

Zorgen voor gezonde groei

**Eindrapport van de
Technische werkgroep Beheersinstrumentarium Zorguitgaven**

31 maart 2017

Inhoud

Samenvatting	3
1. Inleiding.....	7
1.1 Aanleiding en taakopdracht.....	7
1.2 Uitgangspunten.....	9
1.3 Aanpak	11
2. Analyse	13
2.1 Ruimte voor verbetering van de zorg	13
2.1.1 Gepast gebruik.....	13
2.1.2 Zorg op de juiste plek.....	15
2.1.3 Eenvoud en samenhang.....	17
2.2 Toekomstbeeld 2021	18
2.2.1 Gepast gebruik.....	18
2.2.2 Zorg op de juiste plek.....	20
2.2.3 Eenvoud en samenhang.....	21
3. Advies.....	23
3.1 Zorgakkoorden	26
3.1.1 Gepast gebruik.....	27
3.1.2 Zorg op de juiste plek.....	29
3.1.3 Eenvoud en samenhang.....	31
3.2 Aanvullende maatregelen bij zorgakkoorden.....	33
3.2.1 Gepast gebruik.....	33
3.2.2 Eenvoud