken.

Er zijn ook alternatieven voor een storing in de algemene uitkering. Dit kan een decentralisatie- uitkering zijn, een specifieke uitkering (met hogere uitvoeringslasten), óf een aanpassing van de Wet publieke gezondheid om daar sport en bewegen in onder te brengen. De extra bijdrage aan het Jeugdfonds Sport en Cultuur is ook te realiseren door de huidige subsidie te verhogen in combinatie met een specifieke opdracht.

Budgettaire effecten

Afgezien van het extra stimuleringsgeld zijn er geen betrouwbare gegevens om de budgettaire effecten van de maatregel te bepalen. Zo is op basis van recente onderzoeken over de buurtsportcoach niet te kwantificeren hoeveel mensen zij extra aan het bewegen krijgen. Wel is duidelijk dat dit instrument een succes is bij de praktische uitvoering van lokaal sportbeleid, getuige de 60% cofinanciering vanuit gemeenten en de 98% aan gemeenten die met een buurtsportcoach werken.[5]

Aan het Jeugdfonds Sport en Cultuur namen in 2019 in totaal 236 gemeenten deel, waarbij er 86.946 kinderen de kans kregen een sport te beoefenen en 12.989 kinderen een creatieve hobby konden uitoefenen zoals dans, muziek en schilderen.[6]

Hoewel de effecten van de sportstimulering door gemeenten op de zorguitgaven onbekend zijn, valt er toch een indicatie te geven van positieve budgettaire effecten. Uit onderzoek blijkt dat sporten en bewegen over een heel mensenleven tot een gemiddelde besparing op zorguitgaven van € 1.000-6.000 leidt. Daarnaast is de positieve impact op zorguitgaven voor jongeren kleiner dan voor ouderen. Dit komt doordat veel aandoeningen zich pas op latere leeftijd aandienen.

Het effect van sporten en bewegen op de levensverwachting heeft een gemiddelde contante waarde van circa € 500-3.000. Tegenover deze baten staat dat sporten en bewegen ook leidt tot blessures, met een negatieve gemiddelde contante waarde van € 500-1.000.[7]

5 Buurtsportcoach monitor.
6 Jeugdfonds sport en cultuur.
7 Ecorys onderzoek, 2017.

Overige effecten

Voldoende sport en beweging van kinderen, jongeren en volwassenen draagt bij aan een vitale samenleving en daarmee het tegengaan van overgewicht en andere chronische aandoeningen.

← Terug naar tabel PREVENTIE
← Terug naar overzicht resultaten

124 Leefstijlinterventies gericht op mensen met overgewicht en/of diabetes type 2

Het verzekerd pakket wordt uitgebreid met verschillende leefstijlinterventies. Het gaat daarbij om curatieve leefstijlprogramma's en demedicalisering, en het voor alle patiënten beschikbaar stellen van interventies als Keer Diabetes 2 Om (KD2O) en Nationale Diabetes Challenge (NDC).

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**0**	**0**	**-PM+20**	**-PM+25**
w.v. kosten leefstijlinterventies	0	0	0	20	25
w.v. effect leefstijlinterventies	0	0	0	-PM	-PM
Kwalitatief effect					
Gezondheidswinst					

Uitvoering & Haalbaarheid

Sinds 2019 wordt de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) vergoed vanuit de Zvw. De GLI is primair bedoeld voor mensen met overgewicht, maar dekt daarmee ook een groep mensen met diabetes. Er zit dus al een leefstijlinterventie voor diabetici met overgewicht in het basispakket. Andere leefstijlinterventies gericht op diabetici vallen nu nog buiten het verzekerde pakket. Dit komt omdat de effectiviteit ervan nog onduidelijk is en onderdelen van deze interventies (bewegen) niet tot de aanspraken behoren.

De Nationale Diabetes Challenge (NDC) houdt in dat huisartsenpraktijken één keer per jaar een wandelprogramma van 16-20 weken organiseren voor hun diabetespatiënten, waarbij telkens een zorg- en/of sportprofessional aanwezig is. Het bereik is al redelijk groot: in 2019 behaalden 4700 mensen de eindstreep op het slotfestival. De NDC heeft in de database van het Centrum Gezond Leven de erkenningsstatus 'goed onderbouwd' gekregen. Voor de GLI acht het Zorginstituut Nederland (ZINL) dit effectiviteitsniveau onvoldoende.

KD2O heeft als doel diabetes type 2 te verminderen door het aanleren van een gezonde leefstijl. De leefstijlbehandeling duurt 24 maanden en richt zich op voeding, beweging, stress en slaap, waarmee KD2O lijkt op bestaande GLI-programma's. Voor KD2O loopt momenteel een duidingsverzoek bij het ZINL, waaruit zal blijken of het effectiviteitsniveau van deze interventie goed genoeg is.

Op het moment van schrijven is er dus nog onderzoek nodig naar de effectiviteit van leefstijlinterventies bij diabetes. Indien het Zorginstituut op basis van dit onderzoek de vermelde interventies als verzekerde zorg duidt, moet de NZa (indien nodig) hiervoor tarieven en prestaties vaststellen. Daarna moeten zorgverzekeraars de interventies gaan inkopen.

Als de effectiviteit niet nader bewezen wordt of als het ZINL – ondanks nader onderzoek – oordeelt dat er geen of slechts ten dele sprake is van verzekerde zorg, is het noodzakelijk om de Zvw, het Besluit zorgverzekering en/of de Regeling zorgverzekering aan te passen. Op basis van Europese regelgeving in Solvency II kunnen alleen met een beroep op het algemeen belang regels gesteld worden over het te verzekeren pakket, mits dit noodzakelijk en proportioneel is.

Door deze belemmeringen is bij de huidige bewijslast en vormgeving van KD2Om en NDC twee of drie jaar nodig om regelingen aan te passen en bekostiging te regelen. Vervolgens is een jaar nodig voor implementatie. Dit impliceert dat de maatregel in jaar 4 in werking treedt.

Budgettaire effecten

De claim dat er via leefstijlinterventies bij diabetici € 2 mld. bespaard kan worden en dat de prevalentie met 30-40% kan dalen, is gebaseerd op een studie naar KD2O.[1] Hieruit blijkt dat de bloedsuikerspiegels, het medicatiegebruik, het gewicht, BMI en de buikomtrek gemiddeld afnamen bij de 74 deelnemers aan het pilotprogramma. Vervolgens zijn deze resultaten geëxtrapoleerd naar de stelling dat 36% van de patiënten met diabetes type 2 na een leefstijlverandering zonder medicijnen toekan.
Deze claim heeft op vier onderdelen kritiek gekregen[2 3]:

1. Het is onduidelijk hoeveel kosten zijn toegerekend aan de interventie.
2. Er is in de pilotstudie niet gecontroleerd of de patiënten de medicatie wel echt nodig hadden.
3. Het is onbekend wat de langetermijneffecten zijn van de interventie.
4. Aan dergelijke pilots doen doorgaans de meest gemotiveerde patiënten en zorgverleners mee.

1 https://nutrition.bmj.com/content/early/2019/05/13/bmjnph-2018-000012
2 https://www.trouw.nl/nieuws/gezonder-leven-om-diabetes-te-genezen-te-mooi-om-waar-te-zijn~b05c4790/?referer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F
3 https://www.nrc.nl/nieuws/2019/05/20/gezondheid-andere-leefstijl-kan-helpen-tegen-diabetes-type-2-maar-goed-onderzoek-blijft-nodig-a3960864

Bij opschaling naar landelijke invoering is het onrealistisch om te verwachten dat 36% meedoet. Zo werd voor de GLI ingeschat dat slechts 1,03% van de doelgroep wordt doorverwezen door de huisarts. Bij het GLI-programma SLIMMER – gericht op mensen met overgewicht en een verhoogd risico op diabetes type 2 en/of obesitas - werd wel een lichte afname in medicatiekosten geconstateerd, met gemiddeld € 157 over 18 maanden.[4] Toch zijn deze besparingen niet meegerekend in de budgetimpactanalyse van de GLI, omdat onduidelijk is of ze over langere termijn beklijven. Daarom zetten we de opbrengsten van de maatregel op PM.

De kosten van deze maatregel zijn beter te schatten. Vanwege de vereiste invoeringstijd worden vanaf jaar 4 kosten ingeboekt en op structurele termijn. We nemen aan dat deze zorg onder de taken van huisartsen valt en dat er dus geen sprake is van een eigen risico. Voor de berekening is enkel gekeken naar de genoemde voorbeelden. Over andere leefstijlinterventies bij diabetici bestaat onvoldoende bewijs over de effectiviteit.

Voor de instroom in KD2O rekenen we met dezelfde aannames die zijn gebruikt voor de budget-impactanalyse van de GLI[5], omdat KD2O sterk lijkt op GLI-programma's die reeds onder de Zvw vallen. We houden tevens rekening met de verwachte toename in het aantal diabetici. Dit impliceert dat er structureel 8.331 mensen het KD2O-programma afronden. Deze interventie kost € 3.850 per deelnemer, en duurt twee jaar. Dat is ruim € 16 mln. per jaar (8.331*(€ 3850/2)).

Voor de NDC is gekeken naar de kosten die patiënten en huisartspraktijken maken. Dit valt uiteen in contributie, projectmanagement, begeleiding door een zorg- en/of sportprofessional bij de wandelgroepen, en de kosten van de finale wandeldag.[6] Voor een schatting hoeveel praktijken er meedoen, gaan we ervan uit dat in 2032 alle huidige groepspraktijken deelnemen, want de ervaring leert dat groepspraktijken deze interventie makkelijker oppakken dan solo- of duopraktijken. Er waren in 2016 zo'n 1.106 groepspraktijken. Dit aantal deelnemende locaties zou een verdubbeling betekenen van het aantal dat nu nog voor 2032 verwacht wordt.[7] We achten dit een realistisch aantal als de NDC volledig onder het verzekerd pakket komt te vallen. Met deze elementen komen we uit op een schatting van jaarlijks bijna € 7 mln. aan structurele kosten.

4 https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4529-8
5 https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2018-0092.pdf
6 https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/bijlage/42458/Werkblad%20Nationale%20Diabetes%20Challenge.pdf
7 https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/diabetes-mellitus/regionaal-internationaal/regionaal#node-deelname-nationale-diabetes-challenge

De kosten van KD2O en NDC worden opgehoogd naar 2021, aangezien het om intensivering in de Zvw gaat en 2019 als basisjaar geldt. Dit komt samen neer op afgerond € 25 mln. aan structurele kosten. In jaar 4 zal echter minder instroom aan de orde zijn dan in jaar 10. Hierdoor rekenen we in jaar 4 met € 20 mln.

Overige effecten

Deelname aan een leefstijlprogramma levert gezondheidswinst op voor de deelnemers.

← **Terug naar tabel PREVENTIE**
← **Terug naar overzicht resultaten**

125 Duurzame inzetbaarheid van werknemers verder stimuleren

Een subsidieregeling van € 50 mln. wordt ingesteld voor investeringen die werkgevers doen voor gezond werken en re-integratie van hun werknemers. Dat draagt bij aan duurzame inzetbaarheid van werknemers.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**50**	**50**	**50**	**50-PM**
w.v. kosten subsidieregeling voor gezondheidsbevordering en re-integratie	0	50	50	50	50
w.v. effecten subsidieregeling	0	0	0	0	-PM
Kwalitatief effect					
Minder verzuim; meer arbeidsparticipatie; gezondheidswinst.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Diverse subsidieregelingen zijn al gericht op duurzame inzetbaarheid. Maar deze zijn vooral gefocust op bijscholing, en minder op gezondheidsbevordering via de werkplek. Rond dit thema bestaat wel het stimuleringsprogramma Vitaal Bedrijf, maar via dit programma worden geen interventies bij werkgevers zelf gefinancierd. Op het gebied van re-integratie hebben gemeenten en het UWV een rol. Het gemeentelijk budget voor re-integratie is de laatste jaren gedaald door bezuinigingen en het niet meebewegen van het re-integratiebudget met het bijstandsvolume.

Reviews laten zien dat interventies die gericht op voeding en bewegen, via het werk effectief kunnen zijn.[1] Ook blijken bepaalde vormen van re-integratie bij psychische aandoeningen effectief, maar nog niet op grote schaal ingevoerd.[2] Hierdoor en door het feit dat 4,6% van de ziektelast kan worden toegeschreven aan arbeidsgerelateerde risicofactoren, is er voldoende vraag naar dergelijke investeringen. De regeling wordt toegevoegd aan het reeds bestaande programma Vitaal Bedrijf. Een commissie wordt ingesteld die, op basis van wetenschappelijke literatuur, bepaalt welke aanvragers middelen toegewezen krijgen. Dit kost één jaar implementatietijd.

1 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21883870
2 https://www.inclusievearbeidsorganisatie.org/sites/default/files/kb-uploads/monitoren_van_arbeidstoeleiding_erasmus_universiteit_schuring_en_burdorf_2016.pdf

Budgettaire effecten

Het effect op private zorguitgaven is verwaarloosbaar gezien de ordegrootte van de investering. Er wordt rekening gehouden met 10% aan overheadkosten voor wetenschappelijke toetsing van de aanvragen. Dit percentage is afgeleid van de kennisprogrammering van ZonMw. De overblijvende € 45 mln. wordt gelijk verdeeld over gezondheidsbevordering en re-integratie.

Voor de investering in gezondheidsbevordering geldt dat er in jaar 2-4 geen baten te verwachten zijn, omdat het om primaire preventie gaat bij een nog gezonde populatie. Mogelijke baten op langere termijn zijn onzeker. RCT-studies laten namelijk slechts een beperkt besparingseffect zien, terwijl niet al deze studies rekening houden met vervangende ziektes. Daarom rekenen we ook structureel geen opbrengsten toe aan deze investeringen.

Voor de berekening van opbrengsten van re-integratie van mensen met psychische aandoeningen wordt gebruik gemaakt van kosten-batenanalyses, uitgevoerd door het Erasmus MC. Hierin zijn drie lokale projecten onderzocht. Voor zorgverzekeraars gold een terugverdienperiode van gemiddeld 80 maanden. Dit impliceert dat er in jaar 2-4 geen baten zijn, maar structureel (=jaar 10) wel.

De analyse maakt echter niet duidelijk hoe groot de netto-baten op langere termijn zijn. Daarnaast worden de zorguitgaven met name bespaard in de ggz, waar zorgvraag veelal discretionair van aard is. Ook is geen rekening gehouden met vervangende ziekten. Als laatste vinden andere studies naar re-integratieprogramma's doorgaans een lagere *return-on-investment*.[3] Door deze onzekerheden zetten we de opbrengsten van de investeringen in re-integratie van mensen met psychische aandoeningen op PM.

Concluderend: jaar 1 is nodig voor implementatie. In de jaren 2-4 zijn er geen baten, wel kosten. Die splitsen zich uit in € 5 mln. aan overhead, € 22,5 mln. voor gezondheidsbevordering op het werk en € 22,5 mln. aan re-integratie van mensen met psychische aandoeningen. Structureel zijn er baten te verwachten, maar deze zijn onzeker en worden daarom op PM gezet.

3 https://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-boek-22-kansrijk-arbeidsmarktbeleid-deel-2.pdf

Overige effecten

Goed uitgevoerde vormen van gezondheidsbevordering op het werk en re-integratie kunnen het verzuim verlagen en de gezondheid en de arbeidsparticipatie verbeteren. RCT's vinden bij gezondheidsbevordering op het werk een Benefit Cost Ratio (BCR) van € 0,51 waar het gaat om ziekteverzuim. Dit houdt in dat € 1 investering leidt tot € 0,51 aan baten in ziekteverzuim. Studies naar re-integratieprojecten bij mensen met psychische aandoeningen laten zien dat gemeenten/UWV baten ondervinden in de vorm van minder uitkeringen.

Terug naar tabel PREVENTIE
Terug naar overzicht resultaten

126 Persoonlijke Gezondheidscheck

De Persoonlijke Gezondheidscheck (PGC) komt als landelijk bevolkingsonderzoek beschikbaar voor iedereen in Nederland van 18 jaar en ouder, ten laste van de rijksbegroting.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**5**	**20+PM**	**20+PM**	**20+PM**
w.v. uitvoeringskosten	0	5	5	5	5
w.v. kosten PGC	0	0	10	10	10
w.v. kosten vervolgonderzoek	0	0	5	5	5
w.v. kosten van behandeling na vervolgonderzoek	0	0	+PM	+PM	+PM
Kwalitatief effect					
Mogelijk een positief effect op de gezondheid en kwaliteit van leven van volwassenen.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De PCG wordt op dit moment aangeboden door een private organisatie via een digitaal platform[1] en geeft deelnemers inzicht in risicofactoren voor hun gezondheid. Onderzoek heeft aangetoond dat deze gezondheidscheck toepasbaar is voor gebruik in de eerste lijn.[2] Na de PGC krijgt de gebruiker een persoonlijke rapport met adviezen om de gezondheid te verbeteren en – indien nodig - vervolgonderzoek uit te laten voeren. Op basis hiervan kunnen deelnemers hun gedrag aanpassen en/of kan een huisarts een behandeling inzetten.

De PGC kan voor iedereen in Nederland beschikbaar gesteld worden met een van rijkswege aangeboden bevolkingsonderzoek. VWS kan tot de invoering hiervan besluiten na een positief advies van de Gezondheidsraad. Op dit moment ontbreekt echter nog wetenschappelijk bewijs over de effectiviteit van de PGC, zodat vastgesteld kan worden of er sprake is van kwantificeerbare gezondheidswinst tegen aanvaardbare kosten.

1 NIPED instituut i.s.m. NHG, Longfonds, Hartstichting, Diabetesfonds, LHG, GGD-GHOR, Nierstichting.
2 https://www.tilburguniversity.edu/sites/tiu/files/download/Handreiking%20Persoonlijke%20Gezondheidscheck%20gemeenten.pdf

Het wettelijk kader voor deze maatregel is de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo). Deze staat het aanbieden van de PCG in het algemeen niet in de weg, maar stelt wel de eis van advisering door de Gezondheidsraad.

Invoering van de maatregel vergt tenminste twee jaar: één jaar voor het advies van de Gezondheidsraad en bij een positief advies nog tenminste één jaar voor de uitvoeringstoets. Daarna volgt het implementatietraject, inclusief een aanbestedingsprocedure voor de inkoop van de test.

Budgettaire effecten

Bij de berekening van de budgettaire effecten is uitgegaan van het volgende:
- De initiële kosten van een persoonlijke gezondheidstest zijn € 10 per persoon.
- De doelgroep omvat bij benadering 10 miljoen personen (iedereen van 18 jaar en ouder).
- De PGC wordt eens in de vijf jaar aangeboden.
- 50% van de doelgroep neemt deel (vergelijk de 60-75% bij bevolkingsonderzoeken naar kanker)
- 10% van de deelnemers komt in aanmerking voor vervolgonderzoek, à € 60.

De uitvoeringskosten in jaar 2 betreffen de uitvoeringstoets. De coördinatie kost vanaf het derde jaar in totaal € 3 mln. per jaar. Dit betreft kosten die het RIVM maakt voor onder meer de aanbesteding van de test, verzending van uitnodigingen en uitslagen, en opvolging. De kosten van de PGC zelf bedragen vanaf het derde jaar € 11 mln. Het vervolgonderzoek kost € 6 mln. per jaar. Het starten van bevolkingsonderzoeken brengt ook transitiekosten met zich mee. Deze kosten zijn beperkt en worden daarom niet gekwantificeerd.

Aanbevolen vervolgonderzoek zal via de PCG-organisatie of via de huisarts worden uitgevoerd. In het eerste geval komt het ten laste van de rijksbegroting. In het tweede geval gaat het om verzekerde zorg ten laste van de zorgverzekering.

Op dit moment is nog onbekend welke resultaten de PGC op bevolkingsniveau oplevert. Daarom valt geen inschatting te maken van aard en omvang van de vervolgzorg en de kosten hiervan voor behandeling door de huisarts of eventuele specialistische zorg (+PM).

Ook het totale budgettaire effect van de PCG is onbekend. Het valt echter niet te verwachten dat deze leidt tot lagere netto-collectieve zorguitgaven. Van andere door het Rijk aangeboden preventieve gezondheidsonderzoeken is bekend dat zij gezondheidswinst opleveren tegen acceptabele kosten.

Overige effecten

Inzet van preventieve zorg is het behalen van gezondheidswinst op populatieniveau. Dit wordt in het algemeen geduid in gewonnen levensjaren en toegenomen kwaliteit van leven. Deelname aan de PCG moet leiden tot minder chronische ziekten en lagere zorguitgaven door het vroegtijdig signaleren van (risico's op) ziektes. De verwachte gezondheidswinst door de PGC is niet te kwantificeren omdat hierover geen gezondheidsdata beschikbaar zijn.

Overige opmerkingen

Randvoorwaarde voor invoering van een landelijk bevolkingsonderzoek is kennis over de effectiviteit ervan. Op dit moment is geen wetenschappelijk onderzoek beschikbaar over het effect van de PCG. Er loopt één onderzoek naar de voorganger van de PCG; dit levert naar verwachting onvoldoende inzicht op. Het heeft dan geen zin de Gezondheidsraad een advies te vragen, want zonder bewezen effectiviteit ligt het programmatisch uitrollen van de PCG niet voor de hand. Een mogelijk alternatief is om huisartsen patiënten te laten verwijzen naar de PGC. Deze variant kan verder vorm krijgen als onderdeel van de uitvoeringstoets.

← **Terug naar tabel PREVENTIE**
← **Terug naar overzicht resultaten**

127 Preventie van hart- en vaatziekten met de polypil

De polypil, een orale pil met verschillende geneesmiddelen, wordt toegevoegd aan het basispakket en aangeboden aan alle 50-plussers en iedereen die een verhoogd risico heeft op hart- en vaatziekten, ter preventie van hart- en vaatziekten.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**0**	**140-PM**	**140-PM**	**140-PM**
w.v. kosten polypil	0	0	140	140	140
w.v. opbrengsten daling in cardiovasculaire events	0	0	-PM	-PM	-PM
Kwalitatief effect					
Afname van hart- en vaatziekten; risico op bijwerkingen.					

Uitvoering & Haalbaarheid

In de huidige situatie speelt de huisarts een centrale rol in het opsporen van personen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, en bij het eventuele inzetten van preventieve interventies. De NHG-standaard 'Cardiovasculair Risicomanagement' (CVRM) schrijft voor hoe een risico op hart- en vaatziekten vast te stellen en welke behandeling daarbij in te zetten. Daaronder valt de inzet van geneesmiddelen en leefstijladvies.

De maatregel komt neer op verstrekking van een polypil aan iedereen boven de 50 voor wie niet reeds een individuele medicatie is gestart. Aan deze verstrekking moet vanuit medisch oogpunt een individuele check plaatsvinden op onder andere contra-indicaties. De polypil is overigens nog niet op de markt en de maatregel kan ingevoerd worden zodra er een fabrikant is die de polypil wil ontwikkelen.

De zorgverzekering is een individuele schadeverzekering die het risico op de behoefte aan zorg op medische indicatie dekt. Tot het basispakket behoort uitsluitend geïndiceerde of zorggerelateerde preventie. Het aanbieden van de polypil als algemene, collectieve preventie valt daar niet onder.

Het eventueel aanpassen van de Zvw en het Besluit zorgverzekering op het punt van preventie zou een fundamentele wijziging van de zorg betekenen. De richtlijn Solvency-II vereist daartoe een draagkrachtige motivering: de voorgestelde aanpassing van het basispakket dient het algemeen belang en is noodzakelijk en proportioneel. Een dergelijke

aanpassing zal naar verwachting een veel groter, verruimend effect hebben op de omvang van het basispakket, inclusief bijbehorend financieel effect op de zorguitgaven.

Budgettaire effecten

De doelgroep omvat 3,8 miljoen Nederlanders. De jaarlijkse kosten van een polypil (inclusief een jaarlijks bezoek aan een zorgverlener) worden ingeschat op rond de € 70 per persoon. De kosten van deze maatregel komen daarmee op maximaal rond de € 250 mln. Aannemend dat 50% van de beoogde populatie de polypil zal gaan slikken, bedragen de kosten rond de € 125 mln. Inclusief groei komt dit op € 135 mln.

Een eventuele daling in cardiovasculaire events door het gebruik van de polypil kan leiden tot een daling van de zorguitgaven. Het budgettaire effect hiervan is niet precies te kwantificeren, maar zal om drie redenen waarschijnlijk lager liggen dan de kosten van deze maatregel:

- Uit onderzoek op het platteland van Iran[1] bleek een daling van het aantal cardiovasculaire events met 33%. Nederland kent echter een andere uitgangssituatie. Zo'n 3,6 miljoen mensen krijgen al medicatie voor CVRM (of HVZ). Ook krijgen veel Nederlanders leefstijladvies en worden ze regulier gecontroleerd op hun risico op HVZ. Het grootste deel van de mensen met verhoogd risico op HVZ is al onder behandeling, dus het effect van de polypil zal veel lager zijn dan in de situatie van de studie.
- Bovendien stellen de huisartsen in hun richtlijn terughoudend te willen zijn in het voorschrijven van geneesmiddelen voor preventieve inzet bij kwetsbaren en ouderen. In haar richtlijn CVRM staat dat 'bij personen zonder hart- en vaatziekten het bewijs dat medicamenteuze behandeling effectief is minder overtuigend [wordt] naarmate zij ouder en/of kwetsbaarder worden'.
- Het grootste effect kan verwacht worden bij die mensen met een hoog risico die op dit moment niet in beeld zijn bij hun huisarts. Het is niet zeker of deze groep wel bereikt wordt met de polypil en bereid gevonden zal worden om deze te gebruiken. Dit hangt onder andere af van de wijze van introductie.

De toevoeging van de polypil aan het basispakket vergt een fundamentele wijziging van de aard van het basispakket. Deze wijziging zal gepaard gaan met beperkte transitiekosten. Deze zijn niet gekwantificeerd omwille van de omvang van die kosten.

1 https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31791-X/fulltext. Volgens deze studie werd bij één op de 35 gebruikers een event voorkomen.

Overige effecten

Een grote groep mensen loopt een risico op bijwerkingen.

Overige opmerkingen

De geschetste risicogroep 'boven de 7,5%' is buiten beschouwing gelaten. Er bestaat een grote correlatie tussen risico en leeftijd[2], waarmee met een leeftijdsgrens van 50 bijna alle risico's boven de 5% zijn meegenomen in de analyse.

← **Terug naar tabel PREVENTIE**
← **Terug naar overzicht resultaten**

2 https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/cardiovasculair_risicomanagement_cvrm/schatten_van_risico_op_hart-_en_vaatziekten/hoe_het_risico_te_schatten_bij_cvrm.html

128 Valpreventie bij 65-plussers

Gemeenten krijgen de taak toebedeeld om valpreventieprogramma's aan te (laten) bieden voor hun inwoners van 65 jaar en ouder.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**0**	**35**	**-10**	**-30**	**-75**
w.v. kosten opsporing en screening (Zvw)	0	60	60	60	70
w.v. kosten coördinatie multifactoriële interventie (Wmo)	0	10	10	10	15
w.v. investering beweegprogramma (Wmo)	0	45	45	45	50
w.v. opbrengst in Wmo-ondersteuning	0	-10	-15	-15	-20
w.v. opbrengst in Zvw-medische en revalidatiezorg	0	-50	-80	-95	-140
w.v. opbrengst in Wlz-verpleeghuiszorg	0	-20	-30	-35	-50
Kwalitatief effect					
Gezondheidswinst, oplopend tot structureel 12.900 minder DALY's in jaar 10; kleiner beroep op mantelzorg; verminderde druk op SEH's en verpleeghuizen.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Effectieve valpreventie bestaat uit drie soorten activiteiten:
- Opsporing en screening van de risicogroep. Hierbij zijn partijen in de eerste lijn betrokken.
- Een multifactoriële interventie. Deze omvat een valpreventief beweegprogramma, medicatiecontrole, visuscontrole, aanpak van voetproblemen en woningaanpassingen
- Effectieve uitvoering: planmatig, multidisciplinair en met actieve begeleiding en follow up.[1]

Momenteel is de uitvoering en financiering van deze activiteiten niet duidelijk belegd. Enkele vallen onder de stelselwetten Zvw en Wmo. Andere vallen daarbuiten, zonder dat gemeenten verplicht zijn om ze te organiseren en zonder dat een verzekeraar verplicht is ze te vergoeden. De taak van opsporing en screening is nergens expliciet belegd, evenals de coördinatie van het aanbod en de daadwerkelijke uitvoering. Mede daardoor is het bereik van effectieve valpreventieactiviteiten nu slechts 1,5% (MKBA Valpreventie).

1 VeiligheidNL (2020). Whitepaper Wat Werkt in Valpreventie bij Thuiswonende Ouderen.

Met deze maatregel krijgen gemeenten de taak om valpreventieprogramma's aan te (laten) bieden. Dit kan via een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB). De Wet publieke gezondheid (Wpg) biedt ruimte om regels op te stellen voor werkzaamheden in de ouderengezondheidszorg. Met zulke regels kan de overheid valpreventieprogramma's specificeren. Pilots en bestaande projecten laten zien dat gemeenten de coördinatie van dit integrale pakket effectief kunnen invullen.

Daarnaast is een advies van het Zorginstituut nodig om te beoordelen of screenen op valrisico behoort tot verzekerde zorg. Naar verwachting is dat het geval, waarmee het aanbod is geborgd. Blijkt dit echter niet het geval, dan kan deze activiteit worden toegevoegd aan de regels binnen de Wpg en worden gemeenten ook verantwoordelijk om zorgverleners te contracteren voor opsporing en screening.

Valpreventieprogramma's zijn praktisch uitvoerbaar. Uit bestaande programma's[2] blijkt dat het mogelijk is voor huisartsen, wijkteams, thuiszorgorganisaties, fysio- en oefentherapeuten en mantelzorgers om een samenwerkingsstructuur op te zetten voor uitvoering van multifactoriële valpreventie. Daarbij is structurele financiering voor de activiteiten zelf en projectcoördinatie nodig. Met deze maatregel wordt dit geregeld.

Voor vaststelling van een definitie van 'aanbod en coördinatie van valpreventieprogramma's' per AMvB is een half jaar nodig. Voor het landelijk opzetten van de valpreventieprogramma's zelf is een heel jaar nodig. Door tijdens het ontwerpen van de AMvB al voorbereidingen te treffen, kan de totale implementatietijd tot ongeveer één jaar beperkt blijven.

Budgettaire effecten

Recent is een Maatschappelijke Kosten Baten Analyse (MKBA) voor valpreventie bij ouderen uitgevoerd.[3] Op basis hiervan valt te verwachten dat per jaar 12% van de 65-plussers worden opgespoord, waarvan er een kwart deelnemen aan effectieve programma's. Dat komt neer op 100.000 deelnemers of 3% van alle ouderen. Op basis van erkende interventies is te verwachten dat 40% effect wordt bereikt.

De kosten voor opsporing en screening belopen in de eerste jaren rond € 60 mln., oplopend tot € 72 mln. structureel in het tiende jaar. Voor de coördinatie van multifactoriële interventie door gemeenten lopen de kosten op tot € 14 mln. structureel. En met de

2 Voor voorbeelden: https://www.veiligheid.nl/valpreventie/over-valpreventie/goede-praktijk-voorbeelden

3 Deze analyse werd uitgevoerd door ErasmusMC, VeiligheidNL en Vilans. Het MKBA-model is als basis gebruikt voor de berekeningen in deze maatregel.

valpreventieprogramma's zelf is in jaar 2 € 43 mln. gemoeid, oplopend tot € 52 mln. structureel. De uiteindelijke investering bedraagt € 137 mln. per jaar.

Besparingen vinden vooral plaats in de medische zorg (ambulancevervoer, SEH-bezoek, operatie en/of behandeling), revalidatiezorg (fysiotherapie en hulpmiddelen) en verpleeghuiszorg, waar relatief dure zorgvormen direct gerelateerd zijn aan valongevallen. Zo kost een polsfractuur € 4.900 en een heupfractuur € 20.000. In totaal levert dit naar verwachting jaarlijks € 214 mln. aan besparingen op, waarvan structureel € 22 mln. in de Wmo-ondersteuning, structureel € 140 mln. in de Zvw en € 52 mln. in de Wlz-verpleeghuiszorg.

Zowel de investeringen als de besparingen zijn fors lager dan de € 1,6 en € 2,4 mld. die de indienende partij veronderstelde op basis van de MKBA-rekentool. Dat komt doordat landelijke opschaling van de interventie om een conservatievere schatting van het bereik en effect vraagt. De MKBA-rekentool is primair bedoeld om lokale/regionale uitvoering door te rekenen.

Deze besparingen zijn er al op zeer korte termijn. In het eerste jaar van uitvoering worden met valpreventie namelijk al direct ongevallen vermeden. De besparingen kunnen ook grotendeels verzilverd worden omdat deze zorg weinig discretionair is: minder zorg in verband met botbreuken wordt naar verwachting niet zomaar 'opgevuld' met andere zorgvormen.

Op langere termijn kunnen 'vervangende ziekten' de effecten van de besparing wellicht deels tenietdoen. Hiermee is als volgt rekening gehouden:

- Bij curatieve zorg gaan we ervan uit dat valpreventie tijdelijk zorggebruik voorkomt en dat er geen sprake is van vervangende ziekten. Dit betreft bijvoorbeeld botbreuken waar ouderen volledig van herstellen.
- Bij langdurige zorg blijkt dat 47% van degenen die na een val in een verpleeghuis belanden, binnen één jaar weer ontslagen wordt. Voor de overige 53%, die langer in het verpleeghuis bleef, gaan we ervan uit dat valpreventie zorgt voor vervangende ziekten. Wij gaan ervan uit dat de kosten hiervan de helft bedragen van de door valpreventie vermeden kosten. Daarmee daalt de netto-besparing in de langdurige zorg met (53%/2=) 26,5%. Dit effect is verwerkt in de tabel, maar is niet doorberekend in de achterliggende rapportage.

Overige effecten

De gezondheidswinst in termen van minder Disability Adjusted LifeYears (DALYs) bedraagt in het eerste jaar € 4.900, en loopt op tot € 12.900 in het 10e jaar. Bij elk volgende jaar van de investering loopt dit verder op. Een DALY bestaat uit verlies van levensjaren (door een fataal ongeval) en het aantal jaren geleefd met gezondheidsproblemen.

Daarnaast wordt mantelzorgcapaciteit bespaard. Omgerekend in immateriële euro's is deze in jaar 1 € 8 mln., en deze loopt op tot € 25 mln. in het 10e jaar. Ook hier geldt dat bij elk volgende jaar van investering dit verder oploopt. Daarnaast neemt de druk op de spoedeisende hulp en verpleeghuizen af.

← Terug naar tabel PREVENTIE
← Terug naar overzicht resultaten

129 Nationaal preventiefonds

Het Rijk stelt een preventiefonds in om preventieve activiteiten te financieren die kosteneffectief en *evidence based* zijn. Dit fonds wordt jaarlijks door het Rijk gevoed met een bedrag gelijk aan 1% van de geraamde premieopbrengsten van de Zvw of 10% van de geraamde opbrengsten uit de tabaksaccijns. Ook gemeenten en zorgverzekeraars worden gevraagd financieel bij te dragen en samen met het Rijk het fonds te beheren. Het preventiefonds financiert activiteiten die bijdragen aan extra gezonde levensjaren van kwetsbare groepen in Nederland. Gedacht kan worden aan tienermoederopvang, het voorkomen van echtscheidingen, e-health en domotica, leefstijlcoaching, gezonde schoolmaaltijden, opsporing van ziekten en sportvoorzieningen.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant 1: 1% van geraamde Zvw-premies	**0**	**0**	**470-PM**	**470-PM**	**470-PM**
w.v. investering preventiefonds	0	0	470	470	470
w.v. effect van de preventieactiviteiten	0	0	-PM	-PM	-PM
Variant 2: 10% van geraamde tabaksaccijns	**0**	**0**	**300-PM**	**300-PM**	**300-PM**
w.v. investering preventiefonds	0	0	300	300	300
w.v. effect van de preventieactiviteiten	0	0	-PM	-PM	-PM
Kwalitatief effect					
Meer gezonde levensjaren.					

Uitvoerbaarheid & Haalbaarheid

Preventiegerichte activiteiten zijn nu versnipperd opgenomen in verschillende stelselwetten. De impact van een preventiefonds neemt toe als de verantwoordelijkheden voor preventie ook duidelijk worden beschreven in die stelselwetten (vooral de Wet publieke gezondheid) en als de coördinatie hiertussen duidelijk wordt belegd. Dit kan ook onderdeel zijn van een wet op het preventiefonds.

Omdat er nog geen preventiefonds is, moeten de te hanteren criteria tijdens het wetgevingsproces ontwikkeld en uitgewerkt worden. Voor het in werking treden van de wet is twee jaar nodig, waarna het preventiefonds operationeel zal zijn. In Zorgkeuzes in Kaart 2015 werd uitgegaan van een jaar, maar daar werd nog geen rekening gehouden met een benodigde wet. Gelet op de grote jaarlijkse bijdrage vanuit het Rijk zal een wetgevingsproces gewenst zijn en kan waarschijnlijk niet volstaan worden met het oprichten van een civielrechtelijke stichting. Op deze wijze wordt de ministeriële verantwoordelijkheid gewaarborgd.

De financiële voeding van het preventiefonds kan gelijk zijn aan de geraamde opbrengsten van de Zvw-premie of de tabaksaccijns. Vanwege de geldende begrotingssystematiek met een strikte scheiding tussen inkomsten en uitgaven kan er geen financiële overheveling plaatsvinden. Daarom gaat het voorstel uit van een percentage van de geraamde Zvw-premie dan wel de geraamde opbrengst van de tabaksaccijns.

Budgettaire effecten

Voor de eerste financieringsvariant worden de premieopbrengsten van de Zvw als basis genomen. Net als in Zorgkeuzes in Kaart 2015 is uitgegaan van de inkomensafhankelijke bijdrage en de nominale premie. Dit bedrag wordt inclusief ophoging naar 2021 geraamd op € 46,7 mld.[1] Dan is 1% gelijk aan € 470 mln.

De alternatieve variant is gebaseerd op de tabaksaccijns. Deze accijnzen worden voor 2021 geraamd op € 3.000 mln.[2] Deze inkomsten zullen naar verwachting trendmatig dalen gezien het dalend aantal rokers.[3] Vooralsnog staat 10% van dit bedrag gelijk aan € 300 mln.

Anders dan in Zorgkeuzes in Kaart 2015 zijn in de tabel geen bijdragen van derde partijen opgenomen, want deze hebben geen effect op de begroting van het Rijk.

De opbrengsten van preventiebeleid slaan niet altijd neer bij de partij die hierin investeert. Zorgverzekeraars kunnen bijvoorbeeld profiteren van uitgaven aan preventie door andere zorgverzekeraars, of door gemeenten. Een gezamenlijk beheerd fonds kan het belemmerende effect hiervan op investeringen in preventie beperken. Tegelijk kan het feit dat beheerders met uiteenlopende belangen tot overeenstemming over de bestedingen moeten komen, ook tot ondoelmatigheid leiden.

De opbrengsten zijn onzeker. Afhankelijk van de beheerders van het preventiefonds en de wettelijke criteria zullen maatregelen worden genomen voor specifieke groepen, bijvoorbeeld tienermoederopvang, preventie om echtscheiding te voorkomen en gezonde schoolmaaltijden. Ook kan gekozen worden voor activiteiten gericht op de gehele bevolking, zoals leefstijlcoaching, financiering van sportvoorzieningen en opsporing van ziekten. Ten slotte kan er gekozen voor ondersteunende maatregelen zoals een verdere ontwikkeling van e-health en domotica.

Voor al deze maatregelen geldt dat financiering vanuit het fonds alleen zal plaatsvinden als de interventie kosteneffectief en evidence based is. De hoogte van de opbrengst hangt

1 XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport Rijksbegroting 2020, tabel 11.
2 CPB-raming, onderliggend aan het CEP2020 (http://www.cpb.nl/raming-3mrt2020-cep-2020-mlt).
3 https://www.vtv2018.nl/leefstijl

af van de exacte interventie en of deze voor heel Nederland toegankelijk wordt of voor een bepaalde regio of doelgroep. Voor een indruk van de mogelijke effecten verwijzen we naar maatregel 121 (Warme, gezonde lunch voor kinderen op voor- en basisschool) en 131 (Voorkomen en vroegtijdige signalering van huidkanker).

Overige effecten

De verwachting is dat het fonds voornamelijk activiteiten financiert voor mensen met een slechtere gezondheid. Doordat deze mensen hier gebruik van maken zal hun gezondheid verbeteren en dit draagt bij aan meer gezonde levensjaren en aan vermindering van gezondheidsverschillen.

Overige opmerkingen

Er kan sprake zijn van interactie met maatregel 121 en maatregel 131.

← Terug naar tabel PREVENTIE
← Terug naar overzicht resultaten

130 Totaalverbod alcoholreclame

Het huidige wettelijke verbod (geen alcoholreclame tussen 6:00 en 21:00 uur op televisie en radio) wordt uitgebreid tot een algeheel verbod op alcoholreclame.[1] Dit geldt voor alle typen alcoholhoudende drank en alle reclamekanalen.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc. (a)
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	0	0	-80	-85	-80
Kwalitatief effect					
Minder alcoholverslaving en verbetering kwaliteit van leven voor gebruikers en naasten.					

(a) Het structurele effect wordt bereikt na 40 jaar.

Uitvoering & Haalbaarheid

Met de voorgestelde maatregel wordt het huidige verbod uitgebreid tot een algeheel verbod op alcoholreclame. Het gaat om een uitbreiding in uren en in typen media: 24 uur per dag, 7 dagen per week, ook voor online reclame, reclame in winkels, gedrukte media en alle sponsoring. Effectieve handhaving van een verbod op online media is het meest problematisch, aangezien veel bedrijven of servers in het buitenland gevestigd zijn.

Op Europees niveau staan regels over alcoholreclame in de Richtlijn Audiovisuele Mediadiensten (Richtlijn 2010/13/EU). Deze regels zijn in de Europese lidstaten verder uitgewerkt in nationale maatregelen. In Nederland is dit gedaan via zelfregulering en wet- en regelgeving. Het grootste deel van de huidige maatregelen is opgenomen in een zelfreguleringscode: de Reclamecode voor Alcoholhoudende Drank, waarin afspraken zijn gemaakt over (de inhoud van) alcoholreclame en sponsoring.

Wet- en regelgeving over alcoholreclame krijgt in Nederland vorm in de Mediawet, waarin een wettelijk verbod op alcoholreclame op televisie en radio tussen 6:00 en 21:00 uur is vastgelegd en ook regels aan productplaatsing worden gesteld. Daarnaast regelt de Drank en Horecawet (DHW) in artikel 2 dat bij Algemene Maatregel van Bestuur in het belang van de volksgezondheid aanvullende regels kunnen worden gesteld voor alcoholreclame.

De maatregel is uitvoerbaar door wijziging van de Mediawet en de DHW. Het wetgevingstraject duurt twee jaar. Ook vanuit internationale verplichtingen is de maatregel

1 Alcoholreclame omvat mediareclame, sponsoring, internetreclame, product placement in films en tv programma's, direct mail en prijspromoties.

uitvoerbaar. Wel zal er een dwingende reden van algemeen belang moeten worden aangetoond en de maatregel moet noodzakelijk, proportioneel en subsidiair zijn.

Budgettaire effecten

De maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) van het RIVM uit begin 2018[2] concludeert dat de effecten van een verbod op alcoholreclame leiden tot 2-9% minder alcoholgebruik en daarmee tot besparingen in de zorg en mogelijk ook private uitgaven. In zijn MKBA rekent het RIVM daarom met 4% minder gebruik. Uit de MKBA blijkt bewijs voor de effectiviteit van een algeheel reclameverbod onzeker. Daarom rekenen we hier met de meest conservatieve bedragen. Hiermee ondervangen we onzekerheden, zoals het eventueel overdragen van promotiebudgetten naar alternatieve (marketing)kanalen door de industrie (bijvoorbeeld prijsverlagingen). De maatregel leidt tot een netto-opbrengst van € 80 mln. in jaar 3, € 85 mln. in jaar 4 en € 80 mln. structureel (na 40 jaar).

Verder zorgt minder alcoholconsumptie voor minder inkomsten uit accijns en BTW. Gebaseerd op de BTW-nota (2018) van het CBS en de inkomsten uit accijns in 2018 zou een vermindering van alcoholconsumptie van 4% leiden tot een vermindering van belastinginkomsten van € 70 mln. per jaar.[3]

De schatting van netto-besparingen wordt enerzijds bepaald door besparingen op de zorguitgaven door alcoholgebruik, zoals verslaving, kanker, hersenschade en foetaal alcoholsyndroom. Anderzijds kunnen de zorguitgaven deels toenemen door ziektes waar alcoholgebruikers minder aan lijden, zoals diabetes mellitus-type 2 en dementie. In het speciale geval van beroerten, die zowel een positief als een negatief verband hebben met alcoholgebruik, is gewerkt met twee afzonderlijke Population-Attributable Risk (PAR) -berekeningen. In de schatting van de netto-baten voor de gezondheidszorg is dus rekening gehouden met positieve, negatieve en gemengde effecten. De opbrengsten zullen in jaar 4 hoger zijn dan bij structureel, omdat in het begin meer winst geboekt zal worden door het verminderen van acute incidenten, zoals bijvoorbeeld verkeersongevallen en criminaliteit.

Overige effecten

De maatregel zal leiden tot vermindering van andere gerelateerde schade, zoals: een toegenomen productiviteit (minder arbeidsverzuim en werkeloosheid), winst in QALY's

2 https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2018-0146.pdf
3 Bij KiK zijn deze effecten niet zichtbaar in de ex-ante effecten, maar wel in het EMU saldo ex-post.

(minder letsel, vroegtijdige sterfte en verbetering van kwaliteit van leven) en minder (verkeers)ongevallen.

Overige opmerkingen

Vraag is of we precies kunnen berekenen wat de effecten van deze maatregel zijn, vergeleken met de huidige situatie en wat het extra effect van andere maatregelen zou zijn, zoals een algehele prijsverhoging.

Er kan een interactie-effect optreden met het voorstel voor wijziging van de DHW (nieuwe naam: Alcoholwet), die naar verwachting 1 januari 2021 in werking treedt. Dit voorstel verbiedt de verkoop van alcohol met meer dan 25% korting, stelt strengere regels aan verkoop op afstand en stelt ook wederverstrekking strafbaar. Daarnaast kan een interactie-effect optreden met acties uit het Nationaal Preventieakkoord (NPA), zoals de evaluatie van de Reclame Code voor Alcoholhoudende Dranken.

← **Terug naar tabel PREVENTIE**
← **Terug naar overzicht resultaten**

131 Voorkomen en vroegtijdige signalering van huidkanker

Het Rijk neemt drie maatregelen om huidkanker te voorkomen of vroegtijdig te signaleren:

1. een jaarlijkse preventiecampagne;
2. een verbod op de verkoop van zonnebanken;
3. een bevolkingsonderzoek onder 18-plussers. Voor het bevolkingsonderzoek zijn drie varianten geanalyseerd.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc. (a)
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Totaal effect varianten 1+2+3A	**0**	**5**	**5**	**5**	**-75**
Totaal effect varianten 1+2+3B	**0**	**5**	**5**	**5**	**-80**
Variant 1: preventiecampagne	0	5	5	5	-40
w.v. kosten jaarlijkse preventiecampagne	0	5	5	5	5
w.v. baten zorguitgaven preventiecampagne	0	0	0	0	-45
Variant 2: verbod op verkoop zonnebanken	0	0	0	0	-40
Variant 3A: bevolkingsonderzoek hele lichaam	0	0	0	0	5
w.v. kosten hele lichaam screenen	0	0	0	0	20
w.v. baten hele lichaam screenen	0	0	0	0	-15
Variant 3B: bevolkingsonderzoek laesiespecifiek	0	0	0	0	0
w.v. kosten laesiespecifiek screenen	0	0	0	0	5
w.v. baten laesiespecifiek screenen	0	0	0	0	-5
Kwalitatief effect					
Ruim 10.000 mensen overlijden niet langer aan huidkanker; aantal gezonde levensjaren neemt toe.					

(a) Het structurele effect wordt bereikt na 20 jaar.

Uitvoering & Haalbaarheid

Een jaarlijkse preventiecampagne huidkanker is goed en snel uitvoerbaar en kan na een jaar van start gaan. Omdat positieve effecten van verminderde blootstelling aan zonlicht pas na een 'latente' periode van twintig jaar verwacht worden, bestaat er een belangrijk risico dat de campagne tussentijds wordt stopgezet. Daardoor zou de structurele opbrengst in gevaar komen.

Een verbod op zonnebanken vormt een inperking van het vrije verkeer van goederen en diensten; het EU-recht staat dit alleen toe als er een objectieve rechtvaardiging bestaat. Deze kan gebaseerd worden op de verwachting dat de komende 50 jaar in Nederland 9.000 mensen minder aan huidkanker overlijden en er 90.000 gezonder jaren (QALY's) bij komen. Het kan twee jaar duren voordat het verbod van kracht is; mogelijk is er ook een overgangsperiode nodig. Naar verwachting is een verbod op particulier gebruik lastig te handhaven, omdat men ook een zonnebank buiten Nederland kan kopen. Brazilië en Australië beperken het verbod daarom tot commerciële zonnebankstudio's.

Voor het starten van een bevolkingsonderzoek, gericht op alle 18-plussers, is allereerst een advies van de Gezondheidsraad vereist en daarna een uitvoeringstoets door het RIVM. Dit vergt samen twee jaar. De inrichting van screeningscentra (apparatuur, personeel) kost nog eens twee jaar. Bij positieve adviezen kan dan in jaar 5 het bevolkingsonderzoek van start gaan.

Overigens heeft de Gezondheidsraad nog in 2017 geadviseerd om een vergunning voor screening op huidkanker te weigeren, omdat overtuigend wetenschappelijk bewijs voor de verwachte gezondheidswinst ontbrak en de screening ook risico's met zich meebracht. Foutpositieve uitslagen, dat wil zeggen de test geeft huidkanker aan, maar dit blijkt bij nader onderzoek toch niet het geval, kunnen immers leiden tot onnodige onrust, overdiagnostiek en overbehandeling.[1]

Als bij het bevolkingsonderzoek huidkanker wordt geconstateerd, is vervolgbehandeling via het basispakket verzekerd op grond van de Zvw. Financiering van bevolkingsonderzoeken komt uit de begroting van het Ministerie van VWS.

Budgettaire effecten

De budgettaire effecten zijn door het RIVM en het CPB berekend op basis van onderzoek naar de effecten van vergelijkbare maatregelen in België[2] en het Verenigd Koninkrijk.[3] Het totale pakket maatregelen ter voorkoming of vroege opsporing van huidkanker zal naar verwachting leiden tot een daling van de zorguitgaven met € 80 mln. Hierbij is verdisconteerd dat mensen bij wie sterfte door huidkanker voorkomen is, in de toekomst met andere zorguitgaven te maken krijgen.

1 https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2017/08/23/wbo-de-moedervlekkenkliniek
2 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28002834; https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17224538; https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28408001; https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18450850 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28034073
3 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29909870

De preventiecampagne vraagt een investering van circa € 4 mln. per jaar en laat na twintig jaar een netto-opbrengst zien van € 44 mln. structureel per jaar. Het verbod op de verkoop van zonnebanken levert na twintig jaar structureel € 40 mln. besparing op de netto-zorguitgaven op. De handhavingskosten zijn onbekend en maken geen deel uit van de zorguitgaven. Omdat de preventiecampagne en het verbod op zonnebanken qua effect deels overlappen, ligt de totale opbrengst ongeveer 6% lager dan de som van de afzonderlijke maatregelen, ofwel € 79 mln.

Voor het bevolkingsonderzoek zijn drie varianten geopperd. Eén daarvan (screening van hoog risicopatiënten met melanoom) wordt niet uitvoerbaar geacht omdat er geen database beschikbaar is om deze doelgroep te selecteren. De andere twee varianten zijn (A) screening van het hele lichaam en (B) laesie specifieke screening, alleen gericht op verdachte plekken.

De kosten van de screeningsvarianten A en B komen in prijzen voor 2021 uit op € 6 en € 2,20 per deelnemer. Voor alle 18-plussers in Nederland komt dit uit op respectievelijk € 90 en € 33 mln. Als de bevolking eens in de vijf jaar wordt onderzocht, kost dit structureel € 18 en € 7 mln. per jaar. Hiertegenover staat op langere termijn een kostenbesparing door minder huidkankerbehandeling, die deels weer teniet wordt gedaan doordat mensen die niet aan huidkanker sterven wel te maken krijgen met andere zorguitgaven: de baten bedragen € 14 mln. en € 6 mln. voor varianten A en B respectievelijk. Alles samenvattend resulteert dit tot een lichte stijging van de structurele netto zorguitgaven met € 4 mln. en € 1 mln. voor respectievelijk variant A en B.

Het starten van bevolkingsonderzoeken brengt transitiekosten met zich mee. Deze kosten zijn beperkt en worden daarom niet gekwantificeerd.

Overige effecten

Op basis van de geciteerde bronnen zijn berekeningen gemaakt voor effecten op de gezondheid.

- Met een preventiecampagne tegen huidkanker overlijden de komende vijftig jaar ruim 9.000 mensen minder en komen er 34.000 jaren in goede gezondheid (QALY's) bij.
- Bij een verbod op zonnebanken overlijden er bijna 9.000 en komen er 89.000 QALY's bij.
- Wanneer beide maatregelen samen worden ingevoerd komt het netto-effect op 115.000 QALY's.
- Bij screening van het hele lichaam (variant A) overlijden de komende twintig jaar 1.000 mensen minder aan huidkanker en komen er 5.000 QALY's bij.
- Bij laesie specifieke screening gaat het om 200 minder overledenen en 850 QALY's.
- Als screening bij hoogrisicopatiënten zou kunnen plaatsvinden, viel een winst van 120.000 QALY's over dertig jaar te verwachten.

← Terug naar tabel PREVENTIE
← Terug naar overzicht resultaten

6.1.7 STELSEL & TRANSITIES

Nr	Naam
-	Inleiding stelselwijzigingen
-	Inleiding populatiebekostiging
132	Zorgkantoren afschaffen en zorgverzekeraars als inkopers van Wlz-zorg
133	(Deel) Ouderenzorg van Wlz naar Wmo, Zvw of speciale ouderenwet
134	Integrale domeinoverstijgende zorg voor kwetsbare ouderen thuis
135	De wijkverpleging naar de Wet langdurige zorg
136	Centralisering Wmo 2015
137	Eén wettelijk kader met instellingsbudgettering voor de ggz
138	Jeugd-ggz centraliseren naar Zvw
139	Expertisecentra specialistische jeugdhulp
140	Publiek stelsel met Centrale Aansturing en Regionale Uitvoerders (NHS)
141	Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders
142	Publiek stelsel met landelijk opererende ziekenfondsen ('Krankenkassen' en/of 'Deens model')
143	Publiek stelsel met regionaal opererende ziekenfondsen ('zorgkantoren')
144	Invoeren populatiebekostiging
145	Populatiebekostiging invoeren op wijkniveau voor huisartsen, apothekers en anderhalve lijn zorg
146	Winst intramurale zorg
147	Verruimde bekostiging palliatieve zorg

Inleiding stelselwijzigingen

Uitgangspunten en berekeningen voor stelselwijzigingen

Voor Zorgkeuzes in Kaart zijn vijf maatregelen ingediend die een stelselwijziging in de curatieve zorg omvatten. Het gaat om een publiek stelsel (voorziening) met centrale aansturing en regionale uitvoerders (NHS), een publiek stelsel met landelijk opererende ziekenfondsen, een publiek stelsel met regionaal opererende ziekenfondsen, een publiek stelsel (recht) met centrale aansturing en regionale uitvoerders en het verbieden van winstuitkering door zorgverzekeraars in de Zvw. Voor deze maatregelen gelden een aantal identieke uitgangspunten en berekeningen, die hieronder worden beschreven. In de afzonderlijke maatregelen worden deze eenduidig toegepast. In Tabel 2 worden de verschillen van de afzonderlijke stelsels uitgelicht.

Uitgangspunten

Opbrengsten stelselwijzing

De Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) stelt dat het ene stelsel niet systematisch efficiënter is dan het andere stelsel. De doelmatigheid is geen gegeven, maar hangt af van hoe het stelsel concreet wordt ingericht. Alhoewel budgettaire effecten van prikkels voor kostenbeheersing bij uitvoerders en zorgaanbieders kunnen verschillen, net als de effecten op doelmatigheid en beheerskosten, worden in Zorgkeuzes in Kaart geen ex-ante besparingen toegekend aan een stelselwijziging.

De veronderstelling is daarmee ook dat het zorgaanbod (basispakket) en de eigen betalingen gelijk blijven. Wil men veranderingen in pakket, eigen betalingen, kostenbeheersing of beheerskosten, dan vergt dit een aparte maatregel, die gegeven een stelsel wel een budgettair gevolg kunnen hebben. In Tabel 1 is weergegeven hoe verschillende EU-landen scoren op een aantal indicatoren.

Tabel 1
Uitkomsten van zorg[1]

	EU	NL	UK	DK	FR	DE	BE	SWE
Uitgaven curatieve zorg als % BBP 2018		5,2	5,5	5,6	6,1	5,6	5,2	5,7
Vermijdbare sterfte per 100.000 inwoners 2015	127	91	117	98	78	116	94	97
% gemelde onvervulde zorgbehoefte 2016	2,5	0,2	1	1,1	1,3	0,3	2,4	1,6
Levensverwachting 2018	80,0	81,8	81,3	81,2	82,6	81,1	81,6	82,5

Uitwerking stelselwijzigingen

De voorstellen voor stelselwijzigingen worden wel degelijk uitgewerkt omdat een ander stelsel bepaalde maatregelen wel (gemakkelijker) mogelijk maakt. In een publiek stelsel kan de overheid beter sturen op bijvoorbeeld zorgaanbieders in loondienst en hoogte van de salarissen. De overheid kan eenvoudiger voorschriften geven voor de bedrijfsvoering van publiekrechtelijke uitvoerders. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk intensiever onderzoek te doen naar fraude, meer te doen aan preventie of de informatievoorziening te verbeteren. In een privaat stelsel kan een overheid meer vertrouwen op concurrentiële prikkels bij zorgaanbieders en uitvoerders om kwaliteit te verhogen, te innoveren, kosten laag te houden en servicegericht te werken.

Type uitvoerder en aanspraak

Voor de inrichting van een zorgstelsel zijn verschillende opties mogelijk. De twee belangrijkste keuzes zijn: de uitvoerder en de aanspraak. Hierbinnen zijn veel variaties mogelijk.

Type uitvoerder

Het bepalend kenmerk van een publiek stelsel is de publieke uitvoerder. Een publieke uitvoering betekent dat door de overheid aangewezen publieke organisaties of aangewezen private partijen zonder winstoogmerk verantwoordelijk zijn voor de verzekering of de voorziening. De zorgaanbieders kunnen zowel publiek als privaat zijn. Een privaat stelsel heeft private uitvoerders. Dit betekent dat privaatrechtelijke organisaties die winstoogmerk mogen hebben, verantwoordelijk zijn voor de verzekering. Een voorziening is niet mogelijk in een privaat stelsel. De zorgaanbieders kunnen alleen privaat zijn.

Type aanspraak

Recht op zorg wil zeggen dat er een verzekering is op basis waarvan de verzekerde aanspraak kan maken op zorg of de vergoeding van zorg. Bij een voorziening krijgt een cliënt die zorg behoeft, waar mogelijk een algemene voorziening of een maatwerkvoorziening. Het voorzieningenniveau wordt per cliënt bepaald door de uitvoerende publieke

1 Health at a Glance 2019: OECD indicators.

organisatie(s). Voor zowel recht op zorg als voorzieningen geldt dat inhoud en omvang door de wetgever kunnen worden afgebakend.

Borgen van publieke belangen

De Nederlandse overheid is verantwoordelijk voor het borgen van de publieke belangen in de zorg: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De overheid borgt deze publieke belangen, ongeacht het publieke of private karakter van het stelsel. De sturingsinstrumenten die de overheid hiervoor kan inzetten, kunnen verschillen per stelsel. Dit maakt dat er verschillen zijn tussen stelsels voor wat betreft de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg, maar ook in de wijze van macrokostenbeheersing, financiering en de aard van mogelijke doelmatigheidsprikkels. In de afzonderlijke maatregelen wordt hier nader op ingegaan.

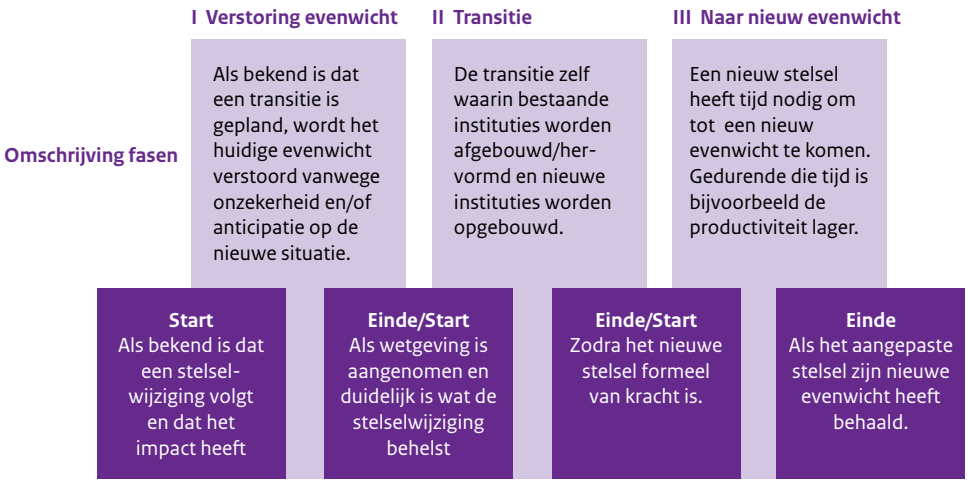
Berekeningen

Transitietijdpad

Wanneer wordt besloten tot een stelselwijziging, duurt het een periode voordat deze stelselwijziging daadwerkelijk is doorgevoerd en de kinderziektes eruit zijn. Dit wordt de transitietijd genoemd. Onderscheid wordt gemaakt tussen kleine, middelgrote en grote stelselwijzigingen. Bij kleine transities wordt uitgegaan van een transitie van twee jaar, bij middelgrote van vijf jaar en bij grote stelselwijzigingen van acht jaar. Een voorbeeld van een kleine stelselwijziging is wijkverpleging overhevelen naar de Wlz en van een grote wijziging is naar publiekstelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders.

Figuur 1

Analysekader transitiepad aanpassing zorgstelsel[2]



De transitiefases bij een grote stelselwijziging verlopen als volgt: de eerste fase waarin het evenwicht wordt verstoord, de tweede fase van parlementaire goedkeuring tot aan de invoering, en de derde fase het bereiken van een nieuw evenwicht na de transitie. Dit duurt minimaal acht jaar.

Transitiekosten

De overgang naar een nieuw stelsel gaat gepaard met transitiekosten. Er zijn transitiekosten als gevolg van (1) leereffecten, (2) aanhouden van kapitaalbuffers vanwege onzekerheid en (3) tijdelijk lagere productiviteit.

De algemene rekenregel gaat uit van de veronderstelling dat gedurende de transitie de kosten per jaar 1,5% van de budgettaire grondslag zijn. In geval van een grote transitie, zoals een overgang van zorg van het ene domein naar het andere, zijn de transitiekosten berekend op 8 jaar × 1,5% = 12%.

Voor stelselwijziging waarbij de curatieve zorg wordt overgeheveld naar een ander domein zijn de jaarlijkse transitiekosten geraamd op circa 1,5% * 51 mld. = € 765 mln. per jaar. In acht jaar is dit bedrag cumulatief € 6,1 mld.

2 SiRM (2015), Transitiekosten stelselwijzigingen in de zorg

Eigen betalingen

Er geldt nu een verplicht eigen risico in de Zvw; onder andere huisartsenzorg en wijkverpleging zijn hiervan uitgezonderd, evenals verzekerden jonger dan 18 jaar. Er zijn een beperkt aantal eigen bijdragen. Bij stelselwijziging wordt er in principe van uitgegaan dat het stelsel van eigen betalingen niet verandert, tenzij dit expliciet is opgenomen in de maatregel.

Compensatie eigendomsrecht

Een fundamentele stelselherziening waarbij wordt overgegaan naar een publiek stelsel staat op gespannen voet met het eigendomsrecht van de zorgverzekeraars en de bescherming van dat recht. De zorgverzekeraars zijn private organisaties die bescherming genieten onder het Europese Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) en het vrij verkeer van kapitaal volgens het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU). De toets die hierbij hoort is dat de Staat de dwingende redenen van algemeen belang aantoont en het doel van de stelselwijziging en de gevolgen voor het eigendomsrecht en vrij verkeer van kapitaal in voldoende evenwicht zijn.

Overgang naar een publiek stelsel kan derhalve financiële compensatie vereisen. De juridische toetsing zal per zorgverzekeraar moeten plaatsvinden. De financiële compensatie per zorgverzekeraar is mede afhankelijk van de aard van de stelselherziening en het beoogde tijdpad. Gelet op deze factoren is het niet mogelijk op voorhand een compensatiebedrag te ramen en wordt uitgegaan van een forse bandbreedte: van nihil tot € 4,5 mld. (op basis van de bedrijfsresultaten van verzekeraars). In de tabellen wordt voor de financiële compensatie een PM opgenomen in het voorlaatste jaar van de MLT-periode.

Bestaande reserves van zorgverzekeraars

De aanname is dat de reserves die vanuit het pre-2006 stelsel zijn ingebracht, inmiddels niet meer beklemd zijn en daarmee volledig privaat eigendom zijn. Verondersteld wordt dat verzekeraars – als een beleidsmaatregel hen de markt ontneemt – vrijelijk over hun reserves beschikken. Bijvoorbeeld om een uitkering aan aandeelhouders of leden te doen of om – als de statuten bepalen dat reserves bestemd moeten worden voor een doel binnen de gezondheidszorg – de reserves op die manier aan te wenden. Er is geen effect op de rijksbegroting.

Nieuwe reserves in een nieuw stelsel

Ook een publiek stelsel kent financiële risico's rond zorg en zorgverzekering. Bij een stelsel als de NHS worden risico's opgevangen op de rijksbegroting en zijn er geen reserves. Omdat de risico's van de overheidsbegroting toenemen, zullen financiële markten een hogere rentevergoeding over de staatsschuld eisen. Dit leidt jaarlijks tot hogere rentelasten voor de overheid. De aanname is dat de extra rente per jaar beperkt is en daarom wordt afgezien van het berekenen van een jaarlijks bedrag.

Als het nieuwe stelsel een ziekenfondsstelsel is, is nieuwe reservevorming nodig. Omdat dit stelsel een publiek systeem is, zijn de Solvency II-regels niet van toepassing.

Verondersteld wordt dat de helft van de huidige reserves benodigd zijn om risico's op te vangen: 0,5x9,1= € 4,5 mld. Deze reserves dienen of bij de start van het nieuwe stelsel door de overheid geleverd te worden, of gedurende een aantal jaren via de premies opgebouwd worden. Het benodigde bedrag is lager wanneer verondersteld wordt dat de Onderlinge Waarborg Maatschappijen (OWM) die besluiten mee te gaan naar het nieuwe stelsel als ziekenfonds, hun oude reserves gebruiken in het nieuwe stelsel; dan hoeven alleen reserves opgebouwd te worden ter vervanging van de zorgverzekeraars die geen OWM zijn. Verondersteld wordt dat een deel van de huidige reserves van OWM aangewend zullen worden voor reserves in het nieuwe stelsel en dat reservevorming direct aan de orde is en niet uit opbouw uit premies. De benodigde middelen worden daarom geraamd op de helft van € 4,5 mld. = € 2,3 mld. Er wordt verondersteld dat deze middelen in het voorlaatste jaar van de MLT-periode betaald moeten worden.

← Terug naar tabel PREVENTIE
← Terug naar overzicht resultaten

Tabel 2

Verschillen tussen de afzonderlijke stelsels

	Huidige Zorgverzekeringswet	Landelijke ziekenfondsen	Regionale ziekenfondsen	'NHS' systeem
Type stelsel	Privaatrechtelijke verzekering	Publiekrechtelijke verzekering	Publiekrechtelijke verzekering	Publiekrechtelijke voorziening
Recht op zorg	Ja	Ja	Ja	Nee, voorziening
Keuze verzekeraar/ uitvoerder	Vrije keuze verzekeraar	Vrije keuze ziekenfonds	Verplicht regionaal ziekenfonds	Verplicht regionaal instituut
Winst	Winstuitkering toegestaan	Geen winstuitkering	Geen winstuitkering	Geen winstuitkering
Risicodeling	Risicoverevening	Risicoverevening	Regionaal verdeelmodel	Verdeelmodel
Vaststelling pakket	Centrale overheid	Centrale overheid	Centrale overheid/Regio's	Centrale overheid/Regio's (voorzieningenniveau)
Aanvullende verzekering	Private aanvullende verzekeringen	Private aanvullende verzekeringen	Private aanvullende verzekeringen	Private complementaire of substitueerbaar en/of aanvullende verzekeringen
Zorginkoper	Concurrerende zorgverzekeraars	Concurrerende ziekenfondsen	Regionale ziekenfondsen	Regionale instituten
Keuze zorgaanbod	Vrije keuze of gecontracteerde aanbieders	Landelijk gecontracteerde zorgaanbieders	(Regionaal) gecontracteerde zorgaanbieders	In principe regionale zorgaanbieders
Regionale verschillen zorgniveau	Nee	Nee	Ja	Ja
Inkomensafhankelijke premie	50%	80%	100%	Belastingen
Verzekeringsmarkt	Gereguleerde concurrentie	Minder concurrentie	Geen concurrentie	Geen concurrentie
Overheidssturing	Landelijke sturing op randvoorwaarden stelsel, meer vrijheden voor marktpartijen	Sterke landelijke sturing op randvoorwaarden stelsel, minder vrijheden voor marktpartijen	Sterke regionale sturing op randvoorwaarden stelsel	Regionale en lokale sturing
Mogelijkheid tot macrobudgettering	Macrobeheersinstrument en evt. hoofdlijnenakkoorden	Verzekeraars- en aanbiedersbudgettering	Regiobudgettering	Budgettering en capaciteitsplanning

Inleiding populatiebekostiging

Populatiebekostiging op basis van door de overheid bepaalde regio's
Populatiebekostiging is het bekostigen van zorgaanbieders op basis van kenmerken van een populatie waar zij zorg aan leveren. De kenmerken (bijvoorbeeld geslacht of sociale status), de omvang (bijvoorbeeld wijk of regio) en de samenstelling van de populatie (bijvoorbeeld bewoners met een bepaalde ziekte of boven een bepaalde leeftijd) die gebruikt worden om de hoogte van de bekostiging te bepalen, kunnen verschillen.

Dat geldt ook voor de partij die de bekostiging (bijvoorbeeld een zorgverzekeraar, meerdere zorgverzekeraars of het zorgkantoor) verzorgt. De zorgaanbieder krijgt dus niet, zoals nu veelal het geval is, een vergoeding voor gemaakte zorguitgaven per individuele patiënt, maar ontvangt in plaats daarvan een bedrag per persoon per periode voor een afgebakend zorgpakket. Het geld volgt de populatie en niet de individuele verzekerde. Als er sprake is van multidisciplinaire (keten) zorgverlening wordt er ook niet meer individueel gedeclareerd door zorgaanbieders. Populatiebekostiging kan gecombineerd worden met andere wijzen van bekostiging (bijvoorbeeld resultaat/uitkomstbekostiging/*shared savings*).

De voor- en nadelen van populatie-bekostiging hangen af van de gekozen kenmerken van de populatie en vormgeving van de bekostiging. Mogelijke voordelen zijn:

1. Geen productieprikkel meer voor zorgaanbieders. De zorgaanbieder krijgt niet meer betaald naar verrichte werkzaamheden, waardoor de prikkel om (te) veel zorg te leveren vervalt. Populatiebekostiging biedt daarentegen wel een prikkel voor doelmatig handelen, gepast gebruik van zorg en kostenbeheersing omdat de zorgaanbieder een vast bedrag ontvangt. Als er doelmatig en gepaste zorg wordt geleverd, kan de zorgaanbieder besparen op kosten.

2. Meer ruimte voor professionaliteit en innovatie. De zorgaanbieder krijgt een vast bedrag waarvoor de zorg moet worden geleverd. Hoe de zorgaanbieder dit doet, is aan hem of haar. Er is dus meer ruimte voor (kostenbesparende) innovatieve en eigen professionele keuzes over zorg.

3. Samenwerking en afstemming worden gestimuleerd. Als de zorgaanbieder betaald wordt voor de levering van zorg in een keten met andere zorgaanbieders, dan is er een stimulans om onderling goed af te stemmen en (meerjarig) samen te werken.

4. Stimulering van preventie en het voorkomen van zorg. De zorgaanbieders krijgt een vast bedrag. Als er door preventief handelen zorg wordt voorkomen, kan de zorgaanbieder besparen op kosten.

5. Minder rechtmatigheidstoezicht, administratieve lasten en registratieverplichtingen. Als er één zorgaanbieder betaald wordt voor de levering van zorg in een keten, kan het rechtmatigheidstoezicht zich beperken tot de keten als geheel. Dat betekent minder administratieve lasten omdat niet meer gekeken hoeft te worden naar de rechtmatigheid van alle individuele schakels in de keten. Zorgaanbieder hoeven ook niet meer behandelingen te registreren en te declareren.

Populatiebekostiging is complex. Voor een optimaal populatiebekostigingssysteem moet aan verschillende randvoorwaarden worden voldaan. Deze hebben onder andere betrekking op het de technische vormgeving en de governance. Mogelijke nadelen en aandachtspunten zijn:

1. Hoe wordt de populatie afgebakend? Wat gebeurt er als burgers toe- of uittreden uit de populatie (bijvoorbeeld door verhuizing)?

2. Kans op onderbehandeling en afwenteling. De zorgaanbieder krijgt zijn budget, ongeacht het aantal uitgevoerde behandelingen. Dat geeft een prikkel om zo min mogelijk zorg te verlenen en een risico dat aanbieders kosten proberen af te wentelen op andere aanbieders. Daarnaast wordt ook hoge patiënttevredenheid niet automatisch gestimuleerd, omdat dit de zorgvraag kan verhogen. Door prikkels voor goede uitkomsten in te bouwen kan dit nadeel deels worden ondervangen. Dit wordt ook wel uitkomstbekostiging of Pay for Performance genoemd.

3. Invoeren van populatiebekostiging binnen het huidige zorgverzekeringsstelsel kan juridisch complex zijn. De Zvw kent een individueel verzekerd recht op zorg, terwijl populatiebekostiging aanhaakt op de populatie en niet op het individu, waardoor het individueel verzekerd recht op zorg onder druk kan komen.

4. De verantwoordelijkheden en plichten moeten duidelijk geregeld worden en de bekostiging moet zo worden ingericht dat de prikkel tot risicoselectie zoveel als mogelijk verminderd wordt. Wie heeft de zorgplicht? Wie moet betalen indien het berekende en beschikbaar gestelde populatiebudget niet voldoende blijkt te zijn om aan de daadwerkelijke zorgvraag tegen de daadwerkelijke zorgprijzen te voldoen? Wie heeft de beslissingsbevoegdheid om welke maatregelen te nemen om de zorgvraag te laten passen binnen het beschikbare populatiebudget? Zonder duidelijke eindverantwoordelijke zullen partijen bij problemen naar elkaar gaan wijzen, met als risico dat de verzekerde geen toegang heeft tot de voor hem of haar noodzakelijke zorg.

5. De concurrentieprikkel tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling kan wegvallen, met risico op monopolistisch gedrag, ondoelmatigheden en gebrek aan innovatie. Er zijn risico's dat nieuwe zorgaanbieders niet kunnen toetreden tot het zorglandschap van een wijk of regio, dat burgers geen toegang hebben tot een door hen geprefereerde zorgaanbieder die geen onderdeel is van het met de populatiebekostiging bekostigde aanbod, dat de keuzevrijheid van verzekerden voor

zorgaanbieders en zorgverzekeraars beperkt is. Als er één eindverantwoordelijke is, ligt het risico van monopolistisch gedrag op de loer. Als er sprake is van meerdere regio's kan dit deels worden opgevangen door benchmarking van die regio's.

6. Problemen met eigen risico, risicoverevening en rechtmatigheidstoezicht. Deze zijn nu gebaseerd op zorguitgaven die individueel gemaakt worden. Wanneer zorguitgaven meer voor de populatie en minder voor het individu gemaakt worden, is het moeilijker kosten onder een eigen risico te laten vallen tenzij het declaratiesysteem op individuele basis blijft functioneren. Als alternatief voor het eigen risico kan in een stelsel met populatiebekostiging eigen betalingen worden ingevoerd.

7. Populatiebekostiging is regionaal georiënteerd en past daarom niet bij zeldzame aandoeningen die een kostbare, hoogcomplexe behandeling vragen. Bij populatiebekostiging is voor zulke behandelingen een aanvullende landelijke bekostigings- en financieringssystematiek nodig.

Bronnen:

- Populatiebekostiging: wat, waarom en hoe? KPMG Plexus, 2013
- Uitkomstbekostiging in de zorg: een (onbegaanbare) weg? Dr. Frank Eijkenaar en prof. dr. Erik Schut, Erasmus Universiteit Rotterdam, februari 2015
- De rol van populatiebekostiging in het sociaal domein. Netwerk Directeuren Sociaal Domein (NDSD), 2016
- Value-based provider payment: towards a theoretically preferred design. Daniëlle Cattel, Frank Eijkenaar and Frederik T. Schut, Erasmus School of Health Policy and Management, Erasmus University Rotterdam, Rotterdam, The Netherlands, July 2018
- Value-Based Provider Payment Initiatives Combining Global Payments With Explicit Quality Incentives, D. Cattel (Daniëlle) and F. Eijkenaar (Frank), July 2019

132 Zorgkantoren afschaffen en zorgverzekeraars als inkopers van Wlz-zorg

De zorgverzekeraars worden verantwoordelijk voor het inkopen van Wlz-zorg. Dit voeren zij risicodragend uit, eventueel getemperd door ex-post verevening. De zorgkantoren worden afgeschaft. Dit betekent dat elke zorgverzekeraar de Wlz-zorg voor haar eigen verzekerden moet gaan inkopen. Inkopen in representatie en/of volgbeleid kan wel toegestaan kan worden. Het gaat om een volledige overheveling van Wlz naar Zvw.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**380**	**380**	**380**	**380**	**PM**
w.v. structurele effecten	0	0	0	0	PM
w.v. transitiekosten stelselwijziging	380	380	380	380	0
Kwalitatief effect					
Prikkels om zorg voor ouderen, gehandicapten en langdurige ggz-cliënten beter af te stemmen; er kan risicoselectie optreden.					

Uitvoering & haalbaarheid

De maatregel beoogt de doelmatigheid van Wlz-zorg te bevorderen via de concurrentie tussen verzekeraars. In deze maatregelen blijft zorg een verzekerd recht.

De maatregel is technisch en juridisch uitvoerbaar. Voor vrijwel alle zorgverzekeraars geldt dat zij de langdurige zorg landelijk moeten organiseren, terwijl zorgkantoren dat nu regionaal doen. De zorgaanbieders sluiten dus geen overeenkomst meer met één zorgkantoor, maar met meerdere verzekeraars. Dit zal leiden tot meer administratieve lasten, mogelijk ook door aangepaste declaratie- en bekostigingsregels.

Aandachtspunten in de uitvoering:
- De Wlz wordt afgeschaft. Wlz-budgetten worden opgeheven. Er is overgangswetgeving nodig voor personen en organisaties die nu gebruik maken van Wlz-zorg.
- De Zvw wordt uitgebreid met taken die nu onder de Wlz vallen. De doelstelling van de Zvw wordt aangepast zodat ook het invullen van blijvende zorgvraag er deel van uitmaakt.

- Gegeven de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie moet de risicoverevening aangepast worden om zorgverzekeraars een level-playing field te bieden. De verevening beïnvloedt de risico's van verzekeraars en de stimulans om doelmatig in te kopen. Het ontstaan van risicoselectie moet misschien afgevangen worden door ex-post compensatie.
- Voor de vier zorgverzekeraars die momenteel geen taken in het kader van de Wlz uitvoeren, moet onderzocht worden hoe zij deze taakuitbreiding kunnen invullen.
- Introductie van inkomensafhankelijke bijdragen in de Zvw is een ingrijpende maatregel. Hiervoor moeten verzekeraars over inkomensgegevens van alle verzekerden beschikken. Dit kan botsen met visies op privacy. Een mogelijk alternatief is dat een derde, publieke partij de eigen bijdrage int. In ZIK 2015 werd aangenomen dat het CAK dit kon doen. Indien beoogd, kan aanvullend maatregel **69** (Inkomensafhankelijk eigenbetalingensysteem) worden ingevoerd.
- De overheveling betekent dat de wooncomponent uit de Wlz wordt meeverzekerd in de Zvw. Indien beoogd, kan aanvullend maatregel **28** (Scheiden van wonen en zorg in Wlz) worden ingevoerd.
- De pgb-systematiek voor de overgehevelde zorg moet omgezet van de Wlz-systematiek naar die van de Zvw.
- Bij de overheveling van de extramuraal verblijvende gehandicaptenzorg naar de Zvw is het een risicofactor dat de dagbesteding vanuit de Wmo geleverd blijft worden. Zulke zorg valt niet onder het basispakket voor de zorgverzekering. Dit kan tot afstemmingsproblemen leiden. Indien deze keuze voor de intramurale zorg gemaakt wordt, is er mogelijk sprake van kwaliteitsverlies omdat de Wmo geen landelijk geldend recht kent.
- De benchmark verpleeghuiszorg vervalt, verzekeraars bedingen een gelijke efficiencykorting.
- Wlz-zorgaanbieders moeten met meerdere zorgverzekeraars inkoopafspraken maken.
- Indicatiestelling blijft uitgevoerd worden door het CIZ, maar dan onder de Zvw.

Een aantal zaken zal nader moeten worden bepaald of uitgezocht. Zo moet er worden besloten of de behandelcomponent wordt losgekoppeld van het intramurale verblijf in de Zvw (onder andere geneeskundige, farmaceutische en tandheelkundige zorg binnen verpleeghuizen), net als de ondersteuning die nu onder de intramurale zorg in de Wlz valt. Er moet ook besloten worden over zaken als vervoer, waarvan de aanspraak onder de Wlz breder is geformuleerd dan onder de Zvw.

Om een zorgval te voorkomen moet het systeem van eigen bijdragen geharmoniseerd worden, ongeacht of deze uit de Zvw of Wlz wordt georganiseerd. De maatregel kan in circa acht jaar worden ingevoerd.

Budgettaire effecten

De transitiekosten bedragen jaarlijks € 380 mln. gedurende acht jaar.

Het doelmatigheidseffect van de maatregel wordt door een veelheid aan factoren bepaald. Zo vervalt aan de ene kant de benchmark ouderenzorg, aan de andere kant zijn er prikkels vanuit de inkoop door risicodragende verzekeraars. Onder verwijzing naar de inleiding Stelselwijziging worden er geen ex-ante doelmatigheidsbesparingen toegekend.

Overige effecten

Hoewel de maatregel integrale zorg voor ouderen beoogt te organiseren vanuit het Zvw-domein, blijft de extramurale ondersteuning voor ouderen vanuit de Wmo geregeld worden. Het risico op afwentelen blijft daarmee bestaan.

Er is sprake van inkomenseffecten. De Wlz-premie gaat omlaag, terwijl de Zvw-premie stijgt. De hogere Zvw-uitgaven leiden tot hogere nominale premies, een hogere inkomensafhankelijke bijdrage voor de Zvw en hogere zorgtoeslag. Voor personen met een laag inkomen compenseert de hogere zorgtoeslag de hogere premies. Het is mogelijk om werkgevers en huishoudens met middeninkomens te compenseren voor de hogere nominale premies of inkomensafhankelijke bijdragen. Dit zal zeker bij burgers geen exacte compensatie zijn.

Uitgaande van een solvabiliteitseis van gemiddeld 15-17% van de bruto schadelast moeten verzekeraars naar schatting € 3,75 mld. extra solvabiliteit aanhouden (Solvency II)). Hierdoor ontstaat een aanvullend inkomenseffect. Verzekeraars moeten hogere reserves aanhouden. Hierdoor zal de Zvw-premie tijdelijk hoger worden, met een doorwerking op de zorgtoeslag.

Als de behandelcomponent wordt geharmoniseerd en dus voor alle zorggebruikers gelijk wordt getrokken met de Zvw, leidt dit tot een besparing, maar ook tot meer eigen betalingen.

Overige opmerkingen

Het is mogelijk om scheiden van wonen en zorg toe te passen, zie maatregel **28**. De maatregel gaat niet samen met maatregel **133** ((Deel) Ouderenzorg van Wlz naar Wmo, Zvw of speciale ouderenwet). De maatregel kan gecombineerd worden met maatregel **30** (Introduceren objectief verdeelmodel voor de Wet langdurige zorg (deel GHZ)). Een optie is om een inkomensafhankelijke eigen betaling systeem in te voeren, zie maatregel **69**.

Terug naar tabel STELSEL & TRANSITIES
Terug naar overzicht resultaten

133 (Deel) Ouderenzorg van Wlz naar Wmo, Zvw of speciale ouderenwet

Ouderenzorg wordt voortaan integraal uitgevoerd. Hiervoor zijn verschillende varianten uitgewerkt:
Variant A: Ouderenzorg verhuist van de Wlz naar de Wmo. Gemeenten voeren deze zorg integraal uit.
Variant B: Ouderenzorg gaat van de Wlz naar de Zvw. Zorgverzekeraars voeren dit integraal risicodragend uit. Deze variant kent twee subvarianten:
B1. alle ouderenzorg in de Wlz met ZZP V&V wordt overgeheveld naar de Zvw;
B2. alleen extramurale ouderenzorg wordt overgeheveld naar de Zvw.
Variant C: De budgetten voor verpleeghuiszorg (Wlz) en wijkverpleging (Zvw) worden overgeheveld naar de Wmo en onder één wettelijk regime uitgevoerd door de gemeente.
Variant D: De budgetten voor verpleeghuiszorg (Wlz), wijkverpleging (Zvw) en Wmo worden onder één nieuwe ouderenwet uitgevoerd door de zorgkantoren. De huidige rechten en indicatiestelling blijven gehandhaafd.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: ouderenzorg naar Wmo	**310**	**420**	**530**	**630**	**760+PM**
w.v. structurele effecten	110	220	330	430	760+PM
w.v. transitiekosten stelselwijziging	200	200	200	200	0
Kwalitatief effect					
De kwaliteit van zorg kan per gemeente verschillen.					
Variant B1: ouderenzorg naar Zvw	**260**	**260**	**90**	**90**	**-170+PM**
w.v. structurele effecten	0	0	-170	-170	-170+PM
w.v. transitiekosten stelselwijziging	260	260	260	260	0
Kwalitatief effect					
Verzekeraars krijgen de prikkel om ouderen langer zelfstandig te laten functioneren.					
Variant B2: extramurale ouderenzorg naar Zvw	**10**	**10**	**10**	**10**	**PM**
w.v. structurele effecten	0	0	0	0	PM
w.v. transitiekosten stelselwijziging	10	10	10	10	0
Kwalitatief effect					
Verzekeraars krijgen de prikkel om de zorg voor ouderen goed op elkaar af te stemmen; dit kan de kwaliteit ten goede komen.					

Variant C: verpleeghuiszorg en wijkverpleging naar Wmo	**380**	**500**	**600**	**700**	**760+PM**
w.v. structurele effecten	110	220	330	430	760+PM
w.v. transitiekosten stelselwijziging	270	270	270	270	0
Kwalitatief effect					
Gemeenten krijgen de prikkel om ouderen zo veel en lang mogelijk zelfstandig te laten functioneren, al dan niet met hulp van hun netwerk.					
Variant D: verpleeghuiszorg, wijkverpleging en Wmo naar nieuwe ouderenwet	**140**	**140**	**-170**	**-170**	**-170+PM**
w.v. structurele effecten	0	0	-170	-170	-170+PM
w.v. transitiekosten stelselwijziging	140	140	0	0	0
Kwalitatief effect					
Zorgkantoren zijn nauwelijks risicodragend en krijgen weinig prikkel om zwaardere zorg te voorkomen.					

Uitvoering & haalbaarheid

De maatregelen zijn praktisch, technisch en (in de meeste varianten) juridisch uitvoerbaar. Voor varianten A - C geldt een invoeringstermijn van acht jaar, voor variant D een invoeringstermijn van twee jaar. Per variant gelden verschillende aandachtspunten.

In variant A blijft een deel van de ouderenzorg in de Zvw (medisch zorg, verpleging en verzorging). Bij V&V geldt dit voor mensen die niet blijvend zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht. De zorg die wordt overgeheveld is nu een landelijk vastgesteld recht; binnen de Wmo zou dit een voorziening (kunnen) worden, waarvan de vormgeving lokaal kan uiteenlopen. Dit kan leiden tot ongelijke toegankelijkheid; juridisch kan er wel een ondergrens worden afgedwongen.

Deze variant is juridisch gezien lastig uitvoerbaar, omdat een landelijk uniform verzekerd recht wordt omgezet in een voorziening van gemeentewege. Daarbij is ook wijziging nodig van het toezicht. De gemeente krijgt medische taken. Daarbij verdient de huidige wijze van toezicht door de IGJ aandacht omdat deze op gespannen voet kan staan met de autonomie van gemeenten. Er is ook een oplossing nodig voor het Kwaliteitskader. En de vraag is of en hoe de bestaande indicaties van het CIZ door gemeenten worden overgenomen.

De maatregel heeft voor gemeenten grote financiële consequenties. Er is een verdeelmodel nodig. De nieuwe taak kan ook botsen met de verantwoordelijkheid om de financiële huishouding gezond te houden. Daarbij ontstaat een schaalgrootteprobleem: kleine gemeenten kunnen mogelijk geen optimale contracten afsluiten en lopen een aanzienlijk financieel risico, met beperkte mogelijkheden om bij te sturen.

Er treedt geen verandering op in de eigen bijdragen. De benchmark verpleeghuiszorg kan geen doorgang vinden omdat gemeenten geen landelijke benchmark kunnen uitvoeren.

In variant B blijft zorg een verzekerd recht onder de Zvw. Deze wijziging vergt wel een wijziging van wetgeving en onderliggende regelgeving. Daarvoor moet minstens twee jaar worden gerekend, exclusief overgangsrecht.

Bij subvariant B1 gaat alle ouderenzorg uit de Wlz naar de Zvw. Dit betreft alle zorg met ZZP VV. De Zvw moet hiervoor aangepast, zodat deze ook gaat gelden voor mensen die blijvend zijn aangewezen op zorg, intramuraal dan wel extramuraal. Door de uitbreiding van de Zvw gaat de premie omhoog en stijgen de uitgaven aan zorgtoeslag. Ook de pgb-systematiek moet aangepast worden. Verder moet wetgeving rond toezicht op verpleging en verzorging en op verpleeghuiszorg worden aangepast.

De toegang tot deze zorg moet geregeld worden: denk aan beoordeling door het CIZ, maar dan onder de Zvw. En om een zorgval te voorkomen moet het systeem van eigen bijdragen en eigen risico geharmoniseerd worden. De eventuele budgettaire consequenties hiervan zijn niet opgenomen in de tabel.

Zorgverzekeraars krijgen er een forse groep relatief zware zorggebruikers bij. En omdat de ondersteuning vanuit de Wmo geregeld blijft worden, moeten verzekeraars en gemeenten samenwerken en financiële afspraken maken, om afwenteling tussen domeinen te voorkomen.

Voor de inkomensafhankelijke bijdragen in de Zvw is het nodig dat verzekeraars beschikking krijgen over inkomensgegevens van alle verzekerden. Dit werd in het verleden onwenselijk geacht vanwege privacy. Een alternatief is dat een derde, publieke partij de eigen bijdrage int. In ZIK 2015 werd ervan uitgegaan dat het CAK dit zou kunnen doen.

Bij subvariant B2 gaat alleen de extramurale ouderenzorg uit de Wlz naar de Zvw. Dit betreft de leveringsvormen VPT, pgb en MPT. Door uitbreiding van de Zvw gaat de premie omhoog (maar minder dan in variant B1). De uitgaven aan zorgtoeslag stijgen. De pgb-systematiek voor extramurale zorg moet aangepast worden. Ook moet het eigenbijdragesysteem worden aangepast als verpleeghuisbewoners in het Zvw-regime hun eigen huur moeten gaan betalen.

De toegang tot deze extramurale zorg moet geregeld worden – denk aan beoordeling door het CIZ, maar dan onder de Zvw. Wat betreft de inning van inkomensafhankelijke eigen bijdragen geldt hetzelfde als vermeld bij subvariant B1.

Ook in deze variant krijgen zorgverzekeraars er een groep relatief zware zorggebruikers bij, zij het dat de maatregel iets beperkter is omdat de intramurale zorg niet wordt overgeheveld. De risicoverevening moet worden aangepast. De mate waarin dit kan, beïnvloedt de risicodragendheid van verzekeraars en daarmee de stimulans om doelmatige zorg in

te kopen. Aandachtspunt is verder de grens van intramuraal: valt ook geclusterd wonen onder een instelling of wordt dit gezien als extramuraal?

Bij variant C gaan de budgetten voor verpleeghuiszorg (uit de Wlz) en de wijkverpleging (uit de Zvw) naar de Wmo en komt deze zorg onder de gemeenten. De maatregel kan worden ingevoerd. Afhankelijk van gemaakte keuzes kunnen er wel schotten blijven bestaan (leeftijdsgrens, of tussen zorgvormen).

De zorg die wordt overgeheveld is nu een landelijk vastgesteld recht; binnen de Wmo zou dit een voorziening (kunnen) worden, waarvan de vormgeving lokaal kan uiteenlopen. Dit kan leiden tot ongelijke toegankelijkheid; juridisch kan er wel een ondergrens worden afgedwongen. De criteria om in aanmerking te komen voor deze zorg moeten worden geformuleerd.

Deze variant is juridisch lastig uitvoerbaar, omdat een landelijk uniform verzekerd recht (gericht op zorg) wordt omgezet in een voorziening van gemeentewege – die gericht is op ondersteuning van zelfstandigheid. Daarbij is ook wijziging nodig van het toezicht. De gemeente krijgt medische taken; daarbij verdient de huidige wijze van toezicht door de IGJ aandacht omdat deze op gespannen voet kan staan met de autonomie van gemeenten.

Gemeenten krijgen er een forse groep relatief zware zorggebruikers bij en dit heeft flinke financiële consequenties. De inkoop van deze vormen van zorg is nieuw voor gemeenten en wordt zeker voor kleine gemeenten een forse opgave. Er is een verdeelmodel nodig. De nieuwe taak en de daarmee gemoeide risico's kunnen botsen met de verantwoordelijkheid om de financiële huishouding gezond te houden.

Er treedt geen verandering op in de eigen bijdragen. De inning van inkomensafhankelijke eigen bijdragen voor deze vormen van zorg, zoals die nu binnen de Wlz plaatsvindt, betekent een wijziging in de uitvoering van het CAK. Dit vergt het nodige van het CAK en vraagt om voldoende tijd voor de implementatie. De benchmark verpleeghuiszorg kan geen doorgang vinden omdat gemeenten geen landelijke benchmark kunnen uitvoeren.

Bij variant D worden alle budgetten voor ouderenzorg samengevoegd onder één nieuwe ouderenwet die wordt uitgevoerd door de zorgkantoren. Zorgkantoren hervatten dus de inkoop van vormen van zorg en ondersteuning die zij enkele jaren geleden hebben overgedragen aan gemeenten en zorgverzekeraars. De maatregel kan worden ingevoerd. Afhankelijk van gemaakte keuzes kunnen er wel schotten blijven bestaan (leeftijdsgrens, of tussen zorgvormen). De huidige rechten en indicatiestelling blijven ongewijzigd.

De maatregel is juridisch mogelijk, maar complex. Er moet gekozen worden in hoeverre werkwijzen uit Wmo, Zvw en Wlz) worden overgeheveld naar de nieuwe wet. Er is sowieso een wetswijziging nodig die minstens twee jaar vergt en er moet worden nagedacht over overgangsrecht en verworven rechten.

Er moet een verdeelmodel worden ontwikkeld. Om een zorgval te voorkomen dient het systeem van eigen bijdragen te worden geharmoniseerd. Ook moet het eigenbijdragensysteem worden aangepast als verpleeghuisbewoners hun eigen huur moeten gaan betalen, uitgewerkt in maatregel 28 (Scheiden van wonen en zorg in Wlz). Verder moet de inning van inkomensafhankelijke eigen bijdragen voor het nieuwe regime worden georganiseerd. Voor het CAK is de uitvoering van deze inning een grote wijziging, waar zeker vier jaar voor moet worden uitgetrokken, uitgewerkt in maatregel 69 (Inkomensafhankelijk eigenbetalingensysteem).

Budgettaire effecten

De verschillende varianten kennen structurele effecten op de doelmatigheid van zorg, uitvoeringskosten en door de overgang van een voorziening naar een recht. Per saldo worden deze structureel op PM ingeschat.

De doelmatigheid kan verbeteren door betere zorg, gepast gebruik, betere afstemming tussen zorgverleners, minder dubbele diagnoses, minder onderbehandeling en afwenteling, etc. Er wordt een betere coördinatie van zorg verwacht (Juiste Zorg Op Juiste Plek), en betere samenwerking tussen zorgverleners. Kosten kunnen hierdoor dalen. Ook zal gepast gebruik worden bevorderd, zodat publieke middelen effectief worden besteed. Onder verwijzing naar de inleiding Stelselwijziging worden geen ex-ante doelmatigheidsbesparingen toegekend.
In variant A, C en D wordt een huidige voorziening een verzekerd recht. De aanname is dat het voorzieningenniveau gelijk blijft en er geen sprake is van aanzuigende werking. Het budgettaire effect wordt daarvan ingeschat op 0.

In variant A en C kan de benchmark verpleeghuiszorg geen doorgang vinden omdat gemeenten geen landelijke benchmark kunnen uitvoeren. Dit levert een besparingsverlies op van structureel € 760 mln. In de varianten B1 en B2 vervalt de benchmark verpleeghuiszorg, maar bedingen zorgverzekeraars of zorgkantoren naar verwachting een gelijke efficiency-korting. In alle varianten dalen naar verwachting de uitvoeringskosten door lagere administratieve lasten.

Per maatregel is er sprake van de volgende budgettaire effecten. In variant A kan de doelmatigheid verbeteren omdat gemeenten de prikkel krijgen om ouderen zo veel en zo lang mogelijk zelfstandig te laten functioneren. Omdat het hier de groep ouderen betreft die blijvend afhankelijk is van zorg en permanent toezicht, wordt niet verwacht dat deze op korte termijn beduidend kleiner wordt. Wel kan deze groep in de toekomst enigszins afnemen, doordat er meer geïnvesteerd wordt in het voorkomen van zware zorg en ondersteuning. Gemeenten kunnen meer synergie aanbrengen in het sociaal domein.

De transitiekosten bij variant A worden bepaald op 1,5% van het budget of € 200 mln. gedurende acht jaar. Er vindt een financieringsschuif plaats van de Wlz naar het gemeentefonds van € 11,5 mld.

Bij variant B1 wordt de behandelcomponent voor alle zorggebruikers gelijkgetrokken met de Zvw. Dat leidt tot een besparing van € 170 mln. en tot meer eigen betalingen voor de betreffende zorggebruikers. De transitiekosten van deze variant worden bepaald op 1,5% van het budget of € 260 mln. gedurende acht jaar.

Gegeven de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie is in deze variant een gelijk speelveld belangrijk om risicoselectie te voorkomen. Een goede risicoverevening is waarschijnlijk in eerste instantie alleen mogelijk op basis van indicaties of historische kosten. Dat komt overeen met eerdere overhevelingen, waar zorgverzekeraars in de eerste jaren ook te weinig informatie en sturingsmogelijkheden hadden om scherp in te kopen en er is gewerkt met kostengegevens uit een voorgaand jaar. Na drie jaar zijn deze gegevens vervangen door een meer medisch inhoudelijk kenmerk. Het effect op de kosten is afhankelijk van de mate waarin zorgverzekeraars de prijs en omvang kunnen beïnvloeden. Gezien de onzekerheid is het uiteindelijke effect op de collectieve uitgaven vooralsnog niet nader gekwantificeerd. Kwantificering vergt nader onderzoek.

Bij variant B2 worden de transitiekosten bepaald op 1,5% van het budget of € 10 mln. gedurende acht jaar.

In variant C kan de doelmatigheid verbeteren omdat gemeenten de prikkel krijgen om ouderen zo veel en zo lang mogelijk zelfstandig te laten functioneren. Deze prikkel is sterker dan bij variant A omdat ook de wijkverpleging naar de gemeenten gaat. De transitiekosten worden bepaald op 1,5% van het budget of € 270 mln. gedurende acht jaar. Er vindt een financieringsschuif plaats van Wlz en Zvw naar het gemeentefonds van circa € 11,5 mld.

Variant D maakt zorg en ondersteuning tot een recht. Voor de zorgelementen was dat al zo, maar voor de ondersteuning is dit een verandering die naar verwachting tot hogere kosten leidt (PM+). Voor zowel de Wmo als de Zvw dragen partijen nu risico, wat hen stimuleert doelmatige zorg in te kopen. Nu deze prikkel wegvalt, valt te verwachten dat de uitgaven van deze zorgvormen zullen oplopen (PM+). Aan de andere kant kan het stroomlijnen van beleid en preventieve maatregelen leiden tot besparingen (PM-).

De behandelcomponent wordt voor alle zorggebruikers gelijkgetrokken met de Zvw, wat zal leiden tot een besparing voor de collectieve uitgaven van € 170 mln. en tot meer eigen betalingen voor de betreffende zorggebruikers. De transitiekosten worden bepaald op 1,5% van het budget gedurende twee jaar. Dat impliceert circa € 140 mln. transitiekosten voor de duur van twee jaar. En er vindt een financieringsschuif plaats van circa € 6,1 mld. uit het gemeentefonds en € 4,1 mld. uit de Zvw.

Overige effecten

Variant A zal zoals gezegd leiden tot de nodige financiële onzekerheid voor gemeenten. Er is spanning te voorzien met hun verantwoordelijkheid om de financiële huishouding gezond te houden. Verder moet het verdeelmodel aangepast worden. Daarbij kan financiering van gemeenten op basis van objectieve kenmerken tot herverdeeleffecten leiden die consequenties hebben voor zorgaanbieders en gebruikers.

Omdat gemeenten nu ook verantwoordelijk worden voor de verpleeghuispopulatie is ander toezicht nodig om de medische kwaliteit te kunnen waarborgen. In deze variant wordt verder een groot budget van € 11,5 mld. overgeheveld van een niet-risicodragend naar een risicodragend systeem. De huidige Wlz-premie van 9,65% kan niet op dit niveau gehandhaafd worden. Dit heeft invloed op de belastinginning en de inkomens.

In variant B1 krijgen verzekeraars de prikkel om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten functioneren. Idealiter is het medisch handelen hierop gericht. Zorgverzekeraars zullen doelmatige zorginkoop nastreven, aangezien zij enig risico dragen. Ze krijgen ook meer mogelijkheden om medische zorg in samenhang in te kopen: van wijkverpleging tot medisch specialistische zorg in het ziekenhuis tot huisartsenzorg, tussen tijdelijke opvangvoorzieningen om blijvend intramuraal verblijf te voorkomen. In een regio waar zij enig marktaandeel hebben, kunnen zij de zorg nadrukkelijk rondom de groep ouderen organiseren.

Tegelijk hebben zorgverzekeraars twee aspecten niet in de hand: ondersteuning en passende huisvesting. Daartoe moeten zij afspraken maken met gemeenten, ook over gemeentelijk beleid dat voor hen besparingen mogelijk maakt. Dit is tot op heden lastig gebleken. Verder hebben zorgverzekeraars ook het sociale netwerk van ouderen niet in de hand. Eenzaamheid of het gebrek aan een netwerk kan hen kwetsbaar maken en hun zelfredzaamheid beperken. De overheveling heeft ook gevolgen voor administratieve processen van zorgaanbieders: van afspraken met één zorgkantoor naar afspraken met meerdere verzekeraars. In deze variant geldt voor de Wlz-premie hetzelfde als in variant A.

In variant B2 krijgen verzekeraars een vergelijkbare prikkel om zorg voor ouderen goed op elkaar af te stemmen, maar dan alleen extramuraal. Het medisch handelen kan zoveel mogelijk gericht worden op het zelfstandig functioneren van het individu. Doelmatige inkoop wordt nagestreefd. En zien verzekeraars de zorgintensiteit toenemen, dan kunnen zij patiënten stimuleren een Wlz-indicatie aan te vragen. Wat betreft ondersteuning en passende huisvesting (afspraken met gemeenten) en het sociale netwerk van ouderen geldt hetzelfde als bij variant B1.

De overheveling heeft effect op de administratieve processen van zorgaanbieders: van afspraken met één zorgkantoor naar afspraken met meerdere verzekeraars. In deze variant wordt € 820 mln. overgeheveld van een niet- risicodragend naar een risicodragend systeem. De huidige Wlz-premie van 9,65% moet worden aangepast.

In variant C worden gemeenten nog meer dan in variant A geprikkeld om ouderen zo veel en zo lang mogelijk zelfstandig te laten functioneren, al dan niet met behulp van hun eigen netwerk. Gemeenten krijgen meer belang om permanente zorg te voorkomen en kunnen synergie aanbrengen in het sociale domein. Voor kleinere gemeenten kan dit een zware opgave zijn. Financiering van gemeenten op basis van objectieve kenmerken kan tot herverdeeleffecten leiden die consequenties hebben voor zorgaanbieders en gebruikers. Tot slot kan het indiceren door huisarts of wijkteam leiden tot upcoding; dit stelt eisen aan de wijze waarop het CIZ steekproefsgewijs de indicaties checkt.

In deze variant wordt € 11,5 mld. overgeheveld van de premiesfeer naar de begrotingssfeer (gemeentefonds). Het is ondenkbaar dat de huidige Wlz-premie van 9,65% gehandhaafd kan worden. Dit heeft invloed op de belastinginning en de inkomens.

Bij variant D moeten zorgkantoren ouderen ondersteunen en de zorg verlenen waar zij recht op hebben. Zij zullen moeten werken met feitelijke criteria en hebben beperkte mogelijkheden of prikkels om zwaardere zorg te voorkomen. Zorgkantoren gaan ook niet over alle bepalende factoren voor zwaardere zorg, zoals passende huisvesting. Ook in deze variant is het sociale netwerk van ouderen en hun zelfredzaamheid een belangrijke factor. Zorgkantoren hebben daar geen invloed op.

Overige opmerkingen

In variant B is sprake van inkomenseffecten. De Wlz-premie gaat omlaag en de Zvw-premie omhoog. Verder geldt hier dat overheveling van de ouderenzorg naar de Zvw de risico's van zorgverzekeraars vergroot en tot hogere solvabiliteitseisen leidt. Voor de opbouw van extra reserves zal de Zvw-premie tijdelijk hoger moeten zijn, met een doorwerking op de zorgtoeslag, of dienen aandeelhouders bij te storten in de reserves. Andersom geldt dat bij verlaging van de reserves, de Zvw-premie tijdelijk lager zal zijn of aandeelhouders een evenredig deel krijgen uitgekeerd.

Voor variant C en D is van belang dat de reserves Zvw die vanuit het pre-2006 stelsel zijn ingebracht, waarschijnlijk niet meer beklemd zijn en nu dus volledig privaat eigendom zijn. Verzekeraars kunnen dan vrijelijk over hun reserves beschikken, bijvoorbeeld om een uitkering aan aandeelhouders of leden te doen. Bij deze varianten worden risico's opgevangen op de rijksbegroting en wordt er niet gerekend op reserves. Omdat de risico's van de overheidsbegroting toenemen, zullen financiële markten een hogere rentevergoeding over de staatsschuld eisen. Dit leidt tot hogere rentelasten voor de overheid. De aanname

is dat de extra rente per jaar beperkt is en daarom is afgezien van het berekenen hiervan. In variant A wordt de eigen risico/eigen bijdragesystematiek niet aangepast.

Voor varianten A en C is het randvoorwaardelijk dat scheiden wonen en zorg wordt doorgevoerd, zie maatregel 28. Voor variant D is het randvoorwaardelijk dat een inkomensafhankelijk eigen bijdragensysteem voor het nieuwe regime wordt ontwikkeld, zie maatregel 69.

← Terug naar tabel STELSEL & TRANSITIES
← Terug naar overzicht resultaten

134 Integrale domeinoverstijgende zorg voor kwetsbare ouderen thuis

Delen van de ouderenzorg binnen de Zvw en de Wmo 2015 worden naar de Wlz overgeheveld. Dit betreft geneeskundige en verpleegkundige zorg uit de Zvw en huishoudelijke ondersteuning en dagbesteding uit de Wmo 2015. Alle zorg die thuis aan kwetsbare ouderen wordt verleend, wordt binnen één zorgdomein gefinancierd met een vast bedrag per patiënt (doelgroepbekostiging). Zorg wordt voor deze groep een recht. Het zorgkantoor doet de indicatie.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto- collectieve zorguitgaven in mln. euro	**110**	**110**	**180**	**180**	**180**
w.v. verandering collectieve uitgaven (Zvw, overheveling)	0	0	-5.300	-5.300	-5.300
w.v. verandering opbrengst eigen risico (Zvw)	0	0	25	25	25
w.v. verandering collectieve uitgaven (Zvw, remgeldeffect)	0	0	20	20	20
w.v. verandering collectieve uitgaven (Wmo, overheveling)	0	0	-1.900	-1.900	-1.900
w.v. verandering opbrengst eigen bijdragen huishoudelijke hulp en dagbesteding (Wmo)	0	0	45	45	45
w.v. verandering collectieve uitgaven (Wlz, overheveling)	0	0	7.200	7.200	7.200
w.v. verruiming Wlz-pakket intramuraal (Wlz)	0	0	330	330	330
w.v. indicatiestelling wijkverpleging (Wlz)	0	0	-130	-130	-130
w.v. verlies meewegen sociale context dagbesteding en huishoudelijke hulp (Wlz)	0	0	630	630	630
w.v. verandering opbrengst eigen risico (Wlz)	0	0	-430	-430	-430
w.v. verandering collectieve uitgaven (Wlz, remgeldeffect)	0	0	-310	-310	-310
w.v. transitiekosten	110	110	0	0	0
Kwalitatief effect					
Meer integrale zorg; naar verwachting minder van acute, duurdere zorg.					

Uitvoering & Haalbaarheid

In de huidige regelgeving kan een oudere alleen zorg uit de Wlz ontvangen als er 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht nodig is. Dat kan zowel thuis, waaronder kleinschalige wooninitiatieven (MPT, VPT, pgb) als in een instelling. Ouderen die geen recht hebben op Wlz-zorg, kunnen zorg ontvangen vanuit de Zvw, of huishoudelijke hulp en ondersteuning vanuit de Wmo 2015. De Zvw kent enkele zorgvormen die naast wijkverpleging vrij specifiek zijn gericht op ouderen thuis: geneeskundige zorg door de specialist ouderengeneeskunde, het eerstelijnsverblijf, paramedische zorg en geriatrische revalidatiezorg. In de Wmo 2015 gaat het vooral om huishoudelijke hulp en dagbesteding.

Met de maatregel wordt ook deze zorg voor ouderen zonder huidige Wlz-indicatie overgeheveld naar de Wlz. Bij cliënten die al een Wlz-indicatie hebben en zorg met verblijf 'zonder behandeling' ontvangen (50% van de cliënten met verblijf) of die extramurale zorg ontvangen, wordt het pakket uitgebreid met 'geneeskundige generalistische zorg' (inzet specialist ouderengeneeskunde) en paramedische zorg vanuit de Zvw.

Medische specialistische zorg is ook geneeskundige zorg, maar deze is niet specifiek georganiseerd rond ouderen en wordt niet overgeheveld naar de Wlz. De huisartsenzorg en de farmaceutische zorg zijn ook algemene zorgvormen die niet specifiek toezien op ouderenzorg. Deze vormen blijven daarom Zvw-zorg, ook voor ouderen.

Wlz-aanbieders worden verantwoordelijk voor het organiseren van een integraal pakket aan zorg; de bekostiging ervan vindt plaats vanuit de Wlz. Om hier invulling aan te geven, moet de zorgaanbieder beschikken over de benodigde financiële middelen. De bekostiging wordt in de Wlz vormgegeven via ZZP's die gerelateerd zijn aan zorgprofielen.
Die ZZP's zijn een vast bedrag per cliënt, behorend bij het best passend zorgprofiel (doelgroepbekostiging).

De maatregel is juridisch, praktisch en technisch uitvoerbaar. Aanpassing van de Wet langdurige zorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 is nodig. Dit wetgevingstraject zal ongeveer twee jaar duren.

Budgettaire effecten[1]

Met de overheveling van zorg vanuit de Zvw en de Wmo 2015 naar de Wlz is ruim € 7 mld. gemoeid. Er zijn meerkosten omdat het onderscheid tussen plekken in een instelling met en zonder behandeling komt te vervallen en het pakket voor deze personen wordt verruimd. De NZa heeft becijferd dat het gaat om circa € 5.825 per jaar per ZZP-plek, vermeerderd met de ongeveer 15.000 mensen met een MPT of pgb in de Verpleging&Verzorging-sector. Het macrobedrag komt daarmee op circa € 330 mln.

Op ondoelmatige wijkverpleging wordt bespaard doordat het zorgkantoor de indicatiestelling doet in plaats van ongecontracteerde wijkverpleegkundigen. In 2018 is er voor € 260 mln. niet-gecontracteerde wijkverpleging geleverd. De kosten per patiënt per maand liggen hierbij ongeveer twee keer zo hoog als bij de gecontracteerde zorg. De schatting is dat 50% van genoemde € 260 mln. ondoelmatig is en dat dus € 130 mln. per jaar wordt bespaard met de overheveling naar de Wlz. Indicatiestelling door zorgkantoren zal gezien het verzekeringskarakter naar verwachting niet leiden tot een dempend effect op de indicatiestelling.

De eigen bijdragen in de Wlz zijn hoger dan in de Wmo en Zvw. Daarom nemen de opbrengsten ervan toe en is er een besparing van de collectieve zorguitgaven van € 430 mln. Door de hogere eigen bijdragen zullen mensen minder Wlz-zorg gaan gebruiken. Hierdoor nemen de Wlz-uitgaven af met circa € 310 mln. per jaar. Het gros van dit bedrag (circa 75%) betreft zorg die voorheen wijkverpleging in de Zvw was.[2]

Door het overhevelen van wijkverpleging van de Zvw naar de Wlz betalen mensen gemiddeld € 534 per persoon meer uit eigen zak. De overige 25% betreft huishoudelijke hulp en dagbesteding die voor de maatregel tot de Wmo behoorden.[3] Door de overheveling maken verzekerden in de Zvw minder snel hun eigen risico vol en neemt de opbrengst van het eigen risico af met € 25 mln. per jaar. Verzekerden betalen minder uit eigen zak voor zorg in de Zvw, waardoor zorggebruik en de zorguitgaven toenemen met € 20 mln. per jaar. Ten slotte neemt de opbrengst van de eigen bijdragen in de Wmo door de overheveling af met € 45 mln. per jaar.

1 Deze maatregel betreft een specifieke doorrekening van maatregel 133 ((Deel) Ouderenzorg van Wlz naar Wmo, Zvw of speciale ouderenwet), variant D. Er wordt in deze uitwerking afgeweken van de algemene notie dat stelselwijzigingen geen doelmatigheidswinst veroorzaken (zie inleiding Stelselwijzigingen).

2 Om het remgeldeffect voor wijkverpleging te berekenen is aangesloten bij de methodiek toegepast in maatregel 68.

3 Om het remgeldeffect voor huishoudelijke hulp en dagbesteding in de Wmo te berekenen is aangesloten bij de methodiek toegepast in maatregel 70 (Effect van vermogen op eigen betalingen Wmo en Wlz aanpassen).

Deze overheveling van zorg gaat gepaard met transitiekosten van jaarlijks € 110 mln. gedurende twee jaar. Bij de overheveling van maatschappelijke ondersteuning naar Wlz-rechten is geen aanname gedaan over structurele meerkosten door aanzuigende werking of het niet (in dezelfde mate) kunnen meewegen van sociale context in de Wlz.

Overige effecten

De maatregel zal leiden tot meer integrale zorg, waardoor naar verwachting minder sprake zal zijn van acute, duurdere, zorg.

Overig opmerkingen

Een belangrijk deel van het besparingsresultaat wordt behaald door twee effecten die ook buiten de Wet langdurige zorg bereikt kunnen worden. De besparing kan ook bereikt worden in de Zorgverzekeringswet door:

1. een vaste of inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor wijkverpleging, zie maatregel 68 (Invoeren eigen bijdrage voor wijkverpleging);
2. maatregelen die de kosten van niet-gecontracteerde wijkverpleging terugdringen, bijvoorbeeld door de vergoeding ervan in de Zvw te beperken.

← Terug naar tabel STELSEL & TRANSITIES
← Terug naar overzicht resultaten

135 De wijkverpleging naar de Wet langdurige zorg

De verpleging en verzorging vanuit de Zvw ('wijkverpleging') wordt overgeheveld naar de Wet langdurige zorg (Wlz). Zorgkantoren worden weer verantwoordelijk voor de uitvoering, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) doet de indicatiestelling.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto- collectieve zorguitgaven in mln. euro	**65**	**70**	**-610**	**-610**	**-610**
w.v. verandering collectieve uitgaven (Zvw, overheveling)	0	0	-4.300	-4.300	-4.300
w.v. verandering collectieve uitgaven (Wlz, overheveling)	0	0	4.300	4.300	4.300
w.v. besparing indicatiestelling (Wlz)	0	0	-130	-130	-130
w.v. verandering opbrengst eigen bijdragen (Wlz)	0	0	-330	-330	-330
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (Wlz, remgeldeffect)	0	0	-240	-240	-240
w.v. extra uitvoeringskosten CIZ (Wlz)	0	5	85	85	85
w.v. transitiekosten	65	65	0	0	0

Uitvoering & Haalbaarheid

Wijkverpleging is bedoeld voor mensen die nog geen Wlz-zorg nodig hebben, dus geen behoefte hebben aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht. Door de maatregel wordt deze thuisverpleging voortaan bekostigd vanuit de Wlz. De aanspraak op wijkverpleging uit de Zvw vervalt en de reikwijdte van de Wlz wordt verbreed door aanpassing van de indicatiecriteria. Het CIZ gaat de behoefte aan verpleging en verzorging indiceren.

De maatregel levert geen bijzonderheden op wat betreft de technische, juridische of praktische uitvoerbaarheid. Wel is aanpassing nodig van het Besluit zorgverzekering en van de Wlz. Het wetgevingstraject kost ongeveer twee jaar.

Budgettaire effecten

Binnen het Uitgavenplafond Zorg is verschuiving nodig van budget uit het Zorgverzekeringsfonds naar het Fonds Langdurige Zorg. Dit betreft een bedrag van € 4.300 mln. Tegelijk wordt naar verwachting een besparing van € 130 mln. gerealiseerd doordat het

CIZ de indicatiestelling gaat verrichten in plaats van ongecontracteerde wijkverpleegkundigen. Bovendien zijn er extra inkomsten van € 330 mln. aan eigen bijdragen omdat in de Wlz een inkomen- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage geldt.

Bij de overheveling van wijkverpleging naar de Wlz ontstaat verder een remmend effect op de uitgaven van € 240 mln. per jaar.[1] Omdat het CIZ de indicatiestelling baseert op informatie van zorgverleners (vooral wijkverpleegkundigen), wordt uitgegaan van structureel meerwerk ten opzichte van de huidige indicatiestelling. De uitvoeringskosten van het CIZ gaan omhoog met circa € 85 mln. Bovendien zijn er eenmalige meerkosten van € 5 mln., om, voorafgaand aan het invoeringsjaar, alle indicaties bij ongecontracteerde wijkverpleging te herindiceren en de besparing vanaf jaar 3 te realiseren (ingroeipad). Ten slotte bedragen de jaarlijkse transitiekosten € 65 mln. gedurende twee jaar.

Overige effecten

De maatregel zal leiden tot meer integrale zorg, waardoor naar verwachting minder sprake zal zijn van acute, duurdere, zorg. Er zullen ook minder mensen te maken krijgen met een overgang van wijkverpleging vanuit de Zvw naar Wlz-zorg. Verder biedt de Wlz, meer dan de Zvw, de mogelijkheid om zorg regionaal in te kopen en te organiseren.

Overige opmerkingen

Het besparingsresultaat kan ook worden behaald door twee maatregelen die los staan van een overheveling naar de Wlz:

1. het introduceren van een vaste of inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor wijkverpleging (zie maatregel 68);
2. maatregelen die de kosten van niet-gecontracteerde wijkverpleging terugdringen, bijvoorbeeld door de vergoeding hiervoor in de Zvw te beperken.

De maatregel kan niet worden gecombineerd met maatregel 132 (Zorgkantoren afschaffen en zorgverzekeraars als inkopers van Wlz-zorg).

← Terug naar tabel STELSEL & TRANSITIES
← Terug naar overzicht resultaten

1 Om het remgeldeffect van deze maatregel te berekenen is aangesloten bij de methodiek gebruikt in maatregel 68 (Invoeren eigen bijdrage voor wijkverpleging).

136 Centralisering Wmo 2015

De voorzieningen uit de Wmo worden van de gemeenten gecentraliseerd naar het Rijk en weer omgezet in wettelijke aanspraken, onafhankelijk van gemeentebegroting of lokale invulling; daarnaast komt er centrale regie en zijn er mogelijkheden voor gezamenlijke inkoop die doelmatigheid ten goede komt en besparing kan opleveren.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto- collectieve zorguitgaven in mln. euro	**380**	**670**	**970**	**1.300**	**1.500**
w.v. terugdraaien korting / hulp sociaal netwerk 2015	300	590	890	1.200	1.500
w.v. transitiekosten	75	75	75	75	0
Kwalitatief effect					
Eenduidige aanspraken op zorg en ondersteuning; minder ruimte voor maatwerk dicht bij de burger.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De Wmo wordt ingetrokken en aangepast tot een wet met uit de algemene middelen gefinancierde wettelijke aanspraken. In tegenstelling tot het huidige regime, wordt in het nieuwe regime geen rekening gehouden met de bijdrage van het sociaal netwerk bij het bepalen van die aanspraak/het verzekerde risico. De wet wordt uitgevoerd door centraal gereguleerde uitvoeringsorganisaties die in de 32 zorgkantoorregio's werken (in tegenstelling tot 352 gemeenten). De uitvoering zou als extra taak van een publiekrechtelijk georganiseerde Wlz-uitvoerder kunnen worden neergelegd. De uitvoeringsorganisatie kent de noodzakelijke ondersteuning toe op basis van de beperkingen op het gebied van de zelfredzaamheid of participatie dan wel bij sociaal psychiatrische problemen. De maatregel veronderstelt dat de wettelijke aanspraken terug gaan naar het niveau van de AWBZ.

Een centrale onafhankelijke indicatiesteller zoals het CIZ kan de indicatie van het recht op zorg op zich nemen. Centrale sturing betekent ook dat de te leveren prestaties in landelijke regelgeving (in plaats van bij verordening) beschreven moeten worden. Op hoofdlijnen gaat het om huishoudelijke hulp, begeleiding, hulpmiddelen, woningaanpassingen, beschermd wonen, vervoer, opvang en respijtzorg. Daarbij ligt het in de rede om het regime van de Wet marktordening gezondheidszorg uit te breiden. Regionaal werkende organisaties (zoals Wlz-uitvoerders) kopen de maatschappelijke ondersteuning in. Een volledig centrale inkoop van maatschappelijke ondersteuning is niet realistisch, omdat veel aanbieders lokaal opereren. Dat zou onnodig veel middelen en tijd kosten en de efficiëntie zou dan weglekken.

De NZa bepaalt de prestaties en tarieven voor de centraal bepaalde maatschappelijke ondersteuning. Daarbij moet er overigens wel ruimte zijn voor prestaties die niet worden voldaan aan één persoon, omdat er ook veel (algemene) voorzieningen zijn die niet aan één 'verzekerde' zouden kunnen worden toegerekend. We gaan er vanuit dat over het geheel de kosten voor de Wmo gelijk blijven, wel kan voor de budgettering bij een verzekering niet meer worden uitgegaan van de inzet van het sociaal netwerk om de aanspraak op ondersteuning te bepalen.

Het CIZ hoeft de eigen taak niet aan te passen (immers de sociale context en het keukentafelgesprek is niet nodig), maar krijgt wel meer cliënten te verwerken. Vanwege het overgangsrecht is de toeloop gespreid. Wellicht zijn extra middelen op jaarbasis nodig voor extra werknemers, maar dit valt weg tegen de meerkosten die gemeenten niet meer hebben vanwege het ontbreken van keukentafelgesprekken.

De overgang naar een gecentraliseerde Wmo is ingewikkeld omdat het bestaande voorzieningenniveau zowel omvangrijker als minder omvangrijk kan zijn ten opzichte van de nieuw te formuleren prestaties. In de Wmo is per individu de omvang van de voorziening vastgesteld, rekening houdend met de sociale context en algemene voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning. Elke cliënt zou daarom opnieuw beoordeeld moeten worden, omdat deze elementen onder de nieuwe wet niet meer bestaan of worden meegewogen.

De beleidsoptie kan in vijf jaar worden uitgevoerd, rekening houdend met een ingroeipad. Naast een wetstraject (twee jaar) moeten lopende contracten worden afgesloten of overgedragen naar een andere uitvoeringsorganisatie (i.c. zorgkantoren). Waarschijnlijk moet in het overgrote deel van de gevallen opnieuw worden aanbesteed.

Budgettaire effecten

De maatregel betekent een verschuiving van circa € 6,1 mld. uit het gemeentefonds (meicirculaire gemeentefonds 2019, prijspeil 2021) omdat gemeenten de maatschappelijke ondersteuning niet meer betrekken. Deze middelen kunnen dan worden ingezet om de nieuwe uitvoeringsorganisatie(s) de maatschappelijke ondersteuning te laten betrekken. Tijdelijk zijn er invoeringskosten voor ICT, personeel en overige overgangskosten.

In de nieuwe regeling wordt geen rekening meer gehouden met het sociaal netwerk bij het vaststellen van het recht op ondersteuning. Dit leidt tot een toename van het gebruik van formele zorg. Dit is met name relevant voor huishoudelijke hulp, dagbesteding en begeleiding, die ook door mantelzorgers kunnen worden verleend. Dit is minder relevant voor andere delen van de Wmo, zoals beschermd wonen en opvang woningaanpassingen en hulpmiddelen. Ook bij maatschappelijke ondersteuning is een aanzuigend effect te verwachten. Dit zal beperkt zijn omdat een bijdrage door mantelzorgers ook in het huidige systeem al niet afdwingbaar is.

Tussen 2015 – het moment dat de AWBZ is ingetrokken en de Wmo 2015 is ingevoerd – en 2018 is ten aanzien van begeleiding en dagbesteding € 733 mln. en voor huishoudelijke verzorging 610 mln. aan korting gerealiseerd op het deel van het budget in het gemeentefonds dat is bedoeld voor maatschappelijke ondersteuning. Tezamen is dat € 1.475 mld. in prijspeil 2021. Aangenomen wordt dat dit bedrag opnieuw wordt gereserveerd voor het bekostigen van de wettelijke aanspraken in het licht van de hierboven geschetste effecten.

Sommige ondersteuning kan zodanig complex, schaars of specifiek zijn dat individuele inkoop leidt tot onnodige kosten. Bij individuele inkoop moet elke inkoper immers investeren in kennis en onderhandelingen. Op deze transactiekosten kan worden bespaard door gezamenlijke inkoop in de grotere regio's van de zorgkantoren. Hier staat tegenover dat gemeenten een financiële prikkel hebben om doelmatig in te kopen, die bij centralisatie wegvalt. Per saldo gaan we er vanuit dat geen sprake is van doelmatigheidswinst.
Ten slotte zijn er jaarlijkse transitiekosten van € 75 mln. gedurende acht jaar.

Overige effecten

De maatregel biedt meer ruimte voor overheidssturing en regulering. Door een publiekrechtelijke regeling met regionaal opererende zorgkantoren wordt intensievere regionale samenwerking gestimuleerd. Er is geen risicodragendheid noch concurrentie die de uitvoerders scherp houden op kwaliteit en kosten van zorg en uitvoering. Geen financiële drempel voor zorggebruik en er is minder maatwerk mogelijk als het zorgaanbod in de regio wordt bepaald. Daarnaast mist de integraliteit van de Wmo op het gebied van werk, ondersteuning en onderwijs en de overgang vanuit de voorzieningen voor jeugdhulp die ook door de gemeente worden uitgevoerd.

← Terug naar tabel STELSEL & TRANSITIES
← Terug naar overzicht resultaten

137 Eén wettelijk kader met instellingsbudgettering voor de ggz

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) – behalve de forensische ggz en de eerstelijnszorg door huisartsen en hun ondersteuners – wordt ondergebracht in een nieuwe wet, die net als de Wlz niet-risicodragend uitgevoerd wordt door zorgkantoren. In de regio maakt het zorgkantoor afspraken met zorgaanbieders op basis van het beschikbare budget en de regionale zorgbehoefte. De instellingen indiceren zelf hoeveel zorg een cliënt nodig heeft en leveren die zorg daarna.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**120**	**120**	**120**	**PM+50**	**PM-55**
w.v. effecten	0	0	0	-70+PM	-55+PM
w.v. transitiekosten	120	120	120	120	0
Kwalitatief effect					
Onduidelijk effect op kwaliteit van zorg door verplaatsen van schotten; nivellerend effect.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De curatieve ggz voor volwassenen – bestaande uit de specialistische ggz en de generalistische basis-ggz – valt nu onder de Zvw. De langdurige ggz valt tot en met het derde jaar verblijf met behandeling onder de Zvw, en daarna onder de Wlz. Beschermd wonen[1] en de jeugd-ggz vallen onder het gemeentelijk domein (Wmo 2015 respectievelijk Jeugdwet). Voor deze maatregel moeten alle cliënten overgeheveld naar de nieuwe wet. Verondersteld wordt dat daarin sprake is van een individueel verzekerd recht op zorg.

De Wlz, Zvw, Wmo 2015 en Jeugdwet moeten gewijzigd en er is een nieuwe wet nodig. Hierin wordt geregeld dat alle zorg en ondersteuning die verband houdt met ggz onder die wet valt en dienovereenkomstig wordt uitgevoerd.

De NZa moet een nieuwe bekostiging ontwikkelen met een budgetsystematiek. Voor de delen die nu in de Zvw en Wlz zitten, is nu al sprake van een landelijk uniforme

1 Beschermd wonen omvat de doelgroep met een ggz-c-zorgzwaartepakket uit de AWBZ die gebruik maakt van het overgangsrecht sinds 2015 en daarnaast alle nieuwe cliënten passend binnen de begripsbepaling uit artikel 1.1.1 van de Wmo 2015.

bekostiging. Voor de delen die nu in het gemeentelijk domein zitten (beschermd wonen en jeugd-ggz), ontbreekt deze. Daarnaast moet een model worden ontwikkeld voor vaststelling van de zorgvraag per regio, om de budgetten per zorgkantoor op verantwoorde wijze te kunnen bepalen. Dat kan tot discussie leiden over indicatoren en de weging daarvan.

Ook moet bepaald worden welk eigen betalingen-regime gaat gelden. Dat vergt een politieke keuze. Het handhaven van verschillende regimes onder één wet zal moeilijk aan burgers uit te leggen zijn. Bovendien kan het tot uitvoeringsproblemen leiden, als tegelijk de wens bestaat om te voorkomen dat patiënten eerst het volledige eigen risico moeten betalen na een ziekenhuisbezoek en daarna ook het eigen risico moeten betalen voor curatieve ggz. Die stapeling is in de huidige situatie onmogelijk.

Ook moet er besloten worden over de rol van het persoonsgebonden budget in de nieuwe wet. Dat aanbieders in de nieuwe wet zelf indiceren, zou impliceren dat ook zorgverleners die werkzaam zijn voor de pgb-budgethouders zelf de indicatie stellen.

Er wordt uitgegaan van een implementatietermijn van vijf jaar. Als onderdeel daarvan bedraagt het wetgevingstraject (inclusief beleidsmatige en uitvoeringstechnische voorbereiding) drie jaar.

De maatregel kan worden ingevoerd met het oog op internationale verplichtingen, mits gegarandeerd kan worden dat iedereen zorg ontvangt. Dat is geborgd bij een individueel verzekerd recht op zorg en niet-risicodragende uitvoering door zorgkantoren.

Budgettaire effecten

De totale grondslag voor de maatregel is circa € 7,5 mld. – opgehoogd op basis van de Rijksbegroting 2020. Dit bedrag omvat € 4,1 mld. voor het Zvw-deel, € 0,6 mld. voor het Wlz-deel, € 1 mld. voor de jeugd-ggz en € 1,8 mld. voor beschermd wonen.

Bepaalde schotten en bijbehorende coördinatieproblemen tussen gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren vervallen in de nieuwe situatie. Daar tegenover staat de (her)introductie van andere schotten. Bijvoorbeeld tussen de jeugd-ggz en de overige jeugdhulp, tussen de curatieve ggz en delen van de Zvw (huisarts/POH ggz en samenloop somatische en psychische klachten), tussen beschermd wonen en beleidsterreinen waar gemeenten verantwoordelijk voor blijven en tussen de langdurige ggz en delen van de Wlz (bijvoorbeeld verstandelijk gehandicapten die ook ggz-problematiek hebben). Er is dus sprake van een verplaatsing van de schotten. Er wordt daarom verondersteld dat er geen effect is op de doelmatigheid van zorg.

De prikkel tot doelmatige inkoop is kleiner voor niet-risicodragende zorgkantoren dan voor (risicodragende) zorgverzekeraars en gemeenten. Het effect op de doelmatigheid van zorg kunnen we niet exact kwantificeren, maar we verwachten wel een afname.

In de nieuwe wet bestaat (anders dan in de Zvw) geen mogelijkheid voor ggz-aanbieders om ongecontracteerde zorg te leveren. Dit heeft een doelmatigheidseffect. Niet-gecontracteerde zorgaanbieders hebben een prikkel om per patiënt zoveel mogelijk zorg te leveren. Bij gecontracteerde zorg wordt deze prikkel geneutraliseerd via afspraken over gemiddelde prijzen per patiënt en/of budgetplafonds. Conform maatregel **105** (Verlagen vergoeding ongecontracteerde zorg) wordt rekening gehouden met een doelmatigheidswinst van ongeveer € 35 mln. per jaar.

De maatregel betekent dat ggz-aanbieders zelf indiceren hoeveel zorg een cliënt nodig heeft. Voor het deel van de langdurige ggz dat nu onder de Wlz valt, gaat de onafhankelijke indicatiestelling door het CIZ verloren. Voor beschermd wonen en de jeugd-ggz verdwijnt de indicerende rol van gemeenten. In maatregel **21** (Zorgaanbieders indiceren zelf in de Wet langdurige zorg) is een inschatting gemaakt van het effect daarvan. Dit kwam uit op een verlies van € 148 mln. per jaar structureel. Rekening houdend met een kleinere grondslag kan dat voor deze maatregel worden vertaald naar ongeveer € 20 mln. Er wordt een ingroeipad van drie jaar verondersteld.

De administratieve lasten dalen in de nieuwe situatie, omdat ggz-aanbieders met minder zorginkopers contracten hoeven af te sluiten. In ZiK 2015 werd een kostenbesparing van 1% op de volledige grondslag verondersteld voor deze maatregel. Gezien de beleidsmatige ontwikkelingen sindsdien (meerjarencontracten, hoofdlijnenakkoord, Regeling transparantie zorginkoopproces Zvw) wordt nu een lagere kostenbesparing verondersteld, namelijk 0,5%. Bij een grondslag van € 7,5 mld. betekent dat circa € 40 mln. per jaar. De maatregel brengt jaarlijkse transitiekosten met zich van € 120 mln. gedurende vijf jaar.

In principe is het mogelijk om een taakstellende bezuiniging te koppelen aan de overhevelingen (hoe lager het budget, des te groter het risico op wachtlijsten en verlies aan kwaliteit). In de berekening is daar niet van uitgegaan. Als in de nieuwe wet sprake zou zijn van een voorziening – in tegenstelling tot een verzekerd recht op zorg – dan zou het voor de overheid makkelijker zijn om tegelijk een taakstellende bezuiniging door te voeren.

Overige effecten

In de nieuwe situatie bestaat er geen nominale premie meer voor de ggz, en is de financiering volledig inkomensafhankelijk (lopend via belastingen en/of premies volksverzekeringen). Hoge inkomens gaan hierdoor dus relatief meer betalen ten opzichte van de huidige situatie en lage inkomens minder.

Vanwege het wegvallen van uitgaven door gemeenten voor beschermd wonen en jeugd-ggz (circa € 2,8 mld. over 2021) kunnen er middelen uit het gemeentefonds worden weggenomen. Hier staat financiering van uitgaven onder de nieuwe wet tegenover. De € 2,8 mld. is daar onderdeel van.

Per 1 januari 2020 is het eerste deel van een wetswijziging inzake toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis in werking getreden. Dit moet rust creëren voor de doelgroep die blijvend is aangewezen op permanent toezicht of 24 uurszorg in de nabijheid. Deze wijziging moet door de voorgestelde maatregel worden herzien. Dit kan leiden tot terugkerende onrust onder de betreffende doelgroep.

Overig opmerkingen

Deze maatregel is onverenigbaar met maatregel 138 (Jeugd-ggz centraliseren naar Zvw), maatregel 145 (Populatiebekostiging op wijkniveau voor huisartsen, apothekers en anderhalve lijn zorg), maatregel 41 (Eerstelijns ggz naar Wmo en tweedelijns ggz landelijk coördineren) en maatregel 42 (Terugdraaien ambulantisering in de ggz).

Deze beleidsoptie verkleint de grondslag van de Wlz, Zvw, Wmo 2015 en Jeugdwet.
De opbrengst van andere beleidsopties die betrekking hebben op de gehele grondslag van die wetten neemt daarmee af.

← Terug naar tabel STELSEL & TRANSITIES
← Terug naar overzicht resultaten

138 Jeugd-ggz centraliseren naar Zvw

De aanspraak op jeugd-ggz wordt uit de Jeugdwet overgeheveld naar de Zvw. Momenteel wordt de ggz boven de 18 jaar uit de Zvw gefinancierd, afgezien van langdurige intramurale ggz, die wordt gefinancierd uit de Wlz.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve in mln. euro	**15**	**15**	**190+PM**	**190+PM**	**190+PM**
w.v. doelmatigheidseffect	0	0	PM	PM	PM
w.v. terugdraaien korting	0	0	190	190	190
w.v. transitiekosten	15	15	0	0	0
Kwalitatief effect					
Het schot tussen jeugd- en volwassenen-ggz verdwijnt; er ontstaat een nieuw schot tussen jeugd-ggz en jeugdhulp.					

Uitvoering & Haalbaarheid

Tot nu toe is de gemeente integraal verantwoordelijk voor alle jeugdhulp voor kinderen onder de 18 jaar, inclusief jeugd-ggz. Het voordeel is dat de jeugdhulp goed aansluit op de problematiek, waarbij hulp en ondersteuning laagdrempelig, vroegtijdig en integraal kunnen worden aangeboden. Er is veel ruimte om casusgericht te werken: één gezin, één plan, één regisseur. De expertise van de jeugd-ggz speelt niet alleen een belangrijke rol in de hulpverlening, maar ook bij de toegang tot de hulp (bijvoorbeeld in wijkteams) en bij de kennisontwikkeling in de jeugdhulp. Door deze aanpak kan het beroep op specialistische hulp, waaronder specialistische jeugd-ggz, worden beperkt.

Als een deel van de jeugdhulp wordt overgeheveld naar de Zvw, wordt de hulpverlening op de manier zoals hierboven beschreven, ingewikkelder. Jeugd-ggz behoort niet meer tot het pakket dat de gemeente ter beschikking heeft, dus ook niet meer in de toegang en de basishulp. Er is afstemming nodig tussen gemeenten en zorgverzekeraars over het bieden van de hulp, wat de efficiëntie en effectiviteit niet ten goede komt en het leveren van integrale zorg bemoeilijkt. Ook is er het risico dat zorgaanbieders/zorgverleners uit verschillende domeinen minder integraal hulp en behandeling bieden aan kind en gezin.

Overheveling van de jeugd ggz naar de Zvw zou positief kunnen uitwerken voor jongeren met psychische problemen die 18 jaar worden. Ernstige psychische problemen ontstaan vaak in de puberteit en zijn niet verholpen op de 18e verjaardag. Deze jongeren hebben nu te maken met een overgang van Jeugdwet naar Zvw. Daardoor is de continuïteit van de

zorg niet altijd gewaarborgd: zij moeten soms overstappen van behandelaar of instelling. De beleidsoptie vergt wetswijziging en zorgvuldige implementatie. Dat vergt minimaal drie jaar.

Budgettaire effecten

Door de overgang van zorginkoop door gemeenten (voorziening) naar een recht op zorg zal er normalerwijze meer en duurdere zorg worden afgenomen. Daar staat tegenover dat zorgverzekeraars mogelijk meer inkoopmacht hebben; hierbij moet echter bedacht worden dat gemeenten de jeugd-ggz al vaak (boven-)regionaal organiseren en inkopen. Mogelijk leidt het schaalvoordeel van verzekeraars dankzij standaardisatie wel tot meer doelmatigheid. Aan de andere kant kan het nieuw schot tussen jeugd-ggz en overige jeugdzorg juist tot extra kosten leiden vanwege synergieverlies. Alles samen is het doelmatigheidseffect ongewis en om die reden op PM gezet.

De decentralisatie ging gepaard met een korting, die gemotiveerd werd met doelmatigheid (synergie). Omdat er bij gemeenten sprake is van een tekort op jeugdzorg, gaan we er niet vanuit dat deze besparing gerealiseerd is; bij overheveling naar de Zvw moet deze korting dus teruggedraaid worden. De korting op het totale jeugdzorgbudget bedroeg structureel 12,5%.[1] Op de totale grondslag, opgehoogd naar 2021, gaat het om een kostenpost van € 190 mln.

De overheveling zal gepaard gaan met transitiekosten van jaarlijks € 15 mln. gedurende twee jaar.

Overige effecten

Een lastig punt bij de overheveling zal zijn dat de jeugd-ggz soms als aparte vorm van hulp wordt verleend, maar veel vaker samen met of in aansluiting op andere jeugdhulp. Vaak volstaat het namelijk niet om alleen het psychische probleem van het kind te adresseren, maar is er ook hulp voor de ouders of ondersteuning van het gezin nodig. Deze zorgvormen worden bij een overheveling uit elkaar getrokken. Als de jeugd-ggz naar de Zvw overgaat en niet meer onder de jeugdhulp van de Jeugdwet valt, betekent dit dat de gemeentelijke variatie verdwijnt.

1 https://vng.nl/publicaties/factsheet-kortingen-decentralisatie-jeugdzorg-in-2015

Overig opmerkingen

Per 1 januari 2021 kunnen meerderjarigen met een ernstige psychiatrische aandoening, waarvan het CIZ vast heeft gesteld dat zij blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uursondersteuning in de nabijheid de zorg ontvangen vanuit de Wlz. Momenteel bestaat voor deze groep alleen toegang tot de Wlz na drie jaar verblijf met ggz-behandeling vanuit de Zvw. Vanaf 1 januari 2021 kan de toegang dus ook eerder zijn dan na drie jaar. Er wordt bezien of het ook zinvol is om minderjarigen toegang tot de Wlz te geven.

Terug naar tabel STELSEL & TRANSITIES
Terug naar overzicht resultaten

139 Expertisecentra specialistische jeugdhulp

De jeugd-ggz voor jongeren met complexe multi-problematiek wordt overgeheveld vanuit de Jeugdwet.

Variant A: Jeugd-ggz voor jongeren met complexe multi-problematiek wordt overgeheveld naar de Zvw. Het Rijk coördineert het aanbod middels een bestuurlijke afspraak. Gemeenten blijven gaan over de doorverwijzing.
Variant B: Aanbodbekostiging van jeugd-ggz voor jongeren met complexe multi-problematiek. De zorg wordt ondergebracht in een nieuwe wet, die – net als de Wlz – niet-risicodragend wordt uitgevoerd door zorgkantoren.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: overhevelen jeugd-ggz naar Zvw	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
w.v. effect op de Jeugdwet	0	0	-60	-60	-60
w.v. effect op Zvw	0	0	60	60	60
Variant B: overhevelen jeugd-ggz naar nieuwe wet	**0**	**0**	**PM**	**PM**	**PM**
w.v. effect op de Jeugdwet	0	0	-60	-60	-60
w.v. effect op nieuwe wet	0	0	60+PM	60+PM	60+PM
Kwalitatief effect					
Integrale gezinshulp wordt bemoeilijkt. De inkoopmacht van verzekeraars kan de doelmatigheid in variant A versterken. In variant B bestaat een risico op wachtlijsten bij te krappe budgettering.					

Uitvoering & Haalbaarheid

In 2020 is gestart met het inrichten van een aantal gespecialiseerde centra voor complexe jeugdhulp. Hiervoor is structureel € 26 mln. beschikbaar met als doel dat alle jongeren met multi-complexe problematiek tijdig hulp krijgen. In deze tekst worden maatregelen met hetzelfde doel voorgesteld.

Er komt een schot in jeugd-ggz: wordt de zorgvraag te complex, dan moet de jeugdige van zorg via de Jeugdwet naar zorg via de Zvw of een aparte wet. In de vormgeving moet goed worden afgebakend wanneer sprake is van complexe multi-problematiek. Dit moet goed landen in de wetgeving en worden uitgewerkt in onderliggende regelgeving. Als problematiek niet meer complex is, moet de jongere weer terug naar Jeugdwet.

De nieuwe wet wordt net als de Wlz niet-risicodragend uitgevoerd door zorgkantoren. In de regio maakt het zorgkantoor afspraken met zorgaanbieders op basis van het

beschikbare budget en de regionale zorgbehoefte. De instellingen indiceren zelf hoeveel zorg een cliënt nodig heeft en leveren die zorg ook. Het wetgevingstraject vergt minimaal drie jaar.

Budgettaire effecten

De jeugd-ggz en daarmee ook de jeugd-ggz voor jongeren met complexe multi-problematiek is onderdeel van het jeugdhulpbudget. Dit is een ongedeeld budget voor gemeenten en kent dus geen nadere onderverdeling. Daarmee is de grondslag voor de jeugd-ggz voor jongeren met meervoudige en complexe problematiek niet precies te bepalen. Dit hangt ook sterk af van de afbakening van wat onder meervoudige en complexe problematiek wordt verstaan (doelgroep) en of alle jeugdzorg voor deze kinderen naar de Zvw wordt overgeheveld, of enkel dat deel dat als jeugd-ggz te bestempelen valt. Op basis van een veldscan die ten behoeve van de huidige inrichting van de expertisecentra is verricht, is de inschatting gemaakt dat dit 250 kinderen betreft. In de raming van het over te hevelen budget is uitgegaan van de totale jeugdzorguitgaven, waarbij kosten vergelijkbaar met de kosten van de gesloten jeugdhulp worden gehanteerd. Het gaat om kosten à € 165.000 per jaar.

De decentralisatie ging gepaard met een korting, die gemotiveerd werd met doelmatigheid (synergie). Omdat er bij gemeenten sprake is van een tekort op jeugdzorg, gaan we er niet vanuit dat deze besparing gerealiseerd is; bij overheveling naar de Zvw moet deze korting dus teruggedraaid worden. De korting op het totale jeugdzorgbudget bedroeg structureel 12,5%.[2] Het budget dat gemoeid is met de voorgestelde overheveling betreft in prijspeil 2021 circa € 60 mln. Voor variant B geldt dat er vele uitgavenniveaus mogelijk zijn, omdat de zorg een voorziening wordt en de uitgaven gebudgetteerd zijn.

Voor beide voorstellen zijn er transitiekosten als gevolg van de overheveling. Deze kosten zijn beperkt en worden daarom niet gekwantificeerd.

In variant B is sprake van lagere transactiekosten omdat gewerkt wordt met instellingsbudgetten en dus niet per contract onderhandeld hoeft te worden. Dit effect wordt ingeschat op circa 1%. Deze kosten zijn beperkt en worden daarom niet gekwantificeerd.

Overige effecten

In variant A bestaat een prikkel voor gemeenten om af te wentelen naar de Zvw. Bij beide varianten wordt het bieden van integrale gezinshulp bemoeilijkt. De inkoopmacht van verzekeraars kan de doelmatigheid in variant A versterken. In variant B bestaat een risico op wachtlijsten bij te krappe budgettering.

2 https://vng.nl/publicaties/factsheet-kortingen-decentralisatie-jeugdzorg-in-2015

← Terug naar tabel STELSEL & TRANSITIES
← Terug naar overzicht resultaten

140 Publiek stelsel met Centrale Aansturing en Regionale Uitvoerders (NHS)

Het huidige stelsel wordt omgezet in een publiekrechtelijk zorgstelsel in de curatieve zorg, vergelijkbaar met het Engelse National Health System (NHS). Zorg wordt een voorziening in plaats van een recht. De huidige zorgverzekeraars verdwijnen en de rijksoverheid neemt de centrale regie over het stelsel.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**750**	**750**	**750+PM**	**750**	**PM**
w.v. transitiekosten stelselwijziging	750	750	750	750	0
w.v. overdracht zorgverzekeraars	0	0	PM	0	0
w.v. structurele effecten doelmatigheid zorg	0	0	0	0	PM
Kwalitatief effect					
Betere samenwerking en maatwerk; meer overheidssturing mogelijk; geen financiële drempel voor zorggebruik.					

Uitvoering & haalbaarheid

Door een nieuwe zorgwet wordt geregeld dat er regionale instituten komen. De zorg wordt dan een voorziening en is geen recht meer. Zorgverzekeraars worden ontheven van de plicht tot het aanbieden van een basisverzekering, en regionale instituten moeten worden op- en ingericht. Daartoe moet er een regio-indeling komen en moeten zorgaanbieders in loondienst. Het op deze wijze nationaliseren van zorg die nu geleverd word door private partijen is ingewikkeld en hiervoor kan compensatie nodig zijn. De implementatie van de maatregel duurt acht jaar.

Budgettaire effecten

Voor deze stelselwijziging zijn er jaarlijkse transitiekosten van € 750 mln. gedurende acht jaar. Verzekeraars krijgen schadevergoeding voor onteigening, de kosten hiervoor worden geraamd op 'PM' (de onderbouwing hiervan staat in de inleiding Stelselwijziging). De medische specialisten komen in loondienst. Zij moeten hiervoor worden gecompenseerd. Dit is uitgewerkt in maatregel 37 (Regulering inkomen specialisten door verbod vrije vestiging).

Bij dit stelsel, vergelijkbaar met de NHS, worden risico's opgevangen op de rijksbegroting en zijn er geen reserves. De private uitgaven zoals premie en eigen risico komen grotendeels te vervallen. Het is mogelijk om een beperkte inkomensafhankelijk eigen bijdrage (eventueel met maximum) te heffen. Het eventuele effect hiervan is niet opgenomen in de tabel. Er is geen doelmatigheidswinst ten opzichte van het huidige stelsel.

Overige effecten

Het zorgstelsel is een voorziening, de overheid bepaalt de macrokosten en de regionale-instituten zijn verantwoordelijk om daar binnen te blijven. Bij te strakke budgettering zal de kwaliteit dalen en/of de wachtlijsten toenemen. Afhankelijk van keuzes in de vormgeving kan de centrale overheid meer sturing geven aan de regionale instituten.

De toegankelijkheid wordt verbeterd doordat er geen of nauwelijks financiële drempels meer zijn om zorg te vragen. Overconsumptie van zorg is een risico. Er is een inkomensherverdeling: de hogere inkomens gaan meer betalen dan de lagere inkomens. Dit effect wordt versterkt door de progressiviteit van het belastingstelsel (solidariteit). Er bestaat daardoor wel het risico op tweedeling: mensen met meer financiële middelen zullen zich aanvullend kunnen verzekeren om zo de wachtlijsten te vermijden of voor betere zorg elders kiezen.

De prikkels voor verbetering van kwaliteit en innovatie kunnen verminderen, doordat er minder concurrentie tussen zorgaanbieders is. Er zullen regionale verschillen ontstaan in het zorgaanbod.

De verzekerde heeft geen keuze bij welk regio-instituut hij zich wil aansluiten, voor het zorgaanbod is hij afhankelijk van de inkoop van het regionale instituut. De keuzevrijheid wordt dus beperkt.

Overige opmerkingen

De verschillende maatregelen over stelselwijzigingen of overheveling van zorg van het ene naar het andere domein sluiten elkaar uit. Het gaat bijvoorbeeld om maatregelen 133 ((Deel) Ouderenzorg van Wlz naar Wmo, Zvw of speciale ouderenwet), 142 (Publiek stelsel met landelijk opererende ziekenfondsen ('Krankenkassen' en/of 'Deens model')) en 144 (Invoeren populatiebekostiging). De maatregel 'Regulering inkomen specialisten door verbod vrije vestiging' is uitgewerkt in maatregel 37. De maatregel impliceert dat het eigen risico wordt afgeschaft. Dit is uitgewerkt in maatregel 54 (Aanpassen of afschaffen (vrijwillig) eigen risico).

← Terug naar tabel STELSEL & TRANSITIES
← Terug naar overzicht resultaten

141 Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders

Het huidige stelsel wordt omgezet in een publiekrechtelijk zorgstelsel in de curatieve zorg. De zorg is een recht en geen voorziening. In de overgangsperiode wordt de wettelijke taak voor uitvoering van de Zvw weggehaald bij de zorgverzekeraars; deze hoeven niet meer aan de solvabiliteitseisen hoeven te voldoen. De rijksoverheid neemt de centrale regie voor het stelsel over.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**750**	**750**	**750+PM**	**750**	**PM**
w.v. effecten doelmatigheid zorg	0	0	0	0	PM
w.v. transitiekosten stelselwijziging	750	750	750	750	0
w.v. overdracht zorgverzekeraars	0	0	PM	0	0
Kwalitatief effect					
Verdwijning financieringsschotten maakt substitutie mogelijk en maatwerk door betere samenwerking; meer sturing mogelijk op gezondheidsuitkomsten; wegvallen van concurrentie kan leiden tot minder doelmatige zorg en minder kwaliteit en innovatie.					

Uitvoering & haalbaarheid

In een nieuwe zorgwet wordt geregeld dat regionale instituten de zorg in de regio gaan regelen. De zorg blijft een recht. Zorgverzekeraars kunnen geen basisverzekering meer aanbieden. De regionale instituten moeten worden op- en ingericht. Er moet een regio-indeling komen. Zorgaanbieders moeten in loondienst. Het ontnemen van private partijen van hun operatie is ingewikkeld; hiervoor kan compensatie nodig zijn. De maatregel veronderstelt dat reserves ingezet kunnen worden voor premieverlaging. Dit is echter niet mogelijk omdat deze reserves toebehoren aan verzekeraars. Ook vrijgevestigde specialisten moeten worden gecompenseerd bij de overgang naar loondienstverband.

Centrale regie door de overheid kan vormkrijgen door de regio's te benchmarken en de budgetten hierop te ijken. Benchmarking kan op basis van kenmerken van de populatie. Deze benchmark kan de effecten van gezondheid van de populatie vergelijken en daarmee zorgaanbieders prikkelen om preventieve maatregelen te nemen. De implementatie van de maatregel duurt acht jaar.

Budgettaire effecten

Voor deze stelselwijziging zijn er jaarlijkse transitiekosten van € 750 mln. gedurende acht jaar. Verzekeraars krijgen een schadevergoeding voor onteigening. Dit zijn incidentele kosten. In dit stelsel worden risico's opgevangen op de rijksbegroting en zijn er geen reserves. De medische specialisten komen in loondienst. Zij moeten hiervoor worden gecompenseerd. Dit is uitgewerkt in maatregel **37** (Regulering inkomen specialisten door verbod vrije vestiging). In de inleidende tekst over stelselwijziging wordt nader toegelicht hoe omgegaan wordt met waardeoverdrachten. De private uitgaven zoals premie en eigen risico blijven gelijk. Er is geen doelmatigheidswinst ten opzichte van het huidige stelsel.

Overige effecten

Kostenbeheersing door de overheid is binnen dit stelsel mogelijk via budgettering van zorgaanbieders of ziekenfondsen. Het opwaartse budgettaire risico is hier substantieel hoger dan in een publiek stelsel waar de zorg een voorziening is, zie maatregel **140** (Publiek stelsel met Centrale Aansturing en Regionale Uitvoerders (NHS)). Dit komt omdat er recht op zorg is. Bij te krappe budgettering moet er toch zorg worden geleverd. Wel kan budgettaire krapte leiden tot wachtlijsten en druk op de kwaliteit van zorg.

Regionale uitvoerders ondervinden geen concurrentie die aanzet tot doelmatige zorginkoop, waaronder kwaliteit en innovatie. Er zullen regionale verschillen in zorgaanbod ontstaan.

Toetreding van nieuwe, innovatieve zorgaanbieders wordt wel moeilijker; er ontstaat een risico op monopolistisch gedrag van bestaande zorgaanbieders. Ook wordt de keuzevrijheid van de verzekerde beperkt. Deze heeft geen keuze bij welke regionale uitvoeder hij zich wil aansluiten; voor het zorgaanbod is hij afhankelijk van de inkoop van het regionale instituut.

Een publiekrechtelijke stelsel bevordert substitutie door het wegvallen van financieringsschotten en maakt meer maatwerk mogelijk door betere samenwerking. Ook kan eenvoudiger worden gestuurd op gezondheidsuitkomsten. Afhankelijk van de vormgeving heeft de centrale overheid meer of minder grip op de regionale instituten.

Bij deze maatregel kan eventueel gekozen worden voor financiering via de belastingen. Enerzijds verbetert dit de toegankelijkheid doordat er geen of nauwelijks financiële drempels meer zijn om zorg te vragen. Anderzijds ontstaat er dan een risico van overconsumptie van zorg.

Overige opmerkingen

De verschillende maatregelen over stelselwijzigingen of overheveling van zorg van het ene naar het andere domein sluiten elkaar uit. Het gaat bijvoorbeeld om maatregelen 133 ((Deel) Ouderenzorg van Wlz naar Wmo, Zvw of speciale ouderenwet), 142 (Publiek stelsel met landelijk opererende ziekenfondsen ('Krankenkassen' en/of 'Deens model')) en 144 (Invoeren populatiebekostiging). De maatregel 'Regulering inkomen specialisten door verbod vrije vestiging' is uitgewerkt in maatregel 37.

← Terug naar tabel STELSEL & TRANSITIES
← Terug naar overzicht resultaten

142 Publiek stelsel met landelijk opererende ziekenfondsen ('Krankenkassen' en/of 'Deens model')

De maatregel behelst een transitie naar een publiekrechtelijk zorgstelsel in de curatieve zorg waarin landelijk concurrerende ziekenfondsen een leidende rol krijgen. Er komt een wettelijke basisverzekering (het huidige basispakket) waarmee ingezetenen van rechtswege zijn verzekerd. Het recht op zorg blijft bestaan. Er is alleen een naturaverzekering; restitutie is niet mogelijk.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**25**	**25**	**2.300+PM**	**25**	**PM**
w.v. structurele effecten doelmatigheid zorg	0	0	0	0	PM
w.v. transitiekosten stelselwijziging	25	25	25	25	0
w.v. overdracht zorgverzekeraars	0	0	PM	0	0
w.v. opbouw reserve	0	0	2.300	0	0
Kwalitatief effect					
Mogelijk meer ruimte voor overheidssturing en regulering; premies worden sterk inkomensafhankelijk.					

Uitvoering & haalbaarheid

Deze publieke basisverzekering wordt uitgevoerd door meerdere landelijk opererende publiekrechtelijke ziekenfondsen. Mensen zijn vrij hun eigen ziekenfonds te kiezen. Deze ziekenfondsen concurreren met elkaar, maar hebben geen winstoogmerk: het uitkeren van winst is niet toegestaan. De ziekenfondsen kopen zorg in bij onderling concurrerende zorgaanbieders. Verzekerden hebben de keuze uit door het ziekenfonds gecontracteerde zorgaanbieders. Er geldt een zorgplicht voor de ziekenfondsen.

Het ligt in de rede om naast een inkomensafhankelijke werkgeverspremie ook een inkomensafhankelijke premie voor werknemers en andere verzekerden in te stellen. Tezamen dekken deze dan 80-90% van de kosten. Risicoverevening vindt plaats via het vereveningsfonds, dat gevuld wordt met de inkomensafhankelijke premies. Ziekenfondsen bepalen in dit geval zelf de hoogte van de nominale premie, die 10-20% van de kosten dekt en daarmee fors lager is dan de huidige nominale premie. De zorgtoeslag verdwijnt daarmee. Het verplichte eigen risico blijft. Ziekenfondsen of private verzekeraars kunnen een privaatrechtelijke aanvullende verzekering aanbieden.

Budgettaire effecten

Voor deze stelselwijziging zijn er jaarlijkse transitiekosten van € 25 mln. gedurende acht jaar. Hierbij zijn de uitvoeringskosten van de basisverzekering als grondslag genomen en wordt verondersteld dat de transitie alleen betrekking heeft op de wijziging van het juridische eigendom (van privaat- naar publiekrechtrechtelijk) en het aanpassen van de financiering. Verzekeraars krijgen een schadevergoeding voor onteigening; de kosten hiervoor worden geraamd op 'PM' (de onderbouwing hiervan staat in de inleiding Stelselwijziging). In het publieke stelsel moeten nieuwe reserves opgebouwd worden; dit kost incidenteel € 2.300 mln. Er is geen doelmatigheidswinst ten opzichte van het huidige stelsel.

Overige effecten

Afhankelijk van keuzes in de vormgeving heeft de centrale overheid meer of minder grip op de landelijk concurrerende ziekenfondsen. Daarnaast krijgt de overheid mogelijkheden tot kostenbeheersing via budgettering van zorgaanbieders of ziekenfondsen, zij het beperkt.

Met het recht op zorg of de zorgplicht van de ziekenfondsen staat krappe budgettering op gespannen voet met de toegankelijkheid van zorg (wachtlijsten). Ook kan het effect hebben op de kwaliteit van zorg. Consumptie van onnodige zorg is daarmee wel een risico.

Er is een inkomensherverdeling: de hogere inkomens gaan meer betalen dan de lagere. Dit effect wordt versterkt door de progressiviteit van het belastingstelsel (solidariteit). Het risico op tweedeling bestaat: mensen met meer financiële middelen zullen zich aanvullend kunnen verzekeren om zo de wachtlijsten te vermijden of voor betere zorg elders kiezen.

Overige opmerkingen

De verschillende maatregelen over stelselwijzigingen of overheveling van zorg van het ene naar het andere domein sluiten elkaar uit. Het gaat bijvoorbeeld om maatregelen 133 ((Deel) Ouderenzorg van Wlz naar Wmo, Zvw of speciale ouderenwet), 140 (Publiek stelsel met Centrale Aansturing en Regionale Uitvoerders (NHS)) en 144 (Invoeren populatiebekostiging). De mogelijkheid bestaat om de nominale premie te verlagen, met een evenredige verhoging van de inkomstenbelasting. Dit is uitgewerkt in maatregel 77 (Nominale premie Zvw verlagen).

← Terug naar tabel STELSEL & TRANSITIES
← Terug naar overzicht resultaten

143 Publiek stelsel met regionaal opererende ziekenfondsen (zorgkantoren)

De maatregel introduceert een publiekrechtelijk zorgstelsel met regionale uitvoerders. Binnen dit stelsel zijn ingezetenen van rechtswege verzekerd. Hun recht op zorg blijft bestaan binnen duidelijk afgebakende budgettaire kaders. De overheid stelt het basispakket vast, waarin alle zorg wordt verleend in natura. Verzekerden kiezen niet hun ziekenfonds, maar behoren tot het fonds in de regio waar zij wonen. Complexe zorg wordt bovenregionaal ingekocht op basis van aanbesteding door de overheid. Er is afstemming over spoedeisende hulp.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**750**	**750**	**3.100+PM**	**750**	**PM**
w.v. structurele effecten doelmatigheid zorg	0	0	0	0	PM
w.v. transitiekosten stelselwijziging	750	750	750	750	0
w.v. overdracht zorgverzekeraars	0	0	PM	0	0
w.v. opbouw reserves	0	0	2.300	0	0
Kwalitatief effect					
Stimulering van regionale samenwerking; geen concurrentie zorgkantoren; minder prikkels tot kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing.					

Uitvoering & haalbaarheid

De Zvw vervalt en wordt vervangen door een publiekrechtelijke verzekering. De huidige zorgverzekeraars verdwijnen in het nieuwe stelsel of worden omgevormd tot regionale uitvoerders, vergelijkbaar met de huidige zorgkantoren in de Wet langdurige zorg (Wlz). Het gaat om een volksverzekering, zodat mensen van rechtswege zijn verzekerd, het eigen risico en eigen betalingen blijven gelijk.

De regionaal uitvoerende ziekenfondsen krijgen bevoegdheden om aanbieders samen te laten werken. De ziekenfondsen kopen de zorg in bij onderling concurrerende zorgaanbieders. Zij bepalen wie ze contracteren. Omdat er maar één zorgkantoor per regio is, kan het zorgkantoor eisen stellen bij de contractering over samenwerking tussen zorgaanbieders. De financiering vindt dan ook plaats via de premieheffing voor de volksverzekeringen, tegelijk met de afdracht van de inkomensbelasting.

Budgettaire effecten

Voor deze stelselwijziging zijn er jaarlijkse transitiekosten van € 750 mln. gedurende acht jaar. Verzekeraars krijgen schadevergoeding voor onteigening, de kosten hiervoor worden geraamd op 'PM' (de onderbouwing hiervan staat in de inleiding Stelselwijziging). Daarnaast moeten voor het publieke stelsel nieuwe reserves opgebouwd worden; dit kost incidenteel € 2.300 mln.

De private uitgaven voor de premie komen te vervallen, daar staat een verhoging van de inkomstenbelasting tegenover. Er is geen doelmatigheidswinst ten opzichte van het huidige stelsel.

Overige effecten

Afhankelijk van keuzes in de vormgeving heeft de centrale overheid meer of minder grip op de regionale ziekenfondsen. De uitgaven zijn binnen een publiek stelsel met regiobudgetten aanzienlijk beter te beheersen dan in het huidige stelsel, al blijft vanwege het recht op zorg per definitie een openeindefinanciering bestaan. Bij te strakke budgettering kan de kwaliteit van zorg dalen en/of kunnen de wachtlijsten toenemen.

De keuzemogelijkheden voor verzekerden nemen door deze maatregel af. Ze kunnen niet wisselen van uitvoerder en een vrijwillige eigen risico of restitutiepolis is ook niet mogelijk. Wel wordt de toegankelijkheid verbeterd doordat er geen of nauwelijks financiële drempels meer zijn om zorg te vragen. Consumptie van onnodige zorg is een risico.

Er is een inkomensherverdeling: de hogere inkomens gaan meer betalen dan de lagere inkomens. Dit effect wordt versterkt door de progressiviteit van het belastingstelsel (solidariteit). Er bestaat het risico op tweedeling, mensen met meer financiële middelen zullen zich aanvullend kunnen verzekeren om zo de wachtlijsten te vermijden of betere zorg elders af te nemen.

Regionale uitvoerders ondervinden geen concurrentie die aanzet tot doelmatige zorginkoop, waaronder kwaliteit en innovatie. Er zullen regionale verschillen ontstaan in het zorgaanbod.

Toetreding van nieuwe, innovatieve zorgaanbieders wordt wel moeilijker; dat geeft risico op monopolistisch gedrag van bestaande zorgaanbieders.

Overige opmerkingen

De verschillende maatregelen over stelselwijzigingen of overheveling van zorg van het ene naar het andere domein sluiten elkaar uit. Het gaat bijvoorbeeld om maatregelen 133 ((Deel) Ouderenzorg van Wlz naar Wmo, Zvw of speciale ouderenwet), 142 (Publiek stelsel met landelijk opererende ziekenfondsen ('Krankenkassen' en/of 'Deens model')) en 144 (Invoeren populatiebekostiging). Sommige maatregelen zijn makkelijker uitvoerbaar binnen dit stelsel, zoals maatregel 37 (Regulering inkomen specialisten door verbod vrije vestiging). De maatregel impliceert dat het eigen risico en de restitutiepolis worden afgeschaft. Dit is uitgewerkt in respectievelijk maatregelen 54 (Aanpassen of afschaffen (vrijwillig) eigen risico) en 104 (De restitutiepolis wordt afgeschaft).

← Terug naar tabel STELSEL & TRANSITIES
← Terug naar overzicht resultaten

144 Invoeren populatiebekostiging

Nederland wordt opgedeeld in verschillende zorgregio's. Zorginstellingen worden bekostigd op basis van kenmerken van de populatie in de regio. Losse verrichtingen worden niet meer bekostigd, de dbc-systematiek wordt afgeschaft. Zorgaanbieders worden (deels) risicodragend en de rol van zorgverzekeraars wordt kleiner. Dit voorstel wordt in verschillende varianten uitgewerkt:

A. de Zvw, Wlz en Wmo vallen samen onder één populatiebekostigingsregime;
B. Zvw en Wmo komen onder één populatiebekostiging;
C. alleen de Zvw krijgt populatiebekostiging. Zorgverzekeraars kunnen in deze variant zelf regiobudgetten vaststellen;
D. alleen de Wijkverpleging binnen de Zvw krijgt populatiebekostiging;
E. alleen voor de chronische zorg wordt populatiebekostiging ingevoerd;
F. alleen de Wlz (in een deelvariant alleen de ouderenzorg) krijgt populatiebekostiging.
G. er komt alleen populatiebekostiging voor sociaal domein (Wmo/Jeugd) en eerstelijnszorg (wijkverpleging en huisarts).

In de varianten B t/m G blijven de overige zorg(sub-)sectoren in hun huidige vorm bestaan.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: Wlz, Zvw en Wmo	**1.200**	**1.200**	**3.500+PM**	**1.200**	**PM**
w.v. structurele effecten	0	0	0	0	PM
w.v. transitiekosten stelselwijziging	1.200	1.200	1.200	1.200	0
w.v. overdracht zorgverzekeraars	0	0	PM	0	0
w.v. opbouw reserves	0	0	2.300	0	0
Variant B: Zvw en Wmo	**820**	**820**	**3.100+PM**	**820**	**PM**
w.v. structurele effecten	0	0	0	0	PM
w.v. transitiekosten stelselwijziging	820	820	820	820	0
w.v. overdracht zorgverzekeraars	0	0	PM	0	0
w.v. opbouw reserves	0	0	2.300	0	0
Variant C: Zvw	**750**	**750**	**750**	**750**	**PM**
w.v. structurele effecten	0	0	0	0	PM
w.v. transitiekosten stelselwijziging	750	750	750	750	0
w.v. overdracht zorgverzekeraars	0	0	0	0	0
w.v. opbouw reserves	0	0	0	0	0
Variant D: wijkverpleging	**65**	**65**	**65**	**65**	**PM**
w.v. structurele effecten	0	0	0	0	PM
w.v. transitiekosten stelselwijziging	65	65	65	65	0
w.v. overdracht zorgverzekeraars	0	0	0	0	0
w.v. opbouw reserves	0	0	0	0	0

Variant E: chronische zorg	**160**	**160**	**160**	**160**	**PM**
w.v. structurele effecten	0	0	0	0	PM
w.v. transitiekosten stelselwijziging	160	160	160	160	0
w.v. overdracht zorgverzekeraars	0	0	0	0	0
w.v. opbouw reserves	0	0	0	0	0
Variant F1: Wlz	**380**	**380**	**380**	**380**	**PM**
w.v. structurele effecten	0	0	0	0	PM
w.v. transitiekosten stelselwijziging	380	380	380	380	0
w.v. overdracht zorgverzekeraars	0	0	0	0	0
w.v. opbouw reserves	0	0	0	0	0
Variant F2: ouderenzorg	**200**	**200**	**200**	**200**	**PM**
w.v. structurele effecten	0	0	0	0	PM
w.v. transitiekosten stelselwijziging	200	200	200	200	0
w.v. overdracht zorgverzekeraars	0	0	0	0	0
w.v. opbouw reserves	0	0	0	0	0
Variant G: sociaal domein en eerstelijnszorg	**260**	**260**	**260**	**260**	**PM**
w.v. structurele effecten	0	0	0	0	PM
w.v. transitiekosten stelselwijziging	260	260	260	260	0
w.v. overdracht zorgverzekeraars	0	0	0	0	0
w.v. opbouw reserves	0	0	0	0	0
Kwalitatief effect					
Mogelijk meer prikkels tot samenwerking tussen zorgaanbieders, prikkels tot gepast gebruik, en prikkels voor preventie; kans op onderbehandeling en wachtlijsten; zorgaanbieders lopen meer risico; minder transparantie van uitgaven, wat verantwoording lastiger kan maken.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De voordelen en randvoorwaarden van populatiebekostiging worden in de inleidende tekst geadresseerd. Populatiebekostiging is goed mogelijk met uitkomstbekostiging / *shared savings*. De invoering van de verschillende varianten is uitvoeringstechnisch complex. Het gaat om een stelselwijziging, met een invoeringstermijn van acht jaar. In de meest vergaande variant A gaat de zorginkoop over naar regionale organen. Als de infrastructuur van de zorgkantoren wordt benut, kan implementatie relatief snel gaan en is invoering binnen vier jaar mogelijk. Ook aanpassing van de bekostiging vergt een implementatietermijn van minimaal vier jaar.

Na de formele transitie duurt het nog enkele jaren voordat alle betrokkenen hun gedrag hebben ingesteld op de nieuwe verhoudingen. Het zal nog meerdere jaren duren voordat de beoogde samenwerking in de regio's goed tot stand is gekomen.

De uitvoerder is in variant A en B een zorgcoöperatie (regionale organen). Er is geen rol voor een zorgverzekeraar, zoals nu in de Zvw vastgelegd. Voor de varianten C, D, E

en G geldt dat de zorgverzekeraar wel uitvoerder is. Voor variant F is de uitvoerder het zorgkantoor.

De indicatie wordt in de varianten A, B, C, D, E en G door de zorgaanbieder gesteld. Bij variant F is dit een taak van het CIZ.

Het recht op zorg gaat in variant A,B en G ook gelden voor Wmo-zorg, die nu nog een voorziening is. Voor variant G wordt daarbij uitgegaan van de Zvw. Bestaande reserves Wmo/Jeugd worden overgeheveld naar de Zvw.

Aanspraak en afbakening verschillen per variant. Populatiebekostiging in pure vorm gaat uit van een bedrag per populatie bij een bepaalde zorgaanbieder. Dit past niet in de gedachte van de Zvw en de Wlz. Beide wetten (of delen daarvan) moeten worden omgevormd tot een voorziening (zie bijvoorbeeld maatregel **140** (Publiek stelsel met Centrale Aansturing en Regionale Uitvoerders (NHS))), waarbij de individuele aanspraak van cliënten komt te vervallen. Variant E verstaat onder 'chronische zorg': diabetes, hartziekten en COPD. Deze zorg wordt regionaal uitgevoerd. De rest van de Zvw, Wlz en Wmo blijven in hun huidige vorm bestaan.

De bekostiging gaat als volgt werken. Voor bijna alle zorgprestaties in de Zvw en Wlz geldt een prestatiebeschrijving die door de NZa is vastgesteld, met een maximum of vrij tarief. Deze beschrijving moet op grond van de wet (Wmg) worden gevolgd. Aan bekostigingssystemen zijn registratievoorschriften verbonden, die worden gebruikt voor onder andere de risicoverevening tussen zorgverzekeraars. Bovendien biedt de prestatiebeschrijving een gemeenschappelijke taal voor verzekeraars en zorgaanbieders.

Los van de prestatiebeschrijvingen staat het zorgverzekeraars en zorgaanbieders vrij om afspraken te maken over de 'savings'. Dat kunnen zij doen binnen de huidige kaders. Een verdergaande variant is om de prestaties aan te passen en een vast bedrag per patiënt te laten betalen door de verzekeraar. Deze variant is nu al aanwezig in de vorm van het abonnementstarief bij huisartsen. Een alternatief is bekostiging per inwoner van een bepaald gebied.

Eigen betalingen zijn ook bij populatiebekostiging mogelijk, maar worden anders georganiseerd. De zorgaanbieder krijgt geen vergoeding meer voor feitelijk gemaakte zorguitgaven per individuele patiënt, maar een bedrag per persoon per periode voor een afgebakend zorgpakket. Er is dus geen sprake van individuele declaraties. Wel moet er communicatie plaatsvinden tussen aanbieder en verzekeraar/gemeente dat een cliënt zorg heeft ontvangen. Op basis hiervan kan bijvoorbeeld het eigen risico of een eigen bijdrage worden bepaald. In alle varianten is verondersteld dat deze verandering van eigen risico en eigen bijdragen budgettair neutraal is voor zowel de bruto als de netto-collectieve zorguitgaven.

De juridische consequenties verdienen serieuze aandacht. De uitvoering van de verschillende varianten is complex:
– De Mededingingswet zal geen drempel vormen als een zorgverzekeraar stuurt op samenwerking tussen private aanbieders, omwille van een goede behandeling van de patiënt. Maar de mededingingsregels staan verzekeraars niet snel toe om onderling afspraken te maken over de verdeling van de zorg.
– Op dit moment zijn er voor de drie wetten aparte toezicht- en verantwoordingsstructuren.
– Kosten moeten worden toegewezen aan het juiste domein. Dit aanpassen zal ingewikkeld zijn. De facto betekent dit dat de drie wetten moeten worden gesynchroniseerd.

Gezien de wijzigingen die nodig zijn voor populatiebekostiging wordt uitgegaan van een transitietermijn van maximaal acht jaar.

Bij de varianten A en B is verondersteld dat de privaatrechtelijke Zvw opgaat in de publiekrechtelijke Wmo/Wlz. Verzekeraars kunnen een schadevergoeding krijgen voor onteigening en voor het publieke stelsel moeten nieuwe reserves opgebouwd worden; dit zijn incidentele kosten.

Budgettaire effecten

Bij de varianten wordt er geschoven met middelen uit de Rijksbegroting (Jeugdwet, Wmo) en/of Plafond Zorg (Zvw, Wlz) en in de meest vergaande variant naar een separaat fonds voor de regionaal opererende organen. Er is verondersteld dat de benchmark verpleeghuiszorg onder de varianten A en F doorgang vindt.

Voor de varianten A, B en G vindt een financieringsschuif plaats van € 6,1 mld. vanuit het gemeentefonds naar een nieuw regime.

Bij de varianten A en B moet bij de zorgcoöperatie eigen vermogen opgebouwd worden voor het Zvw-deel. Voor de berekening van de benodigde reserve, zie inleiding Stelselwijziging. Voor het Wmo-deel kunnen de bestaande reserves worden overgenomen.

De verschillende varianten kennen structurele effecten op doelmatigheid, uitvoeringskosten en remgeldeffecten door de overgang van een voorziening naar een recht. Per saldo worden deze structureel op PM ingeschat.

De doelmatigheid kan verbeteren door betere zorg, gepast gebruik, betere afstemming tussen zorgverleners, minder dubbele diagnoses, minder onderbehandeling en afwenteling, etc. Er wordt een betere coördinatie van zorg verwacht (Juiste Zorg Op de Juiste Plek), en betere samenwerking tussen zorgverleners. Kosten kunnen hierdoor dalen. Ook zal gepast gebruik worden bevorderd, zodat publieke middelen effectief worden besteed.
In een enkele variant (vooral F) is er wel een risico op onderbehandeling, omdat bij een

gegeven Wlz-indicatie kostenbesparing op andere manieren moeilijk is. Onder verwijzing naar de inleiding Stelselwijziging worden er geen ex-ante doelmatigheidsbesparingen toegekend.

Bij de uitvoeringskosten (administratieve lasten, indicatiestelling, wel of geen marketingkosten en wel of geen overstappers, toezicht, etc.) wordt verwacht dat deze zullen dalen, vooral door lagere administratieve lasten.

In variant A en B is er een overgang van voorziening naar verzekerd recht. De aanname is dat het bestaande voorzieningenniveau wordt gehandhaafd en dat er geen sprake is van aanzuigende werking. Het budgettaire effect wordt derhalve ingeschat op 0.

De transitiekosten vormen een belangrijke post, omdat de varianten stelselveranderingen betreffen. Bij varianten A, B, F en G zijn er jaarlijkse transitiekosten gedurende acht jaar. Bij varianten C, D en E zijn er jaarlijkse transitiekosten gedurende vijf jaar. Bij de varianten A en B moeten verzekeraars gecompenseerd worden voor hun eigendomsrecht.

Overige effecten

Een risico van de maatregel is dat de regionaal opererende organen geen prikkel voelen om doelmatige en doeltreffende zorg in te kopen en er minder prikkel zal zijn tot innovatie. Mensen kunnen immers niet wisselen van regio en er is geen sprake van een democratisch bestel zoals bij de gemeente. Gedacht kan worden aan een concessie voor vier of tien jaar om concurrentie tussen verzekeraars te stimuleren of aan (regionale) benchmarking om doelmatige en doeltreffende inkoop te bevorderen.

Als enige inkoper in een regio kan de uitvoerder gemakkelijker integrale zorg inkopen, voor zover regionaal beschikbaar, en zal de samenwerking verbeteren. Het organiseren van bovenregionale samenwerking wordt tegelijk lastiger.

Doordat de overheid eenvoudiger voorschriften kan geven voor de bedrijfsvoering van regionaal opererende organen, zal het mogelijk zijn om intensiever onderzoek te doen naar fraude, meer te doen aan preventie en de informatievoorziening te verbeteren.

Overige opmerkingen

Voor Variant A is het mogelijk om scheiden van wonen en zorg toe te passen, zie maatregel 28 (Scheiden van wonen en zorg in Wlz).

← **Terug naar tabel STELSEL & TRANSITIES**
← **Terug naar overzicht resultaten**

145 Populatiebekostiging invoeren op wijkniveau voor huisartsen, apothekers en anderhalve lijn zorg

Alle zorg in Nederland die wordt verleend door huisartsen, apothekers of onderdelen van de anderhalve lijn wordt bekostigd op basis van populatiekenmerken. Per wijk wordt voor deze zorgvormen een vast bedrag per jaar beschikbaar gesteld. De zorgverzekeraars stellen dit bedrag beschikbaar op basis van de demografie en gezondheid van hun verzekerden in iedere wijk. Wanneer dit bedrag in een wijk wordt onderschreden, mogen de zorgverleners hiervan de helft houden, maar als ze dit bedrag overschrijden wordt ook slechts de helft hiervan gecompenseerd. Daarnaast worden doelstellingen over de gezondheid van de populatie en de ervaren kwaliteit van zorg afgesproken. Tien procent van de bekostiging wordt hiervan afhankelijk.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**170**	**170**	**170**	**170**	**PM**
w.v. structurele effecten	0	0	0	0	PM
w.v. transitiekosten	170	170	170	170	0
Kwalitatief effect					
Mogelijk meer prikkels tot samenwerking tussen zorgaanbieders, prikkels tot gepast gebruik, prikkels voor meer preventie; kans op onderbehandeling en wachtlijsten; zorgaanbieders gaan meer risico lopen; minder transparantie van uitgaven, wat verantwoording lastiger kan maken.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De overheid past de tarief- en prestatieregulering van de Wmg aan, zodat zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen om zelf budgetten vast te stellen op basis van kenmerken van de populatie in iedere wijk. De uitgangspunten van dit type bekostiging worden nader toegelicht in de inleiding Populatiebekostiging.

Deze budgetten per wijk omvatten zowel de eerstelijns- als de anderhalvelijnszorg. De anderhalve lijn wordt gedefinieerd als zorg op het grensvlak van complexe eerstelijns- en eenvoudige tweedelijnszorg. Denk aan het spreekuur van een specialist bij de huisartsenpraktijk, of een multidisciplinair huisartsencentrum met meer behandelmogelijkheden. Ook deze zorg gebruiken mensen in de wijk waar ze wonen.

Tien procent van de bekostiging wordt afhankelijk van het bereiken van doelstellingen over de gezondheid van de populatie en de ervaren kwaliteit in de zorg. Hiervoor wordt bij voorkeur aangesloten bij bekende indicatoren, zoals patiënttevredenheid en uitkomstmetingen.

De maatregel is technisch uitvoerbaar maar complex. Om wijkbudgetten vast te stellen voor zowel de eerstelijns- als de anderhalvelijns zorg is aanpassing van de prestatiebeschrijvingen in de bekostiging nodig. Ook moeten de kenmerken van de wijk voldoende bepalend kunnen zijn om daar budgetten op te kunnen baseren. De zorgaanbieder blijft de indicatie stellen.

Een risico van de maatregel is dat de beoogde coördinatie tussen zorgaanbieders niet van de grond komt of dat de beoogde voordelen van deze maatregel niet worden gezien. Deze risico's worden bij de zorgaanbieders neergelegd. De vormgeving van het bonus-(malus) systeem zou moeten motiveren om de handschoen op te pakken. Het 'standaardtarief' zonder bonus of malus moet redelijkerwijs kostendekkend zijn en de zorg moet daarvan met voldoende kwaliteit geleverd kunnen worden (volgt uit jurisprudentie).

Voor deze maatregel moet de bekostiging worden aangepast. Daarbij geldt een implementatietermijn van vijf jaar.

Budgettaire effecten

De maatregel kent structurele effecten op de doelmatigheid van zorg en uitvoeringskosten. Per saldo worden deze op PM ingeschat.

Naar verwachting ontstaat met de maatregel een betere coördinatie van zorg (Juiste Zorg Op de Juiste Plek), evenals een verbeterde samenwerking tussen zorgverleners. Kosten kunnen hierdoor minder hoog uitvallen. Ook zal gepast gebruik in dit scenario worden bevorderd: patiënten en cliënten ontvangen goede zorg die ook echt nodig is, waardoor publieke middelen effectief worden besteed. Onder verwijzing naar de inleiding Stelselwijziging worden hiervoor geen ex-ante doelmatigheidsbesparingen toegekend.

Door lagere administratieve lasten zullen de uitvoeringskosten afnemen. Als er één zorgaanbieder betaald wordt voor de levering van zorg in een keten, kan het rechtmatigheidstoezicht zich beperken tot de keten als geheel. Er hoeft niet meer gekeken te worden naar de rechtmatigheid van alle aparte schakels in de keten. Daarnaast hoeven zorgaanbieders geen behandelingen per individuele patiënt meer te registreren en te declareren. De zorgaanbieder ontvangt nu immers een bedrag per persoon per periode voor een afgebakend zorgpakket. Wel blijft er communicatie nodig tussen aanbieder en verzekeraar/gemeente dat een cliënt zorg heeft ontvangen, om op basis daarvan het eigen risico of de eigen bijdrage te bepalen.

Wat betreft transitiekosten wordt uitgegaan van jaarlijkse kosten van € 170 mln. gedurende vijf jaar.

Overige effecten

Er bestaat een risico op onderbehandeling en afwenteling. De zorgaanbieder krijgt immers zijn budget, ongeacht het aantal uitgevoerde behandelingen. Dat geeft een prikkel om zo min mogelijk zorg te verlenen en een risico dat aanbieders kosten proberen af te wentelen op andere aanbieders. Daarnaast wordt ook hoge patiënttevredenheid niet automatisch gestimuleerd, omdat dit de zorgvraag kan verhogen.

Mogelijk gaan (rijkere) bewoners in de wijk meer zelf betalen om gebruik te kunnen maken van een aanbieder buiten de gecontracteerde groep.

← **Terug naar tabel STELSEL & TRANSITIES**
← **Terug naar overzicht resultaten**

146 Winst intramurale zorg

Het verbod op winstuitkering voor intramurale zorgverleners wordt opgeheven. Dit moet de doelmatigheid van geboden zorg verhogen door zorgverleners gevoeliger te maken voor financiële prikkels en investering in zorg aantrekkelijker te maken.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro	**160**	**160**	**160+PM**	**160+PM**	**PM**
w.v. toestaan winstuitkering	0	0	PM	PM	PM
w.v. transitiekosten	160	160	160	160	0
Kwalitatief effect					
Meer investeringen in innovatie bij nieuwe en bestaande partijen; meer aandacht voor patiënten ervaringen; positieve effecten door intrinsieke motivatie door eigendom; risico op verslechtering van zorginhoudelijke kwaliteit als deze niet inzichtelijk is.					

Uitvoering & Haalbaarheid

De Wet toelating zorginstellingen (WTZi) verbiedt[1] op dit moment het uitkeren van winst voor aanbieders in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz).[2] De maatregel is juridisch uitvoerbaar door een aanpassing van de AMvB onder de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Eventueel kunnen aan winstuitkering voorwaarden gesteld worden, zoals aan de financiële gezondheid (solvabiliteit), de kwaliteit van zorg, de governance en de termijn waarbinnen dividend mag worden uitgekeerd. Vervolgens moeten instellingen die daadwerkelijk winst willen uitkeren zich juridisch omvormen naar rechtspersonen die dat mogelijk maken, zoals een besloten vennootschap. Voor die omvorming hebben instellingen tijd nodig, naar schatting een tot twee jaar. Daar kan eventueel parallel aan de wetswijziging mee worden begonnen.

Budgettaire en overige effecten

Het toestaan van winstuitkering heeft positieve en negatieve effecten. Het bleek niet mogelijk om het budgettaire effect te kwantificeren, omdat de benodigde data niet voorhanden zijn. Hieronder volgt een overzicht van mogelijke effecten op kwaliteit,

1 Er wordt gesproken op een verbod op winstoogmerk, maar dit kan worden gelezen als winstuitkering.
2 In een Algemene Maatregel van Bestuur wordt hierop een uitzondering gemaakt voor extramurale instellingen en intramurale instellingen met minder dan zes cliënten.

toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg, gebaseerd op het onderzoek "Uitkering van dividend door zorgaanbieders: praktijkanalyse en effectanalyse" door SiRM en Finance Ideas in juni 2019.[3]

De kwaliteit van zorg kan toenemen doordat er meer wordt geïnvesteerd in innovatie, er meer aandacht is voor patiëntervaring en een doordat het toestaan van winstuitkering een positief effect kan hebben op de motivatie. Een mogelijk negatief effect is dat er een risico is op een daling van de kwaliteit als deze niet inzichtelijk is.

De toegankelijkheid van zorg kan verbeteren doordat de toetreding van nieuwe partijen de marktdynamiek mogelijk bevordert. Ook wordt er mogelijk meer geïnvesteerd in de sector, mede door overnames. De klantgerichtheid kan toenemen en er kan sprake zijn van kortere wachttijden. Een mogelijk negatief effect is het risico op ongewenste risicoselectie van complexe patiënten en dat kleine zorgaanbieders kwetsbaarder zijn vanwege hun zwakkere financiële positie.

De betaalbaarheid van zorg kan toenemen door een verbetering van de doelmatigheid door een stimulans tot kostenbesparing. Meer en verschillende kapitaalverstrekkers kunnen zorgen voor een flexibeler financiering en lagere kapitaallasten. Een mogelijk negatief effect is dat de maatregel ongewenste productieprikkels kan versterken. Ook bestaat er een risico op korte termijnwinst vooral door vervreemden van vastgoed.

De positieve effecten kunnen groter worden en de risico's kleiner als winstuitkering alleen onder bepaalde voorwaarden wordt toegestaan. Te denken valt daarbij ook aan effectief toezicht.

De transitiekosten bedragen € 650 mln. per jaar gedurende twee jaar. Omdat verwacht mag worden dat het enige tijd zal duren voordat deze maatregel effect sorteert, worden deze transitiekosten verspreid over acht jaar ingeboekt.

Overige opmerkingen

Er is een interactie-effect met maatregel 35 (Winstverbod alle zorgaanbieders).

← Terug naar tabel STELSEL & TRANSITIES
← Terug naar overzicht resultaten

3 Dit onderzoek was gericht op ruimere winstuitkering, maar veel redeneringen konden ook in omgekeerde richting worden gevolgd.

147 Verruimde bekostiging palliatieve zorg

De budgetplafonds en maximumpercentages voor palliatieve zorg worden opgeheven. Er worden afspraken gemaakt over indicatiestelling en verlengde palliatieve zorg en het Rijk stelt € 50 mln. per jaar extra beschikbaar. In variant A is dit een structurele budgetverhoging, in variant B een tijdelijke impuls in de vorm van een subsidie.

Effecten	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Struc.
Budgettair effect op netto-collectieve zorguitgaven in mln. euro					
Variant A: investering	**50-PM**	**50-PM**	**50-PM**	**50-PM**	**50-PM**
w.v. uitgaven palliatieve zorg	50	50	50	50	50
w.v. besparing intramurale zorg	-PM	-PM	-PM	-PM	-PM
Variant B: subsidieregeling	**50-PM**	**50-PM**	**50-PM**	**50-PM**	**0**
w.v. uitgaven palliatieve zorg	50	50	50	50	0
w.v. besparing intramurale zorg	-PM	-PM	-PM	-PM	0
Kwalitatief effect					
Verbetering palliatieve zorg door opheffen van financiële belemmeringen; betere netwerkzorg in de regio en betere toegankelijkheid van hospices.					

Uitvoering & haalbaarheid

Het onderdeel opheffen van budgetplafonds en afspraken over indicatiestelling verlengde palliatieve zorg is niet uitgewerkt omdat deze afspraken al zijn gemaakt.

Om de inzet op palliatieve zorg te vergroten, worden de kaders van de wijkverpleging Zvw en van de Wlz opgehoogd. Dit is in een paar maanden te regelen. Omdat deze middelen niet kunnen worden geoormerkt, zijn bestuurlijke afspraken nodig om het extra budget te bestemmen voor palliatieve zorg. Ook deze afspraken zijn in een paar maanden te maken.

In variant B krijgt de palliatieve zorg een tijdelijke impuls via de subsidieregeling 'Palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging' voor versterking van hospices en ondersteuning van zorgnetwerken. Ook dit is in een paar maanden te regelen.

Budgettaire effecten

Het gaat om een extra impuls voor het verbeteren van de palliatieve zorg van € 50 mln. Mogelijk zullen mensen minder lang intramuraal verblijven en bespaart de maatregel zo kosten. Dit effect kan niet worden gekwantificeerd.

Overige effecten

Betere afstemming tussen partijen die palliatieve zorg leveren, kan ervoor zorgen dat patiënten in de laatste fase van hun leven de zorg ontvangen op de plek die zij wensen. Investeren in netwerken en hospices zorgt voor meer toegankelijkheid van deze zorg.

← Terug naar tabel STELSEL & TRANSITIES
← Terug naar overzicht resultaten

6.2 Afgevallen maatregelen

6.2.1 Afgevallen maatregelen met toelichting

CARE & SOCIAAL DOMEIN

Nr.	Naam
148	Minder lichte jeugdhulp
149	Wethoudersnorm voor lokale zorgbestuurders
150	Medicijngebruik uit verdeelmodel sociaal domein
151	Tandheelkundige zorg standaard in WLZ-indicatie ouderen
152	Standaardisatie inkoop en verantwoording Wmo / Jeugdzorg
153	Afschaffen zzp-indicaties Wlz en één uniform tarief voor de Wlz
154	Plan voor overhead- en ziekteverzuimnormen in de Wet langdurige zorg
155	Vast percentage voor niet cliëntgebonden zorguitgaven invoeren in de Wet langdurige zorg
156	Tegengaan voedselverspilling in de ouderenzorg
157	Betere mondzorg voor ouderen in verpleeghuizen
158	Geen toegang Wlz voor vreemdelingen en asielzoekers
159	Afzien van resultaatgericht indiceren
160	Landelijk toezichtskader Wmo
161	Lening voor woningaanpassing, afschaffing van vergoeding vanuit de Wmo
162	Buren voor buren
163	Uitkering Wmo op basis van meest efficiënte gemeente
164	Centrale inkoop WMO
165	Persoonsvolgende bekostiging EPA

148 – Minder lichte Jeugdhulp	
Maatregel	Het Rijk maakt bestuurlijke afspraken met gemeenten om het aanbod van lichtere jeugdzorg te beperken, zodat er meer budget resteert voor complexere jeugdzorg.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	De maatregel betreft een schuif binnen het jeugdbudget en is daarmee budgettair neutraal.
149 – Wethoudersnorm voor lokale zorgbestuurders	
Maatregel	Voor zorgbestuurders in het sociaal domein gaat een wethoudersnorm gelden. Zij gaan niet meer verdienen dan het gemiddelde salaris van Nederlandse wethouders. Het sociaal domein wordt gedefinieerd als alle ondersteuning en zorg die in het kader van de Wmo en/of Jeugdwet worden verleend.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	De voorgestelde maatregel om voor de groep bestuurders voor lokale zorg een apart normeringssysteem op te nemen is juridisch niet haalbaar. In 2016 is geprobeerd om bestuurders van bedrijven die ook Wmo-ondersteuning leveren, zoals bijvoorbeeld schoonmaakbedrijven als onderaannemer kunnen doen, onder de Wet Normering Topinkomens (WNT) te brengen. Destijds merkte de Raad van State (RvS) op dat hiermee ook bedrijven onder de WNT komen te vallen die niet tot de semipublieke sector behoren en dat daarmee een grote inbreuk op de privaatrechtelijke autonomie van deze bedrijven zou worden gemaakt.

150 – Medicijngebruik uit verdeelmodel sociaal domein	
Maatregel	Het medicijngebruik van inwoners wordt momenteel als maatstaf meegewogen in het verdeelmodel van het gemeentefonds. Met deze maatregel wordt medicijngebruik uit het verdeelmodel gehaald. Door invoering van deze maatregel wordt het ziektebeeld van inwoners, dat als input voor de behoefte aan voorzieningen een factor is in het verdeelmodel sociaal domein, onafhankelijk van het medicijngebruik bepaald.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	Het doel van de maatregel is een reductie van zorguitgaven door medicijngebruik te bewerkstelligen door de bestaande perverse prikkel via het gemeentefonds om dit hoog te houden, weg te nemen. In de verdeelmodellen Jeugd en Wmo 2015 is de maatstaf Langdurig medicijngebruik als enige gezondheidsmaatstaf opgenomen. Het overgrote deel van het langdurig gebruik is niet te voorkomen, waardoor strategisch gedrag van gemeenten onwaarschijnlijk is. Daarmee is de verwachting dat dit niet tot een besparing op het medicijngebruik zal leiden.
151 – Tandheelkundige zorg voor ouderen in Wlz-indicatie	
Maatregel	Met het opnemen van tandheelkundige zorg in de Wlz-indicatie voor ouderen in een instelling wordt beoogd om de mondzorg binnen de V&V-instellingen te verbeteren. Met de maatregel wordt het verschil tussen instellingen MET en instellingen ZONDER toelating voor behandeling opgeheven. Het verschil in aanspraak op tandheelkundige zorg tussen zorg binnen een instelling en Wlz-zorg thuis wordt niet opgeheven.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	In 2018 verblijven ongeveer 38.000 ouderen in een instelling exclusief behandeling. De maatregel draagt bij aan een betere mondgezondheid van deze groep, hetgeen ook een positief effect op de algemene gezondheid kan hebben. De uitgaven aan tandheelkundige zorg voor deze groep liggen onder de budgettaire ondergrens van € 50 mln.
152 – Standaardisatie inkoop en verantwoording Wmo / Jeugdzorg	
Maatregel	Het inkoopproces en verantwoording van de Wmo en Jeugdzorg worden verder gestandaardiseerd, met behoud van inhoudelijke beleidsvrijheid van gemeenten.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	In de Wmo 2015 en de Jeugdwet is, sinds 9 maart 2019, een grondslag opgenomen op basis waarvan regels kunnen worden gesteld die over de administratieve processen en inkoop en/of de wijze van gegevensuitwisseling en/of de wijze van verantwoording gaan. Op grond hiervan kunnen bij ministeriële regeling uitvoeringslasten worden beperkt. Daarmee is de maatregel bestaand beleid. Er zijn momenteel twee soorten inkoopvarianten verplicht gesteld (p*q en trajectbekostiging). Er wordt gewerkt aan verdere technische aanscherpingen (welke automatisch ook verplicht worden gesteld) en aan een derde verplichte inkoopvariant. Gegeven dat de maatregel bestaand beleid is en voorziet in verdere technische aanscherpingen en standaardisatie, zal deze maatregel de budgettaire ondergrens van € 50 mln. niet halen.

153 – Afschaffen zzp-indicaties en invoering één uniform tarief voor de Wlz	
Maatregel	Het CIZ geeft niet langer een herindicatie af bij een gewijzigde zorgvraag en de bekostiging van de intramurale ouderenzorg vindt plaats op basis van één uniform tarief. De huidige koppeling tussen de bekostiging van intramurale zorg en het geïndiceerde zorgprofiel verdwijnt.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Gevolg van het hanteren van een uniform tarief is dat het leveren van verantwoorde zorg behorend bij de hogere zorgprofielen verliesgevend wordt. De maatregel staat hierdoor op gespannen voet met de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG), Art 50 en jurisprudentie. Vereiste is dat tarieven redelijkerwijs kostendekkend moeten zijn. Bij een uniform dagtarief is levering van kwalitatief goede zorg behorend bij de hoogste zorgprofielen niet mogelijk. Daarmee is deze maatregel juridisch niet haalbaar.
154 – Plan voor overhead- en ziekteverzuimnormen in de Wet langdurige zorg	
Maatregel	De overheid verplicht zorgkantoren om bij de Wlz de tarieven afhankelijk te maken van het overheadpercentage en het ziekteverzuim van de aanbieder. Aanbieders die slechter scoren dan de vastgestelde normen krijgen een lager tarief vergoed.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	De Wlz-uitvoerder/het zorgkantoor en de zorgaanbieder komen binnen de door de NZa vastgestelde tariefruimte een tarief overeen. (NB: De Wlz-uitvoerder/het zorgkantoor kan het tarief niet eenzijdig vaststellen of een korting afdwingen vanwege bijvoorbeeld een te hoog ziekteverzuim). De NZa stelt de tarieven vast op basis van kostprijsonderzoek. In dit onderzoek worden de tarieven vastgesteld op redelijkerwijs kostendekkend niveau. Onder redelijkerwijs kostendekkend mag ook worden verstaan dat sprake is van een gezonde bedrijfsvoering, waar ook een redelijke overhead en ziekteverzuim in past. Instellingen die te hoog scoren op overhead en ziekteverzuim komen met deze tarieven niet uit. Zorgkantoren mogen een lager tarief overeenkomen dan de NZa tarieven, maar kunnen daartoe niet gedwongen worden (NB: hoger mag niet). Dit proces impliceert dat in de tariefstelling al prikkels voor aanbieders zitten om overhead en ziekteverzuim te beheersen. Deze maatregel is daarom strikt genomen juridisch niet uitvoerbaar (zorgkantoren kunnen niet gedwongen worden tot een uitkomst van een tweezijdige onderhandeling) en zou slechts een beperkte opbrengst genereren, aanvullend op de prikkels die aanbieders nu al hebben. De grondslag is ten opzichte van ZIK 2015 beperkt tot ggz en GHZ, omdat voor de VenV een integrale vergelijking wordt ontwikkeld door de NZa die een vergelijkbaar effect beoogt. Overigens blijft het argument uit ZIK 2015 overeind dat op papier iedere aanbieder aan een overheadnorm kan voldoen, waardoor de opbrengst van een overheadnorm niets oplevert.

155 – Vast percentage voor niet cliëntgebonden zorguitgaven invoeren in de Wet langdurige zorg	
Maatregel	Het Rijk (VWS) gaat via een inkoopvoorwaarde afdwingen dat niet-cliëntgebonden zorguitgaven verlaagd worden tot een maximum van 25%, met een ingroeimodel van vier jaar.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	De Wmg en niet de Wlz, is de wet voor wat betreft de tarieven voor de zorgaanbieders. De maatregel staat op gespannen voet met de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), art 50 en jurisprudentie. Vereiste is dat tarieven redelijkerwijs kostendekkend moeten zijn. Daar komt bij dat het zeer ingewikkeld is om een goede definitie te hanteren van hetgeen onder "niet- cliëntgebonden zorguitgaven" moet worden verstaan en het ondoenlijk is om dat op een goede manier juridisch vorm te geven.
156 – Tegengaan voedselverspilling in de ouderenzorg	
Maatregel	De rijksoverheid rolt een programma uit – bestaande uit masterclasses voor zorginstellingen – dat voedselverspilling in de ouderenzorg tegengaat. Het programma ondersteunt zorgaanbieders in de intramurale ouderenzorg bij het beperken van hun voedselverspilling. Dit verlaagt niet alleen de kosten, maar verhoogt ook de kwaliteit van zorg en levert een bijdrage aan een duurzame samenleving.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	De voedselverspilling in de intramurale ouderenzorg wordt ingeschat op maximaal 15-20% van het per cliënt ingekochte gewicht aan voedsel. In kosten voor voeding gaat het om maximaal 10% voedselverspilling. Aangezien voedselverspilling volledig voorkomen kan worden, is verondersteld dat deze voor de helft kan worden teruggedrongen. Er is verondersteld dat aanvullend op het programma een 'maatregel' genomen wordt waarmee de netto-opbrengsten voor de zorgaanbieders afgeroomd worden. De structurele opbrengsten liggen dan onder de budgettaire ondergrens van € 50 mln. Daarnaast vraagt het tegengaan van voedselverspilling ook investeringen door de zorgaanbieders.
157 – Betere mondzorg voor ouderen	
Maatregel	Met het opnemen in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg dat iedere bewoner twee keer per jaar een tandartscontrole moet krijgen, wordt beoogd om de mondzorg binnen de V&V-instellingen te verbeteren. Het Kwaliteitskader is van de sector zelf. Het Ministerie van VWS of de politiek kan niet zelfstandig het Kwaliteitskader aanpassen.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	Bij de uitwerking is aangenomen dat in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is opgenomen dat iedere bewoner twee keer per jaar een tandartscontrole moet krijgen. Voor cliënten die verblijven in instellingen zonder toelating voor behandeling (circa 38.000 in 2018) wordt twee maal per jaar een tandartscontrole vergoed. Aanvullende mondzorg na de controles blijft voor eigen rekening. De uitgaven aan twee controles voor cliënten die verblijven in instellingen zonder toelating voor behandeling liggen onder de budgettaire ondergrens van € 50 mln.

158 – Geen toegang Wlz voor vreemdelingen en asielzoekers	
Maatregel	Vreemdelingen en asielzoekers en familie van statushouders krijgen geen toegang meer tot de Wlz.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Als iemand is geïndiceerd voor zorg vanuit de Wlz, moet deze zorg als noodzakelijk worden beschouwd. Het ontzeggen van noodzakelijke zorg aan vreemdelingen en asielzoekers is in strijd met internationale verdragen en Europese regelgeving.
159 – Afzien van resultaatgericht indiceren	
Maatregel	De indicatiestelling in de Wmo (huishoudelijke hulp / verzorging / dagbesteding / woningaanpassingen / etc.) moet worden uitgevoerd door de zorgverlener en vindt plaats op basis van de zorgbehoefte en niet op basis van de te behalen resultaten (dus wel '2 uur hulp per week', maar niet 'een schoon huis'). Controle vindt steekproefsgewijs plaats door de GGD.
Toelichting	Indicatiestelling door zorgverlener: De indicatie vormt de toegang tot – collectief bekostigde – zorg en ondersteuning. Het doel van de indicatie is een objectieve toetsing (welke zorg en ondersteuning heeft een cliënt nodig om voldoende zelfredzaam te zijn?) die losstaat van de belangen van de zorgvrager en de (commerciële) aanbieder. Deze partijen hebben immers een ander belang; voor aanbieders bijvoorbeeld het genereren van omzet door het zoveel mogelijk leveren van zorg en ondersteuning (ten laste van de collectief bekostigde Wmo 2015). Het is daarom in strijd met de Wmo 2015 als een aanbieder de vraag naar zorg en ondersteuning vaststelt. Indien aanbieders indiceren, worden zij daarmee zelfstandig bestuursorgaan (zbo), omdat publiekrechtelijke taken anders worden overgedragen aan private, commerciële partijen. De aanbieder stelt immers vast op welke zorg en ondersteuning een cliënt aanspraak mag doen. Voor deze taak zouden aanbieders (enkele duizenden) van rijkswege bekostigd moeten worden. Dit brengt dermate hoge uitvoerings- en controlelasten met zich mee dat dit als onuitvoerbaar is bestempeld. (Bovendien streeft het kabinet al jaren naar vermindering van het aantal zbo's). Maar indien het publiekrechtelijke karakter van de Wmo 2015 wordt aangepast kan het oordeel over dit voorstel worden herzien. Dat is echter een ingrijpende stelselwijziging. Ook voor het beleggen van het toezicht bij de GGD is wijziging van de Wmo 2015 noodzakelijk. Resultaatgericht indiceren: Ten aanzien van beschikken op basis van een resultaat in de Wmo 2015 wordt momenteel een wetswijziging voorbereid om deze wijze van beschikken mogelijk te maken. De voorgestelde maatregel draait de voorgenomen wetswijziging terug. Aangezien resultaatgericht indiceren beperkt in de praktijk wordt toegepast is de verwachting dat de voorgestelde aanpassing heel beperkte budgettaire effecten zal hebben.

160 – Landelijk toezichtskader Wmo	
Maatregel	Er wordt een landelijk toezichtkader voor de Wmo ingevoerd. Dit toezichtkader wordt in overleg met de IGJ vastgesteld. De GGD's opereren als onafhankelijke toezichthouders over de verschillende gemeenten. De GGD's zullen meer capaciteit krijgen om hun extra taken te kunnen uitoefenen. Het mag niet ten koste gaan van bestaande taken.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	De Wmo 2015 wordt gewijzigd om het toezicht bij de GGD's te beleggen. Elke gemeente heeft momenteel een toezichthouder in het kader van de Wmo 2015 aangesteld. Ruim 60% van de gemeenten hebben het Wmo-toezicht formeel al belegd bij de GGD. De GGD krijgt hier middelen voor vanuit de gemeenten die het Wmo-toezicht daar belegd hebben. De andere gemeenten hebben op een andere manier invulling gegeven aan het toezicht (in eigen beheer, of in samenwerking met andere gemeenten). Deze gemeenten moeten na wijziging van de Wmo 2015 het toezicht ook bij de GGD beleggen. De maatregel kan budgettair neutraal worden uitgevoerd. Het betreft een schuif binnen het huidige budget van gemeenten. Mogelijk is in de eerste periode wel een frictiebudget nodig. De frictiekosten liggen onder de budgettaire ondergrens van € 50 mln.
161 – Lening voor woningaanpassing, afschaffing van vergoeding vanuit de Wmo	
Maatregel	De blijverslening die het mogelijk maakt om de overwaarde op je huis op te nemen om aanpassingen te doen aan de leefbaarheid of aanpassingen om langer thuis te kunnen wonen wordt uitgerold naar alle gemeenten. Het Stimuleringsfonds Volkshuisvesting (SVn) voert deze lening uit. Deze maatregel kent twee varianten: Variant A: De Wmo blijft in haar huidige vorm bestaan. Variant B: Vergoedingen voor woningaanpassingen vanuit de Wmo worden afgeschaft.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	In variant A is het moeilijk voorspelbaar hoeveel bespaard kan worden door actieve verwijzing door gemeenten naar de blijverslening van SVn. Gezien geen sprake is van afdwingbaarheid door gemeenten, is waarschijnlijk het budgettaire effect van variant A niet groot en haalt het de ondergrens van € 50 mln. niet. Voor variant B is op basis van data van het CAK over de eigen bijdragen die cliënten betalen voor woningaanpassingenkosten een schatting gemaakt van de uitgaven van gemeenten aan woningaanpassingen. Dit bedrag kan bespaard worden en ligt onder de budgettaire ondergrens van € 50 mln. Hierbij is nog niet gecorrigeerd voor meerkosten bij de Wlz omdat ouderen met een eigen woning eerder de Wlz instromen.

162 – Buren voor buren	
Maatregel	Gemeenten worden verplicht om wijkteams in te richten die als taak hebben om in overleg met buren van hulpbehoevende ouderen te bezien of zij huishoudelijke taken kunnen overnemen van de huishoudelijke hulp.
Motivatie	De maatregel zoals voorgesteld is niet uitvoerbaar. In aangepaste vorm is het effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	De voorgestelde maatregel kan naar verwachting niet worden uitgevoerd omdat het de vraag is of gemeenten in overleg mogen treden met een potentieel netwerk van de potentiële cliënt (in het geval van deze maatregel, de buren) zonder goedkeuring van de aanvrager. Dit lijkt in strijd met het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer dat is geregeld in artikel 10 van de Grondwet en artikel 8 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM). Indien de maatregel wordt aangepast naar een vorm waarbij de aanvrager eerst goedkeuring verleent voor overleg met de buren/het sociale netwerk, dan zou de maatregel – na fundamentele wetswijzigingen – uitvoerbaar zijn. De opbrengsten van deze aangepaste maatregel zijn naar verwachting niet substantieel (dit geldt alle vormen van Wmo-ondersteuning) en halen de budgettaire ondergrens van € 50 mln. niet. De gemeenten zijn immers al verplicht om in het kader van het onderzoek zich een beeld te vormen van de mogelijkheden van het sociale netwerk van de potentiële cliënt. Mogelijke ondersteuning vanuit het sociale netwerk kan echter niet door de gemeente worden afgedwongen en een verzoek om een (maatwerk)voorziening kan ook niet worden afgewezen op grond van een potentieel sociaal netwerk dat niet bereidwillig is om ondersteuning te verlenen.
163 – Uitkering Wmo op basis van meest efficiënte gemeente	
Maatregel	De verdeling van de middelen behorend bij de Wmo 2015 zal worden gebaseerd op de meest efficiënte gemeente. Conform de systematiek die de NZa gebruikt voor de integrale vergelijking van verpleeghuizen, zullen gemeenten vergeleken worden. Gemeenten die meer 'kosten' maken dan een maximum dat voor vergelijkbare gemeenten is vastgesteld, krijgen deze meerkosten niet vergoed.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Voorwaarde om de NZa-systematiek te kunnen toepassen is dat de output en uitgaven van gemeenten inzichtelijk kunnen worden gemaakt en op uniforme wijze wordt geadministreerd. Dit vraagt vergaande standaardisatie. Gemeenten hebben veel vrijheid om zelf invulling te geven aan geleverde diensten en maatwerk te leveren. Inzicht in de output van gemeenten om gemeenten met elkaar te kunnen vergelijken ontbreekt. Deze maatregel is niet praktisch uitvoerbaar. De (output)gegevens ontbreken om een integrale vergelijking van gemeenten te maken en daarmee de meest efficiënte gemeente te bepalen.

164 – Centrale inkoop hulpmiddelen Wmo	
Maatregel	De benodigde (medische hulp-)middelen voor gemeenten binnen de Wmo worden voortaan regionaal (variant A) of centraal landelijk (variant B) ingekocht. Gezamenlijke of centrale inkoop brengt schaalvoordelen mee en minder uitvoeringskosten. Variant A vindt al plaats. Naar schatting is momenteel sprake van ongeveer 120 regio's met samenwerking tussen twee of meer gemeenten.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	De uitgaven aan hulpmiddelen op grond van de Wmo 2015 wordt niet centraal bijgehouden. Volgens een raming van de brancheverenigingen van hulpmiddelenleveranciers (Firevaned) gaat het om circa € 275 mln. De verwachting is dat de uiteindelijke besparing zeer beperkt zal zijn, gezien nu al door gemeenten gecontracteerd wordt. Het is onrealistisch om uit te gaan van een besparing (dan wel van meerkosten door nog minder concurrentie) van € 50 mln., ofwel van minimaal 18% ten opzichte van € 275 mln.
165 – Persoonsvolgende bekostiging EPA	
Maatregel	Ontschotting van budgetten, zodat de zorg voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) niet meer vanuit verschillende wetten afzonderlijk wordt betaald, om tot een integrale bekostiging te komen.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	De gewenste persoonsvolgende bekostiging voor patiënten met EPA kan worden gestimuleerd met bestuurlijke afspraken over regionale samenwerking tussen zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren op het terrein van zorginkoop. Dit kan de doelmatigheid van zorg beïnvloeden, maar niet in die mate dat het budgettaire effect groter is dan € 50 mln. De EPA-doelgroep is zeer heterogeen. Dit beperkt een doelmatigheidswinst.

CURE

Nr.	Naam
166	Verruimen ondergrens vergunningsplicht zorginstellingen
167	Zorginstellingen onder meldplicht en vergunningsplicht
168	wachtlijsten coördinatie ggz op regionaal niveau door zorgverzekeraar
169	Tegengaan no show
170	Overheadnorm ziekenhuizen
171	Vergoeding ggz sterker koppelen aan initiële diagnose
172	Rationalisering en stroomlijning bekostiging Academische ziekenhuizen
173	Reserves van Universitair-Medische centra maximeren
174	Bestuurlijk akkoord mondzorg
175	Maatregelenpakket lichte ggz
176	Mededingingswet niet langer van toepassing op eerste lijn
177	Uitbreiden Team aanpak fraude

166 – Verruiming ondergrens meldplicht zorginstellingen	
Maatregel	De ondergrens voor de vergunningsplicht in de WTZa is 10 werkzame personen. Deze vergunningsplicht wordt door de voorgestelde maatregel aangescherpt/ uitgebreid van 10 naar een vergunningsplicht vanaf 1 werkzame persoon. De maatregel gaat gepaard met een investering in de extra benodigde handhaving en controle. De maatregel gaat ervan uit dat er kostenbesparende effecten optreden als ook kleine zorginstellingen onder de WTZa vallen in verband met regels rondom winstuitkeringen en handhaving WNT.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	Het budgettaire effect dat zal optreden is opgebouwd uit de volgende elementen: – Personeelskosten CIBG ten behoeve van controle vergunning aanvraag (€ 24,7 mln. initieel in verband met controle bestaande aanbieders, € 4 mln. structureel voor nieuwe aanvragen); – administratieve lasten zorgaanbieders (€ 0,5 mln. incidenteel in verband met controle bestaande aanbieders); – kosten VOG (€ 0,2 mln. uitgaande van VOG bij 1% van de aanvragen). Het onderbrengen van kleinere instellingen onder de WTZa brengt op zichzelf geen directe besparingen met zich mee. Om het beoogde effect te bereiken moeten separate maatregelen worden genomen op het gebied van winstuitkering en Wnt (zie ZiK maatregelen 35 (Winstverbod alle zorgaanbieders) en 37 (Regulering inkomen specialisten door verbod vrije vestiging)). Het aanscherpen van de vergunningsplicht in deze maatregel levert derhalve geen besparing op en blijft daarmee onder de ondergrens van € 50 mln.

167 – Zorginstellingen onder meldplicht en vergunningsplicht	
Maatregel	Zorginstellingen wordt een wettelijke meldplicht en vergunningplicht ingevoerd.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	De Wtza regelt reeds een meldplicht voor alle nieuwe zorgaanbieders die zorg verlenen in de zin van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz): – Zowel solisten als instellingen (inclusief nieuwe onderaannemers, ook formeel pgb-gefinancierd) die in de Zvw of Wlz omschreven zorg verlenen. – Alternatieve zorg. Ten aanzien van de meldplicht is het dus geen nieuwe maatregel. Het doel van deze maatregel wordt bereikt door de invoering van de Wtza. Het onder de vergunningsplicht opnemen is onderdeel van **166** (Verruiming ondergrens meldplicht zorginstellingen).
168 – Wachtlijsten coördinatie ggz op regionaal niveau door zorgverzekeraars of andere partij	
Maatregel	Het betreft een kwalitatieve verbetering van de wachtlijsten binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Deze wordt bereikt met het verplichten van ggz-aanbieders om inzicht te geven in hun wachtlijst (onder meer het aantal wachtenden, hun identiteit en positie op de wachtlijst). Dit in combinatie met bestuurlijke boetes voor zorgaanbieders die verzuimen om gegevens aan te leveren. Aanlevering kan gaan via een derde partij ('trusted party') die (regionale) overzichten levert aan de verzekeraars. Verzekeraars kunnen de overzichten gebruiken bij hun zorgbemiddeling.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	De maatregel is juridisch niet uitvoerbaar vanuit privacyoogpunt. Er is sprake van het delen van bijzondere persoonsgegevens, in casu medische gegevens. Uitgangspunt is dat dit alleen is toegestaan als er een grondslag is als genoemd in artikel 6 AVG én artikel 9 AVG. Toestemming is een van de opties in dit kader. Echter, voor toestemming geldt dat deze of niet gegeven kan worden, en dat deze net zo makkelijk ingetrokken kan worden als gegeven kan worden. Daar komt bij dat het twijfelachtig is of in een dergelijke situatie de betrokkene wel toestemming kan geven gezien het machtsverschil en de afhankelijkheid van de zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Los van de grondslag speelt in dit kader de vraag van noodzaak en dataminimalisatie.
169 – Tegengaan no show	
Maatregel	Het invoeren van een wettelijke boete wanneer een patiënt zijn of haar afspraak niet nakomt. De boete bedraagt 105% of 150% van de gemaakte kosten (tot een maximum van € 100). Verzekeraars leggen de boete op, 105% gaat naar de zorgverlener die de no-show meldt, het eventuele overige gaat naar de verzekeraars. Het (laten) invoeren van een centraal gestuurd SMS-waarschuwingssysteem, om patiënten te wijzen op hun aankomende afspraak.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.

Toelichting	Diverse soorten zorgverleners hanteren nu al zelf een *no show*-tarief. Door de maatregel wordt dit vervangen door een landelijk no show-tarief. Ziekenhuizen vragen nu gemiddeld € 45 (gemiddelde van aantal ziekenhuizen, zie websites voor 'wegblijftarief)', dit wordt verhoogd naar € 100. Dit leidt tot een budgettaire opbrengst ten opzichte van de huidige situatie van structureel ca. € 30 mln. Andere aanbieders die nu al een no show-tarief vragen zijn fysiotherapeuten en tandartsen. Zij vragen verschillende bedragen, daarvoor in de plaats wordt landelijk eenzelfde bedrag geïnd door zorgverzekeraars. Het netto-effect van deze verschuiving is nihil. De invoer van een centraal gestuurd waarschuwingssysteem zal moeten voldoen aan privacywetgeving en medisch beroepsgeheim. Hiervoor zal aparte wetgeving nodig zijn. Er dient rekening te worden gehouden met artikel 8 EVRM (recht op bescherming van het privéleven). De praktische uitvoerbaarheid is ingewikkeld.
170 – Overheadnorm ziekenhuizen	
Maatregel	Op basis van een benchmark wordt een overheadnorm voor ziekenhuizen ingevoerd van maximaal 18%. Instellingen met overheadkosten boven de norm krijgen dit niet vergoed en er wordt een boete opgelegd vanuit de NZa. Deze maatregel moet worden gezien in het huidige stelsel. Hiermee zou de overheid kunnen afdwingen dat er door ziekenhuizen minder geld wordt besteed aan overhead. Daarnaast worden zorginstellingen verplicht verantwoording over de overhead af te leggen in hun jaarverslag.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	De overheid kan overheadnormen niet afdwingen, niet via boetes en ook niet via tariefregulering. Er kunnen maximumtarieven worden gesteld, maar binnen deze tarieven kan er geen deel geoormerkt worden als overhead. Ziekenhuizen zijn ondernemingen, zij verrichten economische activiteiten in de zin van het Europese recht. De maatregel vormt een inbreuk op het vrije verkeer binnen de Europese Unie. Een dergelijke inbreuk moet gerechtvaardigd kunnen worden met een dwingende reden van algemeen belang. De dwingende reden van algemeen belang zou de betaalbaarheid van het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg zijn. De maatregel moet geschikt en noodzakelijk voor de betaalbaarheid van het Nederlandse gezondheidszorgstelsel zijn. Op basis van verdere analyse is duidelijk dat de maatregel niet voldoet aan de bovenbedoelde eisen. Een groot deel van de ziekenhuiszorg (het zogenaamde B-segment) valt onder de tariefsoort "vrij tarief", hetgeen nog een extra argument voor het ontbreken van een rechtvaardigingsgrond voor de inbreuk op het vrije verkeer. Bovendien kunnen er geen boetes worden gekoppeld aan het niet realiseren van de norm als een soort van 'criminal charge' in de zin van het EVRM. Dat betekent dat de verdachte (het ziekenhuis) een aantal rechten heeft, zoals de onschuldpresumptie, zwijgrecht, niet hoeven meewerken aan bewijsvoering bij eigen veroordeling. Dit zou de uitvoerbaarheid sterk bemoeilijken.

171 – Vergoeding ggz sterker koppelen aan initiële diagnose	
Maatregel	Om de prikkel tot overbehandeling in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) te reduceren en daarmee zorguitgaven te besparen, wordt de mogelijkheid om het te declareren tarief aan te passen in de loop van de behandeling ingeperkt. De behandelaar moet vooraf een diagnose stellen en de vergoeding wordt op basis hiervan bepaald; de uiteindelijke duur van de behandeling heeft hierop geen invloed. Het verzekerde pakket blijft ongewijzigd.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	De maatregel vergt dat een bekostigingssysteem voor de ggz wordt ontwikkeld conform bovengenoemde omschrijving, waarna de minister van VWS een aanwijzing aan de NZa geeft om deze bekostiging voor de ggz in te voeren. De maatregel is technisch niet uitvoerbaar en juridisch niet haalbaar. Technisch: Om de maatregel het beoogde effect te laten sorteren is een systeem van zorgvraagtypering nodig waarmee aan het begin van de behandeling met voldoende nauwkeurigheid en betrouwbaarheid voorspeld kan worden hoe duur de behandeling is die de cliënt nodig heeft. Het is tot nu toe niet gelukt zo'n systeem van zorgvraagtypering te ontwikkelen en er is ook geen zicht op dat dit binnen afzienbare tijd wel kan lukken. Juridisch: Als een cliënt toch meer zorg nodig blijkt te hebben, dan moet de verzekeraar op grond van zijn zorgplicht die zorg vergoeden; de bekostiging mag hiervoor geen belemmering vormen. De bekostiging mag er ook niet toe leiden dat zorgaanbieders redelijkerwijs niet langer op kostendekkende wijze zorg kunnen verlenen.
172 – Bundelen financieringsstromen academische ziekenhuizen	
Maatregel	Bundelen verschillende financieringsstromen voor academische ziekenhuizen. Dit betreft variant 2 uit het IBO Universitaire Medische Centra met als verschil dat de middelen niet bij OCW blijven maar naar VWS worden overgeheveld. De werkplaatsgelden gaan via de facultaire bijdrage lopen en de bekostiging voor onderzoek en innovatie vanuit OCW wordt overgeheveld naar VWS.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	In het IBO-rapport uit 2012 is verondersteld dat een doelmatigheidswinst van € 30 mln. (ca. 5% van € 575 mln. in 2013) kan worden behaald op de werkplaatsgelden, als gevolg van onderhandelingen tussen universiteit en umc. Universiteiten zouden een groter belang krijgen om opleidingen en onderzoek zo doelmatig mogelijk te organiseren, zij kunnen het gesprek aangaan over de locatie van bijvoorbeeld de coschappen. Veel umc's verzorgen coschappen in de perifere ziekenhuizen. Dit is in de regel goedkoper. Gelet op de sindsdien gemaakte afspraken met universiteiten en umc's naar aanleiding van het IBO-rapport is een verwachte besparing op de werkplaatsfunctie niet langer realistisch.

173 – Reserves van umc's maximeren	
Maatregel	Een universitair medisch centrum mag geen reserve aanhouden die hoger is dan noodzakelijk, overschotten vloeien terug naar de zorgverzekeraars volgens een verdeelsleutel en kunnen worden gebruikt om de zorgpremie te verlagen.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	Het budgettaire effect is afhankelijk van hoe scherp de norm voor reserves van umc's wordt gesteld. Op basis van de BDO Benchmark ziekenhuizen 2019 hadden umc's ultimo 2018 een balanstotaal van € 8,6 mld., waarvan € 2,8 mld. eigen vermogen (waarvan € 2,0 mld. algemene reserve). De solvabiliteit is daarmee circa 33%: de solvabiliteit van umc's ten opzichte van algemene ziekenhuizen (circa 28%) is gemiddeld hoger, maar ten opzichte van universiteiten lager (alle umc's blijven onder de signaalwaarde van 50% die het Ministerie van OCW ten aanzien van universiteiten hanteert). In theorie levert elke procentpunt verlaging van de maximale solvabiliteit ten opzichte van de situatie ultimo 2018 een bedrag van circa € 125 mln. op. De maatregel gaat echter wel ten koste van de liquiditeit, waarvoor de umc's gemiddeld thans voldoen aan de normen die banken hanteren. Bovendien kunnen umc's als gevolg van lagere reserves te maken krijgen met hogere financieringslasten, wat leidt tot hogere zorguitgaven. De maatregel is echter moeilijk technisch uitvoerbaar en daarnaast mogelijk juridisch kwetsbaar in verband met beperking eigendomsrecht. Er zal onderzoek nodig zijn naar de oorzaken en redenen voor het aanhouden van reserves. Het is onwaarschijnlijk dat een redelijke norm leidt tot een substantiële afroming. Verder is de verwachte opbrengst als gevolg van de maatregel beperkt. UMC's krijgen immers, vanaf het moment dat de maatregel wordt aangekondigd, een prikkel om ervoor te zorgen dat de reserves niet meer boven de norm uit zullen komen.
174 – Bestuurlijk akkoord mondzorg	
Maatregel	De overheid sluit met de sector een bestuurlijk akkoord voor mondzorg. Hierin is optimale en effectieve zorg gedefinieerd, zijn evidence based richtlijnen en best practices uitgewerkt en is een taakstelling opgenomen. Het doel is kostenbeheersing.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	Op basis van de actualisatie van de gegevens van ZiK 2015 en de recente beleidsontwikkelingen binnen de mondzorg, komen de verwachte budgettaire besparingen uit op ca. € 38 mln. De berekeningswijze van ZiK 2015 is uitgegaan van een besparingspercentage van 5% aangezien destijds sprake was van het voornemen om de mondzorg tarieven met 5% te verlagen. Uit de praktijk is gebleken dat deze verlaging van de tarieven niet het gewenste effect van kostenbesparing heeft gebracht. Voor de actualisatie van de berekening is wederom uitgegaan van een percentage van 5% omdat er binnen het huidige beleid geen andere/ nieuwe doelmatigheidsnormen worden gesteld. Er is momenteel geen beleidsinhoudelijke onderbouwing voor het eventueel hanteren van een hoger besparingspercentage.

175 – Maatregelenpakket lichte ggz	
Maatregel	Met deze maatregel wordt de behandeling van lichtere ggz-zorg geconcentreerd in de eerste lijn van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit voorstel bestaat uit drie onderdelen: Ten eerste moet er, om de tweede lijn te ontlasten, meer nadruk komen op: 1. begeleiding van patiënten met lichtere mentale klachten door een therapeut bij de huisartsenpraktijk; 2. cognitieve Gedragstherapie van ouderen met een angststoornis via internet met een begeleider; 3. internettherapie voor ouderen met een depressie, met ondersteuning door een therapeut; 4. screening en behandeling van depressie bij patiënten. Ten tweede moet groepsgerichte therapie voor jongeren van depressieve ouders met een verhoogd risico op depressie worden opgenomen in het basispakket van de Zvw. Ten derde, moet er extra inzet van psychische zorg voor statushouders en asielzoekers in AZC's komen, zodat escalatie naar de reguliere ggz voorkomen wordt.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	Het eerste onderdeel is al mogelijk voor de zorgverzekeraars, die hebben op dit moment al de ruimte om hier meer nadruk op te leggen. Daarom levert dit deel niks op. Het tweede onderdeel betekent effectief een verschuiving van de potentiele behandeldoelgroep van 577 duizend minderjarigen van de KOPP/KVO in de jeugdwet naar de Zvw. Het effect hiervan is moeilijk in te schatten, maar aangezien het gaat om groeps- en online interventies en zeker niet alle kinderen gebruik zullen willen maken van de interventies is het zeer onwaarschijnlijk dat dit meer dan € 40 mln. oplevert. Het derde onderdeel heeft alleen effect op statushouders, omdat asielzoekers onder de RMA (uitgevoerd door COA) vallen. Voor asielzoekers is het al mogelijk om psychologische zorg te ontvangen om escalatie te voorkomen. Voor statushouders kan de zorg met name geïntensifieerd worden door betere toegankelijkheid te bewerkstellingen door extra inzet van tolken en ook de financiering daarvan, hiervoor is berekend (met een aantal aannames, omdat er geen cijfers/feiten voorhanden zijn) dat dit neerkomt op een structureel effect van € 4 mln.

176 – Mededingingswet niet van toepassing op eerste lijn	
Maatregel	De mededingingswet is niet langer van toepassing op de eerste lijn. Dit biedt meer ruimte voor overeenkomsten die samenwerking in de regio bevorderen waardoor kwaliteit en doelmatige besteding van middelen worden bevorderd.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Gezien de beperkingen uit het Europese recht worden de uitvoerbaarheid, juridische haalbaarheid en toegevoegde waarde als zeer laag ingeschat. Verankering van publieke belangen samenwerking in de zorg in wet- of regelgeving is niet mogelijk. Men kan namelijk niet volstaan met een algemene beschrijving dat de ACM de kwaliteit van zorg mee moet wegen. De ACM moet kunnen afwegen wanneer vergaande samenwerking (zoals marktverdeling) gerechtvaardigd kan worden op grond van de publieke belangen. Hiervoor moet in objectief toetsbare criteria worden gedefinieerd wanneer sprake is van bijvoorbeeld voldoende kwaliteitswinst. Dit is tot dusver lastig gebleken en de Raad van State is in het verleden kritisch geweest op te algemene beschrijving van publieke belangen. Het bepalen dat de zorg (of onderdelen daarvan) niet onder de Mededingingswet valt is waarschijnlijk niet te verenigen met Europees recht en kan leiden tot inbreuk op eigendom en bijbehorende schadevergoeding. Om niet onder het Europese mededingingsrecht te vallen zouden Nederlandse zorgaanbieders niet meer moeten worden aangemerkt als onderneming in de zin van het mededingingsrecht. Daarvoor is dusdanig vergaande regulering nodig dat er geen sprake meer is van concurrentie en zorgaanbieders slechts nog een publieke taak uitvoeren.

177 – Uitbreiden team aanpak fraude	
Maatregel	De maatregel is anders uitgewerkt dan door partij aangegeven: 'de capaciteit van de Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ) wordt verdubbeld.' Er is voor gekozen dit zo op te vatten als dat de capaciteit van de verschillende ketenpartners wordt uitgebreid. De TIZ is namelijk een overlegorgaan dat tot doel heeft de integriteit van de zorgsector te versterken door samenwerking tussen de partners te stimuleren, te coördineren en te vergroten door het uitwisselen van informatie, kennis, inzicht en vaardigheden.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	De uitbreiding van de interne capaciteit bij de ketenpartners kan tot (het oppakken van) meer signalen leiden indien de juiste randvoorwaarden (zoals sluitende wet- en regelgeving, bewustwording van de aanpak van zorgfraude en informatie-uitwisseling tussen ketenpartners) aanwezig zijn. Hoe meer signalen binnenkomen en deze verrijkt worden met informatie van ketenpartners, hoe groter de kans is om een compleet dossier te maken dat opgepakt kan worden door zorgverzekeraars, gemeenten en het OM. Indien de aanpak aanslaat, heeft het effect op de preventieve werking (mogelijke fraudeurs afschrikken) en/of zorgverzekeraars, gemeenten en het OM helpt bij het rond krijgen van het dossier. Het is echter de vraag of het vergroten van capaciteit zich ook terugvertaalt in meer opgespoorde fraude of premieverlaging, minder zorguitgaven (betaalbare zorg). Meer effort/inzet betekent niet dat dit automatisch tot meer opbrengsten leidt. De uitvoering van fraudeonderzoeken is immers zeer arbeidsintensief. Het zijn langlopende onderzoeken waarbij het lastig is om opzet aan te tonen. Vaak starten verdachten juridische procedures waardoor het proces langer duurt. Bovendien zijn de kosten van fraudeonderzoeken veelal hoger dan de opbrengsten.[1] Een investering van 25 mln. in fte (hypothetisch, dat zou immers gaan om ruim 200 fte) levert dus nog geen 25 mln. aan opbrengsten op. De ondergrens van 50 mln. wordt daarom niet behaald. Extra (opsporings) capaciteit is momenteel lastig te verkrijgen gezien de lang openstaande vacatures voor fraudemedewerkers bij individuele zorgverzekeraars, ZN en Inspectie SZW.

1 DSW.

EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN

Nr.	Naam
178	Bonus voor voltijdswerk in de zorg
179	Onmogelijk maken ZZP-constructie zorgmedewerkers
180	Ontschotten van opleidingsbudgetten
181	Hogere eigen bijdrage niet-noodzakelijke prenatale screening
182	Afschaffen eigen bijdrage bevalling in instelling zonder medische noodzaak
183	Eigen risico voor de wijkverpleging
184	Maximeren nominale premie

178 – Bonus voor voltijdswerk in de zorg	
Maatregel	Het uitkeren van een bonus aan werknemers in de zorg die meer dan 32 uur werken om er zo voor te zorgen dat er meer zorgpersoneel voltijds gaat werken. De maatregel heeft drie varianten: 1) In de eerste wordt er in een zorg-cao een bonus wordt afgesproken voor iedereen die meer dan 32 uur werkt à € 1000 per persoon per jaar, waarvan € 500 per persoon wordt gesubsidieerd door VWS. 2) De tweede variant is een halvering van deze bedrag, dus een bonus van € 500 per persoon per jaar, waarvan € 250 gesubsidieerd door VWS aan werkgevers. 3) De derde variant betreft een bonus van 5% van het salaris per voltijd gewerkt kwartaal. Dit geldt ook voor het zorgpersoneel dat nu al voltijds werkt.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Een permanente of tijdelijke voltijdsbonus is niet mogelijk vanwege[1,2]: – Het creëert in beginsel verboden onderscheid op grond van arbeidsduur, zie artikel III lid 1 van de Wet Onderscheid Arbeidsduur (WOA)[3] die er op is gericht het verschil in behandeling tussen deeltijders en voltijders te verbieden, tenzij er sprake is van objectief gerechtvaardigd belang. Artikel 7:648 BW stelt hetzelfde[4] (= direct onderscheid ofwel discriminerend). – Het geeft ook indirect onderscheid naar geslacht, doordat naar verwachting meer mannen dan vrouwen profiteren van de maatregel. Dit heeft te maken met de hoge deeltijdfactor van vrouwen en het feit dat vrouwen in de zorg gemiddeld tussen de 20-25 uur werken. Dit is strijd met het gelijkheidsbeginsel vanuit de Wet Gelijke Behandeling (AWGB). De enige mogelijkheid die de wetgever biedt, om geen verboden onderscheid te laten ontstaan, is als er sprake is van een objectieve rechtvaardiging. Het onderscheid dat is of wordt gemaakt moet voldoen aan vier criteria: – het doel moet legitiem zijn. – het middel is geschikt om het doel mee te bereiken. – proportionaliteit: het middel staat in redelijke verhouding tot het doel. – noodzakelijkheidscriterium: het is noodzakelijk, het doel kan niet op een andere, minder onderscheid makende manier worden bereikt. De toets op een objectieve rechtvaardiging is een zware toets. Het is de inschatting dat een voltijdsbonus zoals deze is beschreven, hieraan niet voldoet.

1 Zie ook https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/08/24/kamerbrief-over-extra-acties-tegen-het-lerarentekort, pagina 7.
2 Het verbod van discriminatie op grond van geslacht is vastgelegd in artikel 157 EU-Werkingsverdrag en het verbod van indirecte discriminatie op grond van geslacht in artikel 2 lid 1 onder b Herschikkingsrichtlijn. Deze richtlijnen zijn vertaald naar nationale wet- en regelgeving. Eventuele aanpassing van nationale wetgeving ten behoeve van de bonusmaatregel is niet toegestaan.
3 https://wetten.overheid.nl/BWBR0008161/2012-10-01
4 https://maxius.nl/burgerlijk-wetboek-boek-7/artikel648

179 – Onmogelijk maken ZZP-constructie zorgmedewerkers	
Maatregel	De maatregel betreft het onmogelijk maken van de inzet van zzp'ers in de zorg. De inzet van zzp'ers wordt direct (door dat wettelijk vast te leggen) of indirect (door eisen te stellen via de inkoop van zorg) wettelijk verboden.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Bij de voorgestelde maatregel kan een parallel worden getrokken bij de eerder voorgenomen uitwerking van het Regeerakkoord ter bescherming van kwetsbare zelfstandigen. De beoogde uitwerking impliceerde dat onder bepaalde omstandigheden de arbeidsrelatie tussen opdrachtgevers en zelfstandigen verplicht zou moeten aangemerkt als een civielrechtelijke arbeidsovereenkomst. De maatregel zou qua reikwijdte minder vergaand zijn dan voorliggende maatregel, want kende beperking in termen van hoogte van het tarief en criteria als reguliere bedrijfsactiviteiten en de duur van de opdracht. Uit onderzoek is gebleken dat een dergelijke maatregel – ook bij de beperktere reikwijdte – een dusdanige inperking van de ondernemersvrijheid vormt die niet onderbouwd kan worden met zwaarwegende argumenten van openbare orde. Gevolg hiervan is dat deze een niet te rechtvaardigen inbreuk zou betekenen op het EU-recht. Omdat de hier voorgestelde maatregel een verdergaande inperking van de ondernemersvrijheid impliceert, geldt dit hier evenzeer en waarschijnlijk in sterkere mate. Een andere route voor het onmogelijk maken van de inzet van zzp'ers is via de zorginkoop. Deze route lijkt ten eerste praktisch niet uitvoerbaar omdat zzp'ers via verschillende routes worden ingehuurd. Het gaat onder meer om directe contractering door zorginkopers (bijvoorbeeld een psychiater die gecontracteerd is door een verzekeraar), ongecontracteerde zorg via de restitutiepolis, PGB'ers die zzp'ers inhuren en zorginstellingen die zzp'ers inhuren. Daarnaast kunnen zzp'ers verschillende juridische constructies/ rechtsvormen kiezen om zich te organiseren, zoals een B.V. of een maatschap. Een sluitend verbod - waarbij omzeiling niet mogelijk is - lijkt dan ook niet mogelijk. Bovendien geldt hierbij feitelijk dezelfde inperking van ondernemersvrijheid en is daarmee niet verenigbaar met EU-recht.
180 – Ontschotten opleidingsbudgetten	
Maatregel	De opleiding tot basisarts (opleiding geneeskunde) wordt bekostigd door het Ministerie van OCW. Voorstel is om dit budget over te hevelen naar de VWS-begroting en de instroom voor de opleiding geneeskunde te bepalen op basis van de raming van het Capaciteitsorgaan (net als voor medische vervolgopleidingen).
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	In december 2019 heeft het Capaciteitsorgaan voorgesteld de instroom in de bachelorfase te verlagen met 200. Daarin was echter nog niet de nieuwe CBS-kernprognose bevolking van 19 december 2019 meegenomen. Deze CBS-prognose heeft ertoe geleid dat het Capaciteitsorgaan met een tussentijds advies[5] is gekomen, waarbij zij adviseert om de instroom voor de opleiding geneeskunde ongewijzigd te laten. Het bepalen van de instroom op basis van de raming van het Capaciteitsorgaan leidt daarmee niet tot afwijking van het basispad in het MLT en levert dus geen besparing op.

5 https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2020/04/20-22-20200403-Bijstelling-advies.pdf

181 – Hogere eigen bijdrage niet-noodzakelijke prenatale screening	
Maatregel	De eigen bijdrage voor niet-noodzakelijke prenatale screening (combinatietest of NIPT zonder medische indicatie) wordt zo veel als redelijk (op basis van de werkelijke kosten) verhoogd. Wanneer dit de ondergrens niet haalt zal ook het alternatief worden onderzocht waarbij deze testen uit het pakket vallen en volledig zelf betaald moeten worden.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	Voor de combinatietest is geen verhoging van de eigen betaling mogelijk, omdat vrouwen al de gehele kostprijs van € 176,96,- zelf betalen. De maximale opbrengst voor het volledig zelf laten betalen van de NIPT is gelijk aan het beschikbare budget voor de subsidieregeling NIPT. Dit betreft circa € 15 mln. Dit betekent dat voor de NIPT ook de kostprijs zelf betaald moet worden.
182 – Afschaffen eigen bijdrage bevalling in instelling zonder medische noodzaak	
Maatregel	Eigen betaling bij een poliklinische bevalling zonder indicatie wordt afgeschaft.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	Het afschaffen van deze eigen betaling kost in totaal ongeveer € 7 mln. Deze kosten bestaat uit twee delen: Ten eerste een derving van de huidige € 6 mln. aan eigen betalingen en ten tweede € 1 mln. aan geschatte extra kosten vanwege de aanzuigende werking. Omdat het duidelijk is dat deze kosten lager zijn dan € 50 mln. wordt deze maatregel niet verder uitgewerkt.
183 – Eigen risico voor wijkverpleging	
Maatregel	De aanspraak op wijkverpleging wordt onder het eigen risico geplaatst.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	Door de maatregel zullen verzekerden die gebruik maken van wijkverpleging ook een eigen risico moeten betalen voor het gebruik van wijkverpleging. In vrijwel alle gevallen maken personen die gebruik maken van wijkverpleging ook gebruik van medicijnen, hulpmiddelen en medisch specialistische zorg. Het gebruik daarvan is in veruit de meeste gevallen zo hoog dat daarmee het eigen risico al vol is (minder dan 1% van de kosten voor wijkverpleging wordt gemaakt door personen die hun eigen risico niet volmaken zorg anders dan wijkverpleging). Deze groep hoeft dus niets extra's te betalen en deze groep wordt dus ook niet geprikkeld om minder wijkverpleging af te nemen. Het effect op de netto-zorguitgaven bedraagt daardoor circa € 1 mln.

184 – Maximeren nominale premie	
Maatregel	De groei van de nominale premie wordt gemaximeerd op basis van de groei van het bbp en/of demografische ontwikkelingen. Als deze norm wordt overschreden gaat dit ten koste van de buffers van zorgverzekeraars. Er wordt een bestuurlijk akkoord afgesloten om dit te faciliteren. De daling van de premie wordt dan niet elders in het stelsel gedekt. Het premieplafond wordt bepaald op basis van het premiegemiddelde van het vorige jaar, met daarbij een correctie/koppeling gelijk aan de ontwikkeling van de BBP en demografie in dat jaar. De zorgpremie stijgt/daalt mee met de procentuele stijging/daling van BBP, in combinatie met een correctie van de zorgpremie op basis van evt. demografische wijzigingen (vergrijzing) die naar gemodelleerde inschatting tot hogere zorguitgaven in het nieuwe jaar zullen leiden.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Het maximeren van de nominale zorgpremie is in strijd met artikel 181 Richtlijn Solvency II.[6] In het voorstel wordt de premiemaximalisering afgesproken in een bestuurlijk akkoord. Dit is op grond van de mededingingswet niet (juridisch) mogelijk omdat met elkaar concurrerende verzekeraars geen afspraken mogen maken over de premie waarover ze concurreren.

6 In het rapport "Beleidsopties voor het stimuleren van gunstige zorgcontracten onder de restrictie van een macrobudget"(Stéphanie van der Geest, Joris Rijken Erik Schut en Marco Varkensvisser, 2017) zijn de juridische gevolgen van maximering van de nominale premie uitgebreid geanalyseerd. Dit rapport is in april 2017 aan de Kamer aangeboden.

GENEES- & HULPMIDDELEN

Nr.	Naam
185	Verminderen verspilling genees- en verbandmiddelen
186	ACM sterkere postitie geven t.o.v. farmaceutische industrie
187	Korting voor hergebruik hulpmiddelen
188	Verbod geneesmiddelenreclame en artsenbezoek
189	Beïnvloeden voorschrijven en gebruik beperken
190	Dure geneesmiddelen naar ziekenhuisbudget
191	Gebruik aanvullende patentbescherming beperkt tot situaties waarin ontwikkelkosten aantoonbaar niet zijn terugverdiend
192	Één geneesmiddelenkader voor intra- en extramurale geneesmiddelen
193	Registratie geneesmiddelen
194	Herberekenen limieten Geneesmiddelenvergoedingssysteem
195	Introductie maximum percentage prijsverhoging na overname patent
196	Licentieovereenkomsten
197	Verbieden vervolgoctrooien
198	Magistrale bereiding apothekers
199	Beperken duur octrooi bij off label gebruik
200	Lagere prijs bij off label gebruik
201	Preferentiebeleid hulpmiddelen

185 – Verminderen verspilling genees- en verbandmiddelen	
Maatregel	De verspilling van genees- en verbandmiddelen wordt tegengegaan doordat: 1) Apothekers en wijkverpleegkundigen gaan bepalen hoe groot verpakkingen van medicijnen moeten worden. 2) Belemmerende regelgeving wordt weggenomen zodat een grote verpakking van genees- of verbandmiddelen voor meerdere patiënten kan worden gebruikt. 3) heruitgifte van niet gebruikte middelen wordt toegestaan met inachtneming van kwaliteits- en veiligheidsvoorwaarden.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	De eerste twee maatregelen (apothekers bepalen zelf verpakkingsgrootte en wegnemen regelgeving om grote verpakkingen op te knippen) kennen geen budgettair effect aangezien apothekers reeds de mogelijkheid hebben om verpakkingen op te knippen en er afspraken zijn gemaakt om verspilling door te grote verpakkingen tegen te gaan (het Akkoord Afspraken Prescriptieregeling uit 2016). Schattingen op nationaal niveau geven aan dat in Nederland ongeveer € 100 mln. wordt verspild. Echter, niet alle medicijnen worden teruggebracht en ongeveer 80% van teruggebrachte medicijnen zijn ongeschikt voor hergebruik.[1] Daarom wordt de opbrengst van heruitgifte geschat op minder dan € 10 mln. Voor verbandmiddelen zijn dezelfde maatregelen voorgesteld. Aangezien de totale uitgaven € 90 mln. zijn, is het niet aannemelijk dat hiermee een besparing wordt gerealiseerd die de budgettaire ondergrens haalt.

1 Bekker, C.L. (2018), 'Sustainable use of medication Medication waste and feasibility of redispensing', Universiteit Utrecht.

186 – ACM sterkere positie geven t.o.v. farmaceutische industrie	
Maatregel	De capaciteit en bevoegdheden van de ACM worden uitgebreid om zo de monopoliepositie van de farmaceutische industrie te beperken: de mogelijkheid om boetes tot 10% van de netto-jaaromzet op te leggen bij misstanden wordt beter benut. Daarnaast moeten de op te leggen boetes ook worden verhoogd.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	De directe effecten van strenger beboeten en hogere boetes zijn niet te kwantificeren en ook de richting is niet op voorhand aan te geven. Voor de afschrikkende werking op marktpartijen (en daarmee het drukkende effect op medicijnprijzen) geldt: Nederland vormt qua omzet 1% van de wereldwijde geneesmiddelenprijzen, waardoor de invloed van deze maatregel op de prijsvorming minimaal zal zijn. Ten slotte is de afgelopen jaren door de ACM geen misbruik van machtspositie door de farmaceutische industrie vastgesteld. Hierdoor zal de impact van deze maatregel op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln. zijn.
187 – Korting voor hergebruik hulpmiddelen	
Maatregel	WMO-zorgverleners krijgen een bonus indien zij hulpmiddelen hergebruiken. Gemeenten keren de bonus uit. Omdat de Wmo geen verzekerd recht is maar een voorziening, hebben gemeenten de vrijheid om dit te doen, toch worden doorgaans nieuwe hulpmiddelen verstrekt en gebruikte hulpmiddelen weggegooid.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	De uitgaven aan Wmo-hulpmiddelen zijn € 275 mln., waarvan naar schatting 30% nog niet wordt hergebruikt (€ 80 mln.). Het is niet aannemelijk dat middels het uitdelen van bonussen een besparing van meer dan € 50 mln. kan worden behaald. De gemeente en de leverancier hebben nu ook al een financieel belang bij hergebruik.
188 – Verbod geneesmiddelenreclame en artsenbezoek	
Maatregel	Er wordt een verbod ingesteld op geneesmiddelenreclame en artsenbezoek vanuit farmaceutische bedrijven.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Geneesmiddelenreclame gericht op beroepsbeoefenaren en artsenbezoek zijn Europees geharmoniseerd in richtlijn 2001/83/EU. In de Nederlandse Geneesmiddelenwet is dit vastgelegd in hoofdstuk 9 (artikel 91 e.v.). Lidstaten van de EU hebben geen speelruimte om van de richtlijn af te wijken.
189 – Beïnvloeden voorschrijven en gebruik beperken	
Maatregel	Belangenverstrengeling tussen artsen en farmaceuten aanpakken door geneesmiddelenreclame niet langer via zelfregulering vorm te geven. Dit bewerkstelligen door een pakket aan maatregelen: 1) actiever handhaven reclameverbod, 2) reclamecodecommissie opsporingsbevoegdheid geven zodat zij actief op zoek kunnen naar overtreders en 3) farmaceuten een sponsorverbod opleggen
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	De onderwerpen zijn alle reeds geregeld in richtlijn 2001/83/EU. Lidstaten kunnen hier in hun wetgeving niet van afwijken. Zelfregulering die meer of anders inhoudt is niet verboden, maar kan niet bij wet worden afgedwongen (strijd met EU-recht).

190 – Dure geneesmiddelen naar ziekenhuisbudget	
Maatregel	Specialistische (dure) geneesmiddelen die voorgeschreven worden door medisch specialisten, worden overgeheveld van de aanspraak farmaceutische zorg naar de aanspraak geneeskundige zorg ('het ziekenhuisbudget').
Motivatie	De maatregel zit in het basispad.
Toelichting	In Zorgkeuzes in Kaart 2015 is de besparing ingeschat op € 10 mln., ook na ophoging tot de huidige stand zal de maatregel onder de budgettaire grens van € 50 mln. blijven. Daarnaast zijn de maatregel en het bedrag onderdeel van het huidige regeerakkoord (en daarmee is de besparing reeds ingeboekt).
191 – Alleen aanvullende patentbescherming als ontwikkelkosten aantoonbaar niet zijn terugverdiend	
Maatregel	Voor een geneesmiddel kan er aansluitend op het octrooi van twintig jaar een aanvullend beschermingscertificaat (ABC) worden afgegeven. Het ABC geeft tot vijf jaar extra bescherming. Als voorwaarde voor deze aanvullende bescherming wordt opgenomen dat een fabrikant aantoonbaar onderzoeks- en ontwikkelkosten niet heeft terugverdiend. Hierbij wordt rekening gehouden met kosten voor onsuccesvolle trajecten voor hetzelfde medicijn.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	De gevraagde aanpassing zou geregeld moeten worden in de zogenaamde ABC-verordening. Dit is Europese regelgeving. De gevraagde aanpassing kan niet worden doorgevoerd in de zeer beperkte interpretatieruimte bij deze verordening. Nederland zou wel kunnen besluiten – zolang het ABC geldt - de gevraagde prijs niet te betalen wanneer ze die te hoog vindt. Zie voor eventuele inzet dwanglicentie maatregel **85** (Octrooien – Dwanglicenties).
192 – Één geneesmiddelenkader voor intra- en extramurale geneesmiddelen	
Maatregel	De maatregel betreft het creëren van één budgettair kader voor spécialités. Bij overschrijding van het kader wordt een korting toegepast. Dit moet leiden tot gebruik van goedkopere generieke geneesmiddelen en lagere prijzen van spécialités.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	Gegeven de huidige beheersingsmaatregelen, waarbij de uitgaven aan extramurale spécialités al vrijwel niet groeien en de intramurale spécialités al onderdeel zijn van een kader waarop een plafond is afgesproken, en gegeven het feit dat de inzet van generieke geneesmiddelen in internationaal opzicht al (zeer) hoog is, is het niet aannemelijk dat de prikkels met de voorgestelde maatregel verbeteren.
193 – Strengere voorwaarden markttoelating geneesmiddelen	
Maatregel	Er worden extra voorwaarden gesteld aan medicijnen voordat ze toegelaten worden op de markt. Geneesmiddelen worden alleen toegelaten op de markt als die bewezen werkzaam zijn en substantiële meerwaarde heeft ten opzichte van bestaande geneesmiddelen. Geneesmiddelen die hier niet aan voldoen worden niet toegelaten tot de markt (er mag dan geen handelsvergunning worden afgegeven). Hiermee wordt voorkomen dat fabrikanten geneesmiddelen op de markt brengen die geen therapeutische of klinische meerwaarde hebben.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.

Toelichting	Het stellen van de voorwaarden voor het dan niet op de markt toelaten van geneesmiddelen (in de zin van de handelsvergunning) is niet aan Nederland. Dit betreft Europese regelgeving (Richtlijn 2001/83/EC met amendementen en Verordening 706/2004 met amendementen). Zie voor maatregelen op het gebied van toelating van geneesmiddelen tot het pakket bijvoorbeeld de maatregelen **88** (Afschaffen speciale procedure beoordeling weesgeneesmiddelen) en **94** (Centrale inkoop genees- en hulpmiddelen door de rijksoverheid) en diverse algemene maatregelen op het gebied van pakketbeheer.
194 – Herberekenen limieten Geneesmiddelenvergoedingssysteem	
Maatregel	De overheid berekent nieuwe vergoedingslimieten voor de geneesmiddelen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) conform de 'variant '99'. In deze variant van de herziening van het GVS krijgen generieke producten een zwaarder aandeel in de berekening van de vergoedingslimieten door alle generieke geneesmiddelen afzonderlijk mee te wegen. Als derde variant worden zowel intra- als extramurale geneesmiddelen meegenomen
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	Actualisatie van het GVS volgens maatregel 66 van ZiK 1 zit al in het basispad. Dit geldt niet voor 'variant '99'. In deze variant van de herziening van het GVS krijgen generieke producten een zwaarder aandeel in de berekening van de vergoedingslimieten door alle generieke geneesmiddelen afzonderlijk mee te wegen. De opbrengst is zo rond de 8% hoger dan de herberekening van de vergoedingslimieten uit het regeerakkoord, waarbij alleen de peildatum wordt aangepast.[2] Dat brengt de maatregel ruim onder de budgettaire grens van € 50 mln. De variant om ook voor intramurale geneesmiddelen een GVS te gaan opzetten wordt als onuitvoerbaar ingeschat. Het Zorginstituut zou in deze variant alle nieuwe en bestaande intramurale geneesmiddelen (uitgaande van de add-ons) dienen te beoordelen. Er komen jaarlijks enkele tientallen nieuwe intramurale add-ongeneesmiddelen bij. Maar ook bestaande geneesmiddelen die nu al worden verstrekt via het ziekenhuis moeten beoordeeld en geclusterd worden; dit gaat om honderden geneesmiddelen. Een dergelijke clustering is vele malen complexer bij intramurale geneesmiddelen dan bij extramurale geneesmiddelen. Dit omdat zowel de patiënten als de zorg complexer en gedifferentieerder zijn. De zorg wordt namelijk vaak in verschillende behandelopties en behandellijnen en in combinaties gegeven. Daarnaast maken artsen veel meer geïndividualiseerde keuzes. Zo hebben sommige geneesmiddelen(combinaties) op zich een vergelijkbare effectiviteit, maar bestaan er toch voorkeuren bij bepaalde subgroepen van patiënten, bijvoorbeeld vanwege bijkomende comorbiditeit. Dit alles maakt dat het vaststellen van een clustering op basis van onderlinge vervangbaarheid niet mogelijk lijkt. Het is ook niet duidelijk of voor bestaande geneesmiddelen de benodigde informatie aanwezig is (de fabrikant heeft immers geen vergoedingsdossier hoeven indienen).

2 APE (2016), Verdiepingsonderzoek Geneesmiddelenvergoedings-systeem (GVS), Den Haag.

195 – Introductie maximum percentage prijsverhoging na overname patent	
Maatregel	Er komt een wettelijk vastgelegd percentage waarmee de verkoopprijs verhoogd mag worden na overname van een patent. De ACM stelt het normpercentage vast (bijvoorbeeld meer dan een verdubbeling binnen twee jaar na overname patent). ACM kan kiezen voor een risicogerichte aanpak, waarbij met namec gekeken wordt naar middelen met een grote impact op het totale geneesmiddelenbudget. ACM kan de bevoegdheid krijgen om een boete op te leggen en een deadline waarvoor de fabrikant de prijs binnen een door de ACM gestelde norm moet terugbrengen.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	Gekeken is naar producten waarbij het 'registreren van relatief goedkope en lange gebruikte apotheekbereidingen/off label-toepassingen en voor het veelvoudige van de prijs van de bereiding in de markt zetten' en 'opkopen van patentloze geneesmiddelen en voor hogere prijs in de markt zetten' aan de orde was. In totaal ging het de afgelopen vijf tot tien jaar om acht producten met elk een gemiddelde omzet van € 5 mln. (in 2018). Mede gegeven de rol die de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) speelt bij het maximeren van geneesmiddelenprijzen, is de potentiele besparing dus zeer laag. De gemiddelde omzet voor spécialités (add-ons) ligt intramuraal op € 10 mln. per jaar. € 50 mln. besparing zou theoretisch behaald worden als bijvoorbeeld per jaar twee producten, na opkopen van patent, van € 10 mln. naar € 45 mln. gaan. Er zijn geen signalen dat dit in de markt voorkomt en dergelijke prijsverhogingen lijken niet aannemelijk gegeven de Wgp die een dergelijke prijsverhoging veelal niet toestaat. Gegeven de Wgp en de gemiddelde omzet van de geneesmiddelen waarbij de afgelopen jaren casuïstiek aan de orde was, is het niet aannemelijk dat de maatregel meer dan € 50 mln. per jaar oplevert.
196 – Voorwaarden stellen aan licenties bij publieke investeringen	
Maatregel	Er worden voorwaarden aan onderzoeksgeld gesteld die zien op de manier van licentiëren. De kennis kan worden verkocht in combinatie met eisen aan de uiteindelijke prijs van het geneesmiddel. Dit moet ervoor zorgen dat de uiteindelijke prijs van het 'consumentenproduct' maatschappelijk aanvaardbaar is.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	Er zijn geen exacte cijfers over hoeveel geneesmiddelen die op de markt komen een patent hebben dat zijn oorsprong kent aan een Nederlandse universiteit. De inschatting door de NFU-commissie over maatschappelijk verantwoord licentiëren, is dat dit zeer beperkt is.[3] Het gaat naar schatting om maximaal vijf geneesmiddelen in de afgelopen tien jaar. Gegeven de wereldwijde markt voor geneesmiddelenontwikkeling, het daarmee relatief beperkte aantal geneesmiddelen dat (deels) in Nederland wordt ontwikkeld en de gemiddelde omzet in Nederland van een nieuw geneesmiddel (grofweg tussen de € 5 mln. en € 10 mln.) is niet aannemelijk dat € 50 mln. wordt bespaard.

3 "A political and international increase in scale is required for these principles to have an impact. In the Netherlands only a small proportion of the available drugs was developed (partly) on the basis of Dutch academic research. An even smaller proportion was based on patents from Dutch academic institutions." (rapport NFU 'Ten principles for Socially Responsible Licensing', d.d. juni 2019).

197 – Verbieden van vervolgoctrooien	
Maatregel	Vervolg-octrooien worden verboden.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	'Vervolgoctrooien' bestaan als zodanig niet. Een octrooi moet altijd nieuw en inventief zijn. De meeste octrooien zijn verbeteringen op het bestaande en bouwen voort op kennis die al bestaat. Een medicijn dat al bestaat kan een octrooi krijgen voor een andere indicatie wanneer het voldoet aan de inventiviteitseis, bijvoorbeeld als de nieuwe indicatie volgt op vervolgonderzoek. Ook zijn er situaties waarbij een octrooi wordt aangevraagd voor een verbetering van het product ('evergreening'). Het is andere bedrijven dan wel toegestaan het 'oude' product op de markt te brengen, maar het nieuwe middel mag alleen door de firma worden geleverd. Het octrooi kan niet worden verboden als het nieuw en inventief is. In het Europees Octrooiverdrag wordt gesteld dat een octrooi wordt verleend als wordt voldaan aan de eisen van nieuwheid, inventiviteit en industriële toepasbaarheid (art. 52). De eisen worden verder in het verdrag toegelicht en zijn daarmee geharmoniseerd – een aanpassing zal dus wijziging van Europese regelgeving vereisen. De octrooien die verleend worden op basis van dit verdrag worden Europese octrooien genoemd, maar zijn eigenlijk nationale octrooien die bij één centraal bureau worden aangevraagd en verleend (een uitvinder kan via deze procedure één aanvraag indienen en 28 nationale octrooien krijgen, in plaats van afzonderlijke aanvragen te moeten doen). De eisen werken dus ook door op onze nationale octrooien, wat betekent dat Nederland dit niet eenzijdig kan aanpassen.
198 – Magistrale bereiding apothekers	
Maatregel	De minister besluit tot het niet opnemen van dure geneesmiddelen in het verzekerd pakket. Hierdoor zijn deze dure geneesmiddelen niet beschikbaar en zou het voor apothekers toegestaan zijn om deze geneesmiddelen na te maken en collegiaal door te leveren. Dit zou moeten leiden tot een besparing op dure geneesmiddelen. Er wordt een commissie ingesteld die de voorwaarden voor het magistraal bereiden opstelt, zodat dit veilig op grotere schaal kan gebeuren.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	Gegeven het beperkt aantal nieuwe dure geneesmiddelen per jaar (waarbij de gemiddelde omzet rond de € 5 mln. - € 10 mln. bedraagt), de beperkte mate van uitvoerbaarheid van de maatregel door de Europese regelgeving (beperkt aantal patiënten per ziekenhuisapotheek); de beperkte mate van uitvoerbaarheid in praktische zin (veel kennis nodig en het vergt investeringen in bereidingscapaciteit); zal een magistrale bereiding maar in een zeer beperkt aantal gevallen een reële optie zijn als alternatief voor een duur geneesmiddel dat niet vergoed wordt via het basispakket. Bovendien geldt dat doorlevering niet toegestaan is als een commercieel alternatief beschikbaar is. De inschatting is dat het budgettaire effect onder de € 50 mln. blijft. Het op grote schaal magistraal bereiden vergt ten slotte wijziging van de Europese wet (Europese richtlijn 2001/83/EG).
199 – Beperken duur octrooi bij off label gebruik	
Maatregel	Beperking duur van het octrooi wanneer een geneesmiddel voor een nieuwe, maar niet geregistreerde indicatie wordt gebruikt.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Verkorting van de duur van octrooien vergt aanpassing van internationale verdragen (TRIPS) / Europese regelgeving. Een octrooi kan dus niet eenzijdig door de Nederlandse overheid worden bekort.

200 – Lagere prijs bij off label gebruik	
Maatregel	Prijs verlagen van het octrooi wanneer een geneesmiddel voor een nieuwe, maar niet-geregistreerde indicatie wordt gebruikt
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven is kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	In de MSZ heeft in 2021 ongeveer € 195 mln. betrekking op *off label*.[4] Met deze maatregel krijgen fabrikanten een financiële prikkel om over te gaan op registreren. Er vanuit gaande dat 50% van de off label omzet na de maatregel on label wordt, blijft er een omzet van tegen de € 100 mln. over. Daarnaast ligt het door het ziekenhuis gedeclareerde bedrag gemiddeld al lager dan de het maximale vergoedingstarief (het *add-on* tarief). Voor zorgprestaties, waar deze maatregel op aangrijpt, geldt dat de tarieven redelijkerwijs kostendekkend moeten zijn. Een afslagpercentage van meer dan 50%, wat benodigd is om deze maatregel boven de budgettaire grens van € 50 mln. te krijgen, wordt als niet reëel ingeschat, mede doordat het risico (wanneer de fabrikant de prijs niet verlaagd) bij het ziekenhuis komt te liggen. Bij de uitgaven aan extramurale geneesmiddelen wordt weinig tot geen effect van de maatregel verwacht, omdat a) de vergoedingen vaak al (veel) lager liggen dan de maximale vergoedingslimieten en de maximumprijzen conform de Wet geneesmiddelenprijzen, b) bij declaratie niet controleerbaar is of sprake is van on- of off-label gebruik, en c) voorschrijven en ter hand stellen niet bij dezelfde zorgaanbieder liggen. Ten overvloede wordt opgemerkt dat de Wmg hier wordt gebruikt voor een andere doelstelling dan waarvoor die is bestemd. Het gaat hier niet om de beheersing van de kosten van gezondheidszorg en een doelmatig en doeltreffend stelsel van zorg, de doelstellingen van Wmg. Het gaat bij deze maatregel om het stimuleren van fabrikanten om een geneesmiddel ook voor aanvullende indicaties te registreren. De Wmg is niet bestemd voor dat doel. De NZa mag de bevoegdheid tot het nemen van een besluit niet voor een ander doel gebruiken dan waarvoor hij bestemd is (artikel 3:3 van de Algemene wet bestuursrecht). De fabrikanten zijn anders dan ziekenhuizen en apothekers geen zorgaanbieder in de zin van de Wmg.
201 – Preferentiebeleid hulpmiddelen	
Maatregel	Er wordt een preferentiebeleid voor medische hulpmiddelen ingevoerd.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	Het voeren van preferentiebeleid (en/of andere wijze van selectief inkopen) voor medische hulpmiddelen door zorgverzekeraars en zorgaanbieders is reeds mogelijk en gebeurt al.

4 Vektis

PAKKET & VERZEKERAARS

Nr.	Naam
202	Alleen acute zorg voor vreemdelingen en asielzoekers
203	Mogelijk maken meerjarige zorgpolissen
204	Afromen winsten/vermogens zorgverzekeraars
205	Verbieden winsten zorgverzekeraars
206	Minder risicoverevening voor Zorgverzekeraars in de ggz
207	Nieuwe methode voor het berekenen van de vereveningsbijdrage aan verzekeraars
208	Zware paracetamol, mineralen en vitamines terug in het basispakket
209	Extra reserve bij vergroten basispakket
210	Basispakket Zvw koppelen aan verwachte economische groei
211	Burgerdemocratie bij vaststelling basispakket
212	Boete zorgverzekeraars bij onvoldoende invulling zorgplicht
213	Polisaanbod reduceren
214	Toestaan van verplichte zorgpaden
215	Relatietherapie opnemen in het basispakket

202 – Alleen acute zorg voor vreemdelingen en asielzoekers	
Maatregel	Vreemdelingen en asielzoekers krijgen alleen toegang tot verzekerde zorg indien het acute zorg betreft.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	De kosten voor de zorg voor vreemdelingen liggen onder de budgettaire ondergrens van € 50 mln. Daarnaast is de voorgestelde maatregel in strijd met internationale mensenrechtenverdragen, de Europese Verordeningen die medisch noodzakelijke zorg voorschrijven en met eerdere rechterlijke uitspraken.
203 – Mogelijk maken meerjarige polissen	
Maatregel	Op dit moment kan de zorgpolis na 1 jaar worden opgezegd. Deze maatregel maakt het mogelijk dat verzekeraars daarnaast meerjarige polissen aanbieden. Voor deze polissen is de jaarlijkse opzeggingstermijn afgeschaft.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	Het is onduidelijk of de premie van een meerjarige polis hierdoor lager gaat uitvallen. Er zijn redenen, zoals lagere wervingskosten, waarom de premie lager zou kunnen uitvallen. Ook zijn er redenen waarom de premie hoger uit zou kunnen vallen zoals een risico-opslag voor toekomstige pakketwijzigingen en minder concurrentie op de verzekeringsmarkt. Het is onduidelijk of meerjarig polissen zorgen voor meer duidelijkheid voor de consument, lagere zorgpremies of meer investeringen in zorginnovatie en preventie. De impact van deze maatregel wordt op minder dan € 50 mln. per jaar ingeschat.

204 – Afromen winsten zorgverzekeraars	
Maatregel	Winsten/vermogens van zorgverzekeraars worden afgeroomd. Er wordt een maximum gesteld aan het eigen vermogen/de reserves van zorgverzekeraars. Het overige eigen vermogen wordt afgeroomd en vloeit terug naar alle premiebetalers.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Deze vorm van wettelijke winst- en/of vermogensregulering is in een privaatrechtelijk verzekeringsstelsel juridisch niet uitvoerbaar. Het voorstel gaat namelijk verder dan het creëren van een nieuwe voorwaarde binnen het huidige stelsel; het tast het karakter van dat stelsel aan. Een verbod op winstuitkering zou leiden tot een onmiddellijke en onvoorziene omslag van het huidige privaatrechtelijke stelsel naar een publiekrechtelijk stelsel (zie advies RvS en voor nadere analyse van het initiatiefwetsvoorstel houdende een verbod op winstuitkering door zorgverzekeraars de adviezen van NZa en DNB). Daarnaast is sprake van een aantal (andere) juridische en praktische complicaties. Zo worden vraagtekens gezet bij de rechtvaardiging in het licht van artikel 1 van het eerste Protocol bij het Europees verdrag tot Bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) (bescherming eigendom) en artikel 63 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (vrij kapitaalverkeer).
205 – Verbieden winsten zorgverzekeraars	
Maatregel	Het wordt zorgverzekeraars verboden om dividend uit te keren aan hun aandeelhouders. Doel hiervan is dat het geld dat anders zou zijn uitgekeerd aan aandeelhouders, wordt omgezet in lagere premies.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Deze vorm van wettelijke winst- en/of vermogensregulering is in een privaatrechtelijk verzekeringsstelsel juridisch niet uitvoerbaar. Het voorstel gaat namelijk verder dan het creëren van een nieuwe voorwaarde binnen het huidige stelsel; het tast het karakter van dat stelsel aan. Een verbod op winstuitkering zou leiden tot een onmiddellijke en onvoorziene omslag van het huidige privaatrechtelijke stelsel naar een publiekrechtelijk stelsel (zie advies RvS en voor nadere analyse van het initiatiefwetsvoorstel houdende een verbod op winstuitkering door zorgverzekeraars de adviezen van NZa en DNB). Daarnaast is sprake van een aantal (andere) juridische en praktische complicaties. Zo worden vraagtekens gezet bij de rechtvaardiging in het licht van artikel 1 van het eerste Protocol bij het Europees verdrag tot Bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) (bescherming eigendom) en artikel 63 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (vrij kapitaalverkeer).

206 – Minder risicoverevening voor zorgverzekeraars in de ggz	
Maatregel	Het vergoedingspercentage van het kenmerk Hoge Kosten Compensatie ggz (HKC) naar beneden bijstellen om zo de doelmatigheidsprikkel bij zorgverzekeraars voor ggz-uitgaven te vergroten.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	De kosten in de ggz zijn zeer scheef verdeeld. Van de mensen die wel ggz-kosten maken, heeft slechts een kleine groep mensen juist zeer hoge ggz-kosten. Deze zeer dure ggz-cliënten zijn ongelijk verdeeld over de zorgverzekeraars, wat het gelijke speelveld verstoort en prikkels tot risicoselectie met zich mee kan brengen. Risicoselectie kan ertoe leiden dat geen actief inkoopbeleid wordt gevoerd en werkt daarmee ondoelmatigheid in de hand. Via ex-post risicoverevening krijgen verzekeraars voor 0,5% ggz -gebruikers met de hoogste kosten (ongeveer 3500 verzekerden) sinds 2020 75% van de gemaakte kosten boven een drempelwaarde vergoed. Dit heet de Hoge Kosten Compensatie (HKC) ggz. Financiële prikkels tot kostenbeheersing bestaan nog steeds, omdat zorgverzekeraars maar voor een deel worden gecompenseerd. De voorgestelde maatregel is om de doelmatigheidsprikkels te vergroten door het vergoedingspercentage (nu 75%) te verlagen (of HKC geheel afschaffen). De exploitatierisico's voor zorgverzekeraars nemen dan toe. Dit leidt enerzijds tot sterkere prikkels tot kostenbeheersing, maar anderzijds nemen de risico's op risicoselectie toe. Aangenomen wordt dat deze effecten op de doelmatigheid grotendeels tegen elkaar wegvallen. Ten slotte is bij invoering van de ex-post aangegeven dat dit slechts tot een andere verdeling van de Zvw-middelen over verzekeraars leidt en niet tot een verhoging van de uitgaven aan Zvw-zorg die we samen opbrengen. Om deze redenen gaan we ervan uit dat er geen besparing van minimaal 50 mln. structureel op de kosten is als gevolg van verbeterde doelmatigheidsprikkels.
207 – Nieuwe methode voor het berekenen van de verevenings-bijdrage aan verzekeraars	
Maatregel	Verevening van zorgverzekeraars via *constrained regression*, waarbij de zorguitgaven van specifieke groepen aan zorgverzekeraars anders worden gecompenseerd.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	Constrained regression zou ingezet kunnen worden om het model beter te kunnen laten verevenen en hierdoor minder aan risicoselectie kan worden gedaan. Dit hoeft niet tot een besparing van de zorguitgaven te leiden, de prikkel om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen is er namelijk ook bij ondercompensatie van een bepaalde groep. In het meest gunstige geval leidt dit tot een verbetering van de zorginkoop en wordt er een kwalitatief beter aanbod ingekocht voor groepen die nu nog worden onder gecompenseerd. Dit betekent nog niet dat er een financiële besparing wordt behaald. Deze maatregel zal daarom naar verwachting niet tot een budgettaire impact van meer dan € 50 mln. per jaar leiden.

208 – Zware paracetamol, mineralen en vitamines terug in het basispakket	
Maatregel	Opnemen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem van bepaalde typen vitaminen, mineralen en paracetamol die per 1 januari 2019 uit het basispakket zijn gehaald.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	Volgens een nadere berekening van het Zorginstituut Nederland was de besparing per 1 januari 2019 geraamd op € 35 mln. Dit bedrag bestaat voor 33% uit geneesmiddelkosten en 66% terhandstellingkosten. Het budgettaire effect van deze maatregel komt daarmee op € 35 mln. en blijft daarmee (ook na ophoging naar 2021) onder de drempelwaarde. De wijziging in het verzekerde pakket van 1 januari 2019 wordt momenteel gemonitord. De resultaten van deze monitor worden verwacht in de loop van 2020.
209 – Extra reserve bij vergroten basispakket	
Maatregel	Wanneer nieuwe middelen worden toegevoegd aan het basispakket wordt een aanvullende reserve bij VWS aangehouden. Het doel hiervan is een prikkel te introduceren om uitbreiding van het basispakket tegen te gaan.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	De premiegefinancierde zorguitgaven vallen onder de VWS-begroting. Als het basispakket Zvw wordt uitgebreid dan leidt dat dus al tot een uitbreiding van de VWS-begroting. Vorming van financiële reserves is bedoeld voor de vergoeding van toekomstige zorguitgaven door zorgverzekeraars (ter bescherming van verzekerden). Zo kunnen zorgverzekeraars ook in financieel mindere tijden aan hun zorgplicht blijven voldoen. De vereiste solvabiliteit op basis van Solvency II verschilt per zorgverzekeraar naar gelang zijn risicoprofiel (samenstelling van de verzekerdenportefeuille). Als het basispakket wordt uitgebreid dan leidt dat al tot verplichte uitbreiding van de noodzakelijke reserves bij zorgverzekeraars. VWS kan niet zelfstandig besluiten dat verzekeraars een aanvullende reserve moeten aanhouden. De parameters voor vereiste solvabiliteit zijn Europees geregeld onder Solvency II. Zorgverzekeraars verplichten om een aanvullende reserve aan te houden is daarmee juridisch niet uitvoerbaar.

210 – Basispakket Zvw koppelen aan verwachte economische groei	
Maatregel	Er dient een budgettaire afspraak te worden gemaakt bij de start van de kabinetsperiode om de groei van het uitgavenplafond zorg (UPZ) te begrenzen op de werkelijke gemiddelde economische groei per vier jaar. Op basis daarvan wordt voor alle zorgsectoren een mbi-grens vastgesteld, waarbij de gezamelijke mbi-grenzen optellen tot het Zvw-deel van het UPZ. Het macrobeheersinstrument (mbi) wordt gehandhaafd om eventuele overschrijdingen van de uitgavenplafonds (evt. op basis van de afspraken in de akkoorden) terug te halen met een korting. Het jaar na het optreden van de overschrijding wordt een tariefkorting doorgevoerd (bij maximumtarieven), dan wel het kader verlaagd (vrije tarieven) om de korting in het volgende jaar te realiseren. Doelstelling van de maatregel is een gecontroleerde kostenontwikkeling en een prikkel om elementen uit het basispakket te verwijderen die niet meer state-of the-art zijn.
Motivatie	Maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	De overheid kan de Zvw-uitgaven niet beperken door deze eenvoudigweg te koppelen aan de economische groei. De budgetten, MBI-maatregelen en tariefmaatregelen mogen geen afbreuk doen aan het recht van verzekerden op zorg die behoort tot het basispakket. Een overschrijding van financiële kaders (budgetten) kan geen reden vormen voor weigering van de verlening van Zvw-zorg aan een verzekerde. De zorgplicht van zorgverzekeraars blijft op basis van Zvw ook bij overschrijding van toepasselijke financiële kaders bestaan. Het waarborgen van het recht van verzekerden op Zvw-zorg betekent ook dat de zorgaanbieders de Zvw-zorg rendabel en dus zeker niet verlieslatend, aan verzekerden kunnen leveren. Zonder corresponderende beperking van het basispakket, hogere verplichte eigen betalingen van verzekerden en/of andere maatregelen die de door zorgaanbieders te maken kosten voor het leveren van Zvw-zorg beperken, doen generieke kortingen snel afbreuk aan het recht van verzekerden op Zvw-zorg.
211 – Burgerdemocratie bij vaststelling basispakket	
Maatregel	De overheid organiseert een experiment waarbij een groep van honderd burgers in samenspraak met een nader te bepalen groep artsen, vertegenwoordigers van verzekeraars en andere relevante stakeholders tot een advies aan de wetgever komt over de kosten van zorg die worden vergoed vanuit het basispakket. De deelnemers aan het experiment worden gevoed met alle relevante en benodigde informatie over onder meer de (kosten)effectiviteit van zorg en de consequenties van mogelijke keuzes voor de premie.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	De uitvoeringskosten bedragen naar schatting +/- EUR 500.000 en blijven daarmee ruimschoots beneden de grens van EUR 50 mln.

212 – Bestuurlijke boete zorgverzekeraars bij onvoldoende invulling van de zorgplicht	
Maatregel	Zorgverzekeraars die onvoldoende werk maken van de zorgplicht jegens hun verzekerden krijgen een bestuurlijke boete. De zorgplicht houdt in dat een verzekerde met een naturapolis binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang moet hebben tot kwalitatief goede zorg uit het basispakket. Bij een restitutiepolis betekent de zorgplicht dat de kosten van de zorg aan de verzekerde vergoed worden en daarnaast dat de zorgverzekeraar op verzoek van de verzekerde/verzekeringnemer helpt bij het verkrijgen van die zorg. De bestuurlijk boete kan worden opgelegd door de NZa.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	De maatregel is in de eerste plaats juridisch kwetsbaar. Bestuurlijke boeten beogen 'lik op stuk' te geven bij eenvoudig te constateren overtredingen van concrete wettelijke verplichtingen. De zorgplicht is echter grotendeels een open norm waarbij zorgverzekeraars een eigen verantwoordelijkheid hebben om hieraan invulling te geven. De NZa heeft alleen in een toezichtskader enkele randvoorwaarden neergelegd. Bovendien is een zorgverzekeraar vooral bij naturapolissen uiteindelijk afhankelijk van de beschikbaarheid van zorgaanbieders. Wanneer de zorgverzekeraar het overtreden van de zorgplicht niet verweten kan worden – hiervoor zullen randvoorwaarden moeten worden ingevuld zoals voldoende duidelijke norm en vaststellen verwijtbaarheid - bijvoorbeeld vanwege aantoonbare tekorten in het zorgaanbod en een feitelijke belemmering om dit aanbod tijdig zelf te organiseren (overmacht), kan er geen bestuurlijke boete opgelegd worden. In de tweede plaats is het tot nu toe beperkt noodzakelijk geweest om formele reprimandes op te leggen aan zorgverzekeraars die onvoldoende werk maken van hun zorgplicht jegens hun verzekerden. De opbrengsten van de introductie van een boete zal daarmee naar verwachting de budgettaire ondergrens van € 50 mln. niet overschrijden.

213 – Polisaanbod reduceren	
Maatregel	Beperking van het polisaanbod door: A) afschaffing van budgetpolis; B) afschaffen collectiviteitspolis; C) afschaffen aanvullende verzekeringen; D) het onmogelijk maken om polissen met minieme verschillen aan te bieden als verschillende producten; E) verzekeraars mogen alleen een door het Rijk vastgestelde naturapolis met volledig vrije keuze van de behandelaar aanbieden. Verzekeraars concurreren in deze optie op service en prijs.
Motivatie	Maatregel is onuitvoerbaar.
Toelichting	*Afschaffing budgetpolis* De 'budgetpolis' is feitelijk gezien een naturapolis met meer beperkende voorwaarden dan gemiddeld, bijvoorbeeld een selectievere contractering van zorgaanbieders of een lager vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg. Verzekerden kunnen voor spoedeisende hulp overal terecht, ook in het geval van een polis met beperkende voorwaarden. Alle verzekeraars moeten ondanks de beperkende voorwaarden wel aan de zorgplicht voldoen. De budgetpolis als zodanig heeft geen zelfstandige grond of fundament in de wet of regelgeving. Het afschaffen van de budgetpolis is daarom niet mogelijk. *Afschaffen collectiviteitspolis* Het afschaffen van de collectiviteitskorting wordt beschreven in maatregel 103 (Afschaffen collectiviteitskorting). *Afschaffen aanvullende verzekeringen* De overheid kan aanvullende verzekeringen niet afschaffen omdat het een privaat product is. Het overhevelen van bewezen effectieve zorg naar de basisverzekering (een variant waarbij de aanvullende verzekering wordt uitgekleed) is uitgewerkt in maatregel 102 (Opnemen medisch noodzakelijke zorg uit aanvullende verzekeringen in het basispakket). *Polissen met minieme verschillen als verschillende producten aanbieden onmogelijk maken* Volgens Europees recht is wettelijk ingrijpen hier alleen mogelijk indien dit noodzakelijk en proportioneel is. Aan deze vereiste wordt op dit moment niet voldaan. Er kunnen immers goede redenen zijn om een andere premie te hanteren. Dit kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van de solvabiliteit die verschilt per zorgverzekeraar of een ander serviceniveau. *Door Rijk vastgestelde naturapolis met volledig vrije keuze* Om deze maatregel door te voeren is het nodig de restitutiepolis af te schaffen, polissen met beperkende voorwaarden af te schaffen en verzekeraars te verplichten om alle aanbieders te contracteren. Deze maatregelen zijn niet proportioneel als deze alleen genomen worden om het polisaanbod te verminderen.

214 – Toestaan van verplichte zorgpaden	
Maatregel	Het wordt zorgverzekeraars mogelijk gemaakt om tevens zorgaanbieder te zijn en verzekerden enkel zorg uit het basispakket aan te bieden bij de door hen aangewezen aanbieders. Zogeheten 'verticale integratie' wordt toegestaan. Er zijn twee varianten: A) De verzekeraar mag ook eigenaar zijn van zorgaanbieders en verzekerden daarnaar verwijzen, vergelijkbaar met zogenaamde HMO's in de VS. B) Een mildere variant is dat de verzekeraar gerichte zorgpaden contracteert en verzekerden langs dat pad leidt.
Motivatie	Beide voorgestelde varianten zijn reeds mogelijk binnen de huidige wet- en regelgeving. Nog verdere sturing op verplichte zorgpaden is mogelijk door artikel 13 van de Zorgverzekeringswet aan te passen, maar die variant wordt afzonderlijk uitgewerkt in maatregel **105** (Verlagen vergoeding ongecontracteerde zorg). Afschaffen of terugbrengen hinderpaalcriterium. Vanwege deze overlap wordt deze maatregel afgevoerd.
Toelichting	Optie A is verticale integratie en is toegestaan op basis van huidige regelgeving met dien verstande dat het zorgaanbod binnen de entiteit van de verzekeraar in de vorm van naturaverstrekking aan uitsluitend de eigen verzekerden moet betreffen. Optie B behelst de budgetpolis die op dit moment al wordt aangeboden door zorgverzekeraars.
215 – Relatietherapie opnemen in het basispakket	
Maatregel	Relatietherapie wordt opgenomen in het basispakket. Het gaat om maximaal 20 sessies, die vergoed worden als sprake is van verwijzing van een huisarts. Bewezen effectiviteit is een voorwaarde. In variant A wordt therapie vergoed voor alle stellen, in variant B alleen voor stellen met thuiswonende kinderen tot 18 jaar.
Motivatie	Onuitvoerbaar
Toelichting	Relatietherapie zonder stoornis of geïndiceerde preventie kan niet onder de aanspraken gebracht worden zonder een fundamentele wijziging van de uitgangspunten van de Zvw, namelijk dat er een behoefte van de verzekerde aan zorg dient te zijn op basis van zorginhoudelijke gronden. In variant B is expliciet duidelijk dat de behoefte van de verzekerde aan zorg niet voortkomt uit zorginhoudelijke gronden, maar op sociale omstandigheden is geïndiceerd. Ten overvloede wordt opgemerkt dat, hoewel specifieke cijfermatige gegevens ontbreken, het niet aannemelijk lijkt dat deze maatregel de budgettaire ondergrens van € 50,- mln. zou halen.

PREVENTIE

Nr.	Naam
216	Legaliseren softdrugs
217	Stimuleren voedselveiligheid om ziekte te voorkomen
218	Tegengaan roken
219	0% BTW op groente en fruit
220	Gecombineerde Leefstijl Interventie ook aanbieden bij 18-
221	Screenen op vitamine D-tekort en indien nodig vitamine D voorschrijven aan mensen van zestig jaar en ouder
222	Preventieve SOA test
223	Frisdranktaks die prijs van suikerhoudende dranken met 20% doet stijgen
224	Preventiemaatregel hart- en vaatziekten: wettelijke maximum normen voor het zoutgehalte in levensmiddelen

216 – Legaliseren softdrugs	
Maatregel	Het gebruik, de productie en de verkoop van softdrugs wordt gelegaliseerd/gereguleerd.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Het reguleren van de teelt en verkoop van cannabis is in strijd met internationale verdragen en het Europese recht. Het gaat dan om het Enkelvoudig Verdrag inzake verdovende middelen uit 1961, zoals gewijzigd door het Protocol tot wijziging van het Enkelvoudig Verdrag inzake verdovende middelen (Trb. 1987, 90), het Verdrag inzake psychotrope stoffen uit 1971 en het Verdrag van de Verenigde Naties tegen sluikhandel in verdovende middelen en psychotrope stoffen uit 1988 (Trb. 1990, 94). Wat het Europees recht betreft, gaat het om de Schengenuitvoeringsovereenkomst en het Kaderbesluit illegale drugshandel (2004/757/JBZ).

217 – Stimuleren voedselveiligheid om ziekte te voorkomen	
Maatregel	Mede ingegeven door de aanbevelingen uit het onderzoeksrapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV) over opkomende veiligheidsrisico's (juni 2019) wordt er gewerkt aan het systematisch en tijdig in beeld krijgen van (opkomende) voedselveiligheidsrisico's. Middelen worden in ieder geval ingezet om: 1) bij het RIVM te investeren in surveillance en bronopsporing van ziektegevallen en van de attributie van ziektegevallen aan voedselbronnen; 2) bij de NVWA te investeren in toezicht op de risicoaanpak van voedselbedrijven.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	Over 2018 zijn de kosten als gevolg van besmet voedsel geschat op € 171 mln. Wanneer er wordt uitgegaan van een verhoging naar € 195 mln. in 2021 zou deze maatregel tot een besparing van een kwart moeten leiden om de budgettaire ondergrens te halen. Dit lijkt niet realistisch omdat er al beleid wordt gevoerd om de voedselveiligheid te verhogen en dit beleid is aangescherpt na een aantal grote incidenten (fipronil, paardenvlees), waarbij de voedselveiligheid in het geding was, maar niet gezegd kan worden dat hierdoor veel zieken & doden zijn te betreuren. De effectiviteit van de maatregel wordt verder beperkt doordat het bij ziektegevallen door voedsel meestal om kleine incidenten gaat (één besmette partij product) of doordat de consument het voedsel niet goed bereidt. Vaak melden mensen ook niet dat zij een voedselinfecte hebben opgelopen of weten zelfs niet dat zij ziek van geworden zijn van onveilig voedsel. De maatregel richt zich op opkomende voedselveiligheidsrisico's. Deze voedselveiligheidsrisico's zijn al een onderdeel van het voedselveiligheidssysteem. Op het gebied van opkomende voedselveiligheidsrisico's wordt het systeem al aangescherpt, door meer en betere bundeling van de signalen. Dit wordt bereikt door een meer structurele samenwerking tussen de instanties die hieraan werken. Dit draagt eraan bij dat de budgettaire ondergrens van € 50 mln. met de maatregel niet wordt gehaald.
218 – Tegengaan roken	
Maatregel	De maatregel bestaat uit drie onderdelen: A) een actieprogramma met in ieder geval een massamediale campagne; B) stopondersteuning gaat onderdeel uitmaken van het verzekerd pakket; C) een verbod op de verkoop van tabakswaren.
Motivatie	Het effect van A op de netto-collectieve zorguitgaven is kleiner dan € 50 mln. en B en C zijn onuitvoerbaar.
Toelichting	De kosten van de massamediale campagne (onderdeel A) kunnen per jaar verschillen en liggen tussen de € 6 en € 8 mln. per jaar. De structurele baten ten opzichte van een situatie zonder campagne zijn lager dan de budgettaire ondergrens van € 50 mln. Na 35 jaar is de structurele situatie bereikt. Onderdeel B: Stoppen-met-rokenprogramma's maken in beperkte vorm al deel uit van het verzekerd pakket als onderdeel van geneeskundige zorg. Voor zover verstrekt in het kader van huisartsenzorg is het vrijgesteld van het verplicht eigen risico. Ook zorgverzekeraars kunnen programma's aanwijzen die buiten het verplicht eigen risico vallen. Het voorstel is daarom geïnterpreteerd als het volledig vergoeden van stoppen-met-roken-zorg door het te verbreden naar alle vormen van stopondersteuning en het uit te zonderen van het verplicht eigen risico. Deze zorg kan niet ingericht worden, omdat hier geen aanpak voor bestaat. Onderdeel B is daarom praktisch niet uitvoerbaar. Onderdeel C is juridisch niet haalbaar omdat het in gaat tegen het Tobacco Products Directive van de Europese Commissie.

219 – Verlaging van de BTW op groente en fruit	
Maatregel	De BTW op groente en fruit wordt verlaagd naar 5%. Het doel van de maatregel is om gezonde eetgewoonten te bevorderen en bij te dragen aan minder overgewicht. Door deze maatregel daalt de prijs van groente en fruit, waardoor gezond eten beter betaalbaar wordt. Een verdere verlaging van de BTW naar 0% is strijdig met Europese wetgeving.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	Er is een relatie tussen de consumptie van groente en fruit en de kans op bepaalde ziekten in wetenschappelijke literatuur gevonden. Deze ziekten zijn beroerte, coronaire hartziekte, type 2 diabetes, long- en colorectale kanker. Echter, de verandering in de kans op deze bepaalde ziekten als gevolg van lagere groente- en fruitprijzen zijn zo klein, dat de verwachte effect op netto-collectieve zorguitgaven onder de ondergrens van € 50 mln. ligt.
220 – Gecombineerde Leefstijl Interventie ook aanbieden bij 18-	
Maatregel	De Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) is opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering (Zvw) voor volwassenen. Met deze maatregel wordt het basispakket uitgebreid en komt de GLI ook beschikbaar voor kinderen.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	De kosten voor de GLI voor volwassenen liggen onder de budgettaire ondergrens van € 50 mln. Het aantal kinderen dat voor de GLI in aanmerking komt is vele malen lager dan het aantal volwassenen. De kosten van de GLI voor kinderen liggen dan ook onder de budgettaire ondergrens van € 50 mln. Daarnaast kent deze maatregel nog enkele uitvoeringstechnisch onduidelijkheden. Met name de inbedding in het sociale domein, de indicatiecriteria en de doorverwijzing vergen nog nadere duiding. Op het moment van uitwerking van de maatregel was deze duiding nog onduidelijk, waardoor ook nog onduidelijk was hoe deze maatregel effectief uitgevoerd kan worden.
221 – Screenen op vitamine D-tekort en indien nodig vitamine D voorschrijven aan mensen van zestig jaar en ouder	
Maatregel	Vanaf het 60e levensjaar worden mensen tweejaarlijks door de huisarts gescreend op vitamine D-tekort èn wordt indien nodig vitamine D voorgeschreven. Vitamine D is verkrijgbaar bij apotheek en drogist. De kosten van vitamine D zijn voor eigen rekening.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	Het invoeren van een screening op vitamine D-tekort voor 60-plussers en bij een tekort het voorschrijven daarvan kost als dit verloopt met een centrale rol voor de huisarts structureel zo'n € 40 mln. per jaar. De geschatte opbrengst door minder botontkalking zal ruim € 1 mln. per jaar zijn in het zorgdomein. Dit komt doordat minder 60-plussers te maken krijgen met een heupfractuur.

222 – Preventieve SOA-test	
Maatregel	Risicogroepen kunnen gratis een soa-test laten afnemen bij een GGD. Mensen die niet behoren tot een risicogroep voor een soa, kunnen voor een soa-test terecht bij hun huisarts. De kosten van deze test vallen onder het verplicht eigen risico. Deze maatregel is bedoeld om het verplicht eigen risico af te schaffen voor soa-testen die worden afgenomen via de huisarts.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	De kosten van het afschaffen van het verplicht eigen risico voor soa-testen afgenomen door de huisarts betreffen derving van eigen risico, de kosten voor toename van het aantal consulten bij de huisarts en van de toename van het aantal testen. Deze kosten bedragen minder dan de budgettaire ondergrens van € 50 mln. Wanneer de kosten voor een soa-test niet meetellen in het verplicht eigen risico zullen meer mensen, die niet tot de risicogroepen behoren, zich laten testen en behandelen. De verspreiding van soa's wordt hiermee tegen gegaan, waardoor de algehele gezondheid van de bevolking toeneemt en de kosten voor vervolgbehandelingen van soa dalen. De totale kosten voor vervolgbehandelingen van soa liggen onder de € 50 mln. De besparing op deze kosten ligt daarmee ook onder de budgettaire ondergrens van € 50 mln.
223 – Accijns op suikerhoudende dranken	
Maatregel	De overheid voert een prijsmaatregel invoeren die de prijs van suikerhoudende dranken met 20% doet stijgen, zoals de WHO adviseert. Een accijns kan niet worden ingevoerd, omdat suikerhoudende dranken geen accijnsgoederen zijn. Wel kan een prijsverhoging van 20% benaderd worden door de bestaande verbruiksbelasting alcoholvrije dranken van € 8,83 per hl te verhogen naar € 20,86 per hl voor suikerhoudende dranken. Voor de uitvoerbaarheid van deze maatregel moet een duidelijk onderscheid gemaakt kunnen worden tussen suikerhoudende en suikervrije dranken.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	Deze maatregel zorgt volgens het RIVM voor 2,2% minder kans op beroerte en coronaire hartziekte en 2,7% minder kans op type 2 diabetes. Uitgaande van een prijselasticiteit van -0,81 worden hiermee in 2023-2025 jaarlijks rond de 3.000 Disability Adjusted LifeYears (DALYs) vermeden, en structureel € 15 mln. bespaard aan zorguitgaven. Hierbij is voor het structurele effect na twintig jaar gecorrigeerd voor vervangende ziekten. De maatregel genereert extra belastingopbrengsten van tegen de € 200 mln. extra in vergelijking met het scenario waarin de huidige verbruiksbelasting alcoholvrije dranken onveranderd blijft.

224 – Preventiemaatregel hart- en vaatziekten: wettelijke maximum normen voor het zoutgehalte in levensmiddelen	
Maatregel	In de (Waren)wet worden maximum zoutgehaltes voor in Nederland geproduceerde levensmiddelen opgenomen, bij voorkeur specifiek per productgroep. Voor andere producten dan brood zijn in 2014 op vrijwillige basis maximum zoutgehalten afgesproken door het Nederlandse bedrijfsleven (voedingsmiddelenindustrie en supermarkten via hun koepelorganisaties) met de minister van VWS in het kader van het Akkoord Verbetering Product-samenstelling (AVP). Volgens de laatste schatting (tot halverwege 2019) is de gemiddelde dagelijkse zoutinname 0,5 gram minder ten op zichtte van de situatie voorafgaand aan het akkoord.
Motivatie	Effect op de netto-collectieve zorguitgaven kleiner dan € 50 mln.
Toelichting	Via productaanpassing (ten gevolge van voorgestelde normstelling) lijkt 0,5 gram reductie in de gemiddelde zoutconsumptie een ambitieus reëel scenario, aanvullend op via vrijwillige productaanpassing al bereikte daling van 0,5g. Daarmee komt de gemiddelde zoutconsumptie op 7,5 gram per dag. De voorgestelde reductie van zoutconsumptie leidt tot minder beroerten en hartinfarcten. In de structurele situatie na twintig jaar wordt hiermee minder dan € 30 mln. aan zorguitgaven bespaard.

STELSEL & TRANSITIES

Nr.	Naam
225	Aanpassing rol ACM
226	Vastgoed overhevelen naar overheid

225 – Aanpassing rol ACM	
Maatregel	Aanbieders zouden meer kunnen samenwerken, wat leidt tot minder concurrentie. Waar dit leidt tot prijsafspraken of het verdelen van de markt, kan dit leiden tot conflicten met de ACM. Dit voorstel verandert de rol van de ACM om meer samenwerking mogelijk te maken.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Gezien de beperkingen uit het Europese recht worden de uitvoerbaarheid, juridische haalbaarheid en toegevoegde waarde als zeer laag ingeschat. Verankering van publieke belangen samenwerking in de zorg in wet- of regelgeving is niet mogelijk. Men kan namelijk niet volstaan met een algemene beschrijving dat de ACM de kwaliteit van zorg mee moet wegen. De ACM moet kunnen afwegen wanneer vergaande samenwerking (zoals marktverdeling) gerechtvaardigd kan worden op grond van de publieke belangen. Hiervoor moet in objectief toetsbare criteria worden gedefinieerd wanneer sprake is van bijvoorbeeld voldoende kwaliteitswinst. Dit is tot dusver lastig gebleken en de Raad van State is in het verleden kritisch geweest op te algemene beschrijving van publieke belangen. Het bepalen dat de zorg (of onderdelen daarvan) niet onder de Mededingingswet vallen is waarschijnlijk niet te verenigen met Europees recht en kan leiden tot inbreuk op eigendom en bijbehorende schadevergoeding. Om niet onder het Europese mededingingsrecht te vallen zouden Nederlandse zorgaanbieders niet meer moeten worden aangemerkt als 'onderneming' in de zin van het mededingingsrecht. Daarvoor is dusdanig vergaande regulering nodig dat er geen sprake meer is van concurrentie en zorgaanbieders slechts nog een publieke taak uitvoeren.
226 – Vastgoed overhevelen naar overheid	
Maatregel	De ontwikkeling, bouw en beheer van het vastgoed van ziekenhuizen wordt een verantwoordelijkheid van de rijksoverheid. Het Rijksvastgoedbedrijf kan deze taak uitvoeren. Het vastgoed van ziekenhuizen wordt gefinancierd uit algemene belastingen. Dit wordt niet doorberekend in het integrale tarief voor de zorgproducten.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Het gaat om een overheveling van bezit van private partijen die daarna geen huur hoeven te betalen. Dit betreft staatssteun, wat in strijd is met Europese regels. De maatregel kan ook niet in een publiek stelsel worden uitgevoerd, omdat ziekenhuizen dan al per definitie publiek zijn.

6.2.2 Afgevallen maatregelen uit ZiK 2015 en niet opnieuw ingediend

Nr.	Nr. in ZiK 2015	Titel	Reden
227	**43**	Meldkamer 'geen spoed, wel zorg'	Te lage opbrengst
228	**54**	Convenant terugdringen no-show	Te lage opbrengst
229	**93**	Introduceren belastingkorting voor mantelzorgers	Onuitvoerbaar
230	**39**	Introduceren bonus voor verminderen ondervoeding en uitdroging	Buiten scope
231	**84**	Vereenvoudigen zorginkoop in de Wet langdurige zorg	Te lage opbrengst
232	**40**	Tegengaan voedselverspilling in de ouderenzorg	Te lage opbrengst
233	**91**	Stimuleren integrale dementiezorg	Onuitvoerbaar / te lage opbrengst
234	**88**	Maximeren indicaties Wet langdurige zorg	Onuitvoerbaar
235	**90**	Beperken toegang Wlz voor onverzekerbare vreemdelingen en zorg buiten Europa	Te lage opbrengst
236	**41**	Capaciteitsregulering dure infrastructuur	Te lage opbrengst
237	**73**	Verplichten uniforme barcodering genees- en hulpmiddelen	Al in basispad
238	**57**	Reclameverbod zorgverzekeraars	Te lage opbrengst
239	**55**	Palliatieve zorg van ziekenhuis naar thuissetting	Te lage opbrengst
240	**44**	Huisarts in dienst van spoedeisende hulp	Te lage opbrengst
241	**31**	Invoeren eigen bijdrage tandheelkundige zorg in de Zorgverzekeringswet	Te lage opbrengst
242	**53**	Integraal tarief geboortezorg	Te lage opbrengst
243	**47**	Een product 'extra kwaliteit' toevoegen aan de dbc-productstructuur voor medisch specialistische zorg als bedoeld in de Zvw (in ZiK 2015 uitgewerkt in 'Uitkomstbekostiging in de Zvw).	Onuitvoerbaar
244	**63**	Gedifferentieerd macrobeheersinstrument	Onuitvoerbaar
245	**61**	Bestuurlijk akkoord mondzorg	Te lage opbrengst
246	**51**	Substitutie eenvoudige tweedelijnszorg	Te lage opbrengst
247	**59**	Belonen infectiepreventie in ziekenhuizen	Te lage opbrengst
248	**60**	Verminderen vermijdbare heropnames	Te lage opbrengst
249	**49**	Verplichte verwijzing door huisarts voor eerstelijns paramedische zorg	Te lage opbrengst
250	**76**	Verplichte jaarlijkse medicatiebeoordeling	Te lage opbrengst
251	**15**	Pakketbeperking ouderdomsgerelateerde zorg	Onuitvoerbaar
252	**50**	Verplichte groepsbeslissing bij dure behandelingen en betrokkenheid geriater	Te lage opbrengst
253	**56**	Versoberen zorg in het basispakket voor vreemdelingen en asielzoekers	Te lage opbrengst
254	**68**	Invoeren preferentiebeleid intramurale geneesmiddelen	Te lage opbrengst
255	**4**	Boete voor zorgverzekeraars bij onvoldoende fraudeopsporing	Onuitvoerbaar
256	**46**	Verplicht aanbesteden zorginkoop door zorgverzekeraars	Te lage opbrengst

6.3 Rapport KPMG

Dit rapport is digitaal beschikbaar op
www.rijksoverheid.nl.

6.4 CPB-Achtergronddocument Eigen Betalingen in de Zorgverzekeringswet

Dit achtergronddocument is digitaal beschikbaar op www.rijksoverheid.nl.

6.5 Taakopdracht

6.5.1 Aanleiding

Het kabinet heeft besloten om in opvolging van het traject Zorgkeuzes in Kaart uit 2015 een nieuw traject te starten, Zorgkeuzes in Kaart 2020 (ZiK 2020). De uitdagingen waarvoor de zorg staat en de maatschappelijke en politieke wensen en opvattingen zijn immers continu in beweging. Een Technische Werkgroep gaat beleidsmaatregelen van politieke partijen inventariseren en uitwerken. Doel van Zorgkeuzes in Kaart is om een breed scala aan beleidsopties voor de zorg te inventariseren. Hiermee wil het kabinet samen met het CPB een ondersteuning bieden aan de toekomstige politieke besluitvorming over de zorg.

6.5.2 De Technische Werkgroep ZiK 2020

De Technische Werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van het CPB, de ministeries van VWS, Financiën, SZW, EZK en AZ. De directeur-generaal Curatieve Zorg van VWS treedt op als voorzitter van deze werkgroep, de directeur Financieel-Economische Zaken van VWS is secretaris. De leden van de werkgroep zijn de directeur Algemene Financiële en Economische Politiek en de directeur van de Inspectie der Rijksfinanciën van het Ministerie van Financiën; het sectorhoofd marktordening van het CPB, de directeur-generaal Langdurige Zorg en de directeur Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt van VWS, een MT-lid van de directie Arbeidsmarkt en Sociaal-Economische Aangelegenheden van SZW, een MT-lid van de directie Algemene Economische Politiek van EZK en een raadsadviseur van AZ. Het CPB, VWS en Financiën zorgen voor de bemensing van een secretariaat.

De leden van de Technische Werkgroep hebben de intentie om tot een gezamenlijke analyse te komen, maar houden hierbij hun eigen verantwoordelijkheid.

De werkzaamheden vangen in het voorjaar van 2019 aan en worden in juni 2020 afgerond. De publicatie komt tot stand zonder betrokkenheid van de ministers. Het rapport zal conform de procedure bij de studiegroep Begrotingsruimte en de eerdere Technische Werkgroep ZiK worden aangeboden aan de Tweede Kamer door de ministers van VWS en Financiën, zonder kabinetsreactie.

6.5.3 De werkzaamheden

De Technische Werkgroep ZiK 2020 zal alle politieke partijen vertegenwoordigd in de Tweede Kamer uitnodigen beleidsmaatregelen aan te dragen. De voorstellen kunnen betrekking hebben op het beleid waarvoor VWS verantwoordelijk is. Doel van Zorgkeuzes in Kaart is om een breed scala aan beleidsopties voor de zorg te inventariseren.

Alle aangeleverde maatregelen van politieke partijen zullen worden geïnventariseerd door de Technische Werkgroep. Uitsluitend (combinaties van) maatregelen met substantieel structureel budgettair effect worden opgenomen in het rapport. Daarbij wordt niet aangegeven door welke partij de maatregel is ingebracht. Door majeure maatregelen nu al te laten analyseren door de werkgroep is de kans groter dat het CPB die maatregelen te zijner

tijd ook adequaat kan verwerken in Keuzes in Kaart. De resultaten van deze Technische Werkgroep ondersteunen het CPB bij deze toekomstige analyses.

De Technische Werkgroep ZiK 2020 neemt de methodiek van de eerdere werkgroep over en bouwt deze waar mogelijk verder uit. Dit houdt in dat bij de uitwerking van de maatregelen zal worden gekeken of deze leiden tot verandering van gedrag van actoren of van volume of dat er uitsluitend sprake is van een verschuiving van lasten. Dit is met name relevant voor beleidsmaatregelen die een aanpassing van het stelsel van zorgverlening en -verzekering inhouden. Separate beleidsmaatregelen kunnen bij de uitwerking geclusterd worden. Waar mogelijk maakt de Technische Werkgroep een inschatting van de kwantitatieve effecten.

Waar gesproken wordt over 'effecten' van de geanalyseerde maatregelen wordt gedoeld op het budgettaire effect op de collectief gefinancierde zorguitgaven en een inschatting van de mate waarin eventueel een verschuiving optreedt van of naar particulier gefinancierde zorguitgaven. Effecten op gezondheid vallen buiten de reikwijdte van ZiK 2020.

6.6 Samenstelling van de Technische Werkgroep en haar secretariaat

Voorzitter	
Bas van den Dungen	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (tot 1 februari 2020)
Ernst van Koesveld	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vanaf 1 februari 2020)
Leden	
Rob Aalbers	Centraal Planbureau
Klaas Beniers	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vanaf 15 juni 2020)
Jan Derk Brilman	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vanaf 15 maart 2020 tot 15 juni 2020)
Michiel Geschiere	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vanaf 15 maart 2020)
Ernst van Koesveld	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (tot 1 februari 2020)
Suzanne Kok	Ministerie van Economische Zaken en Klimaat
Nicole Kroon	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (tot 15 maart 2020)
Rens Nissen	Ministerie van Financiën
Wouter Raab	Ministerie van Financiën
Martin Santhagens	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Daniëlle Schiet	Ministerie van Algemene Zaken
Elise Splint	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Theo van Uum	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vanaf 1 februari 2020 tot 15 maart 2020)
Secretariaat	
Jasper van Dijk	Ministerie van Financiën
Thomas Heino	Ministerie van Financiën (tot 1 maart 2020)
Leida Lamers	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Stephan Neijenhuis	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (tot 1 januari 2020)
Minke Remmerswaal	Centraal Planbureau (tot 15 september 2019)
Anne-Fleur Roos	Centraal Planbureau (vanaf 15 september 2019)
Christiaan Schakel	Ministerie van Financiën (vanaf 1 maart 2020)
Jeroen Schols	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vanaf 1 januari 2020)
Wouter Vermeulen	Centraal Planbureau
Leon de Wit	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Daarnaast is er door vele medewerkers bij het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, het Ministerie van Financiën en het Centraal Planbureau bijgedragen aan dit rapport. Daarvoor wil de Technische Werkgroep op deze plaats haar dank uitspreken.

Deze publicatie is tot stand gekomen door het

Centraal Planbureau

**Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport**

Ministerie van Financiën

www.rijksoverheid.nl

juli 2020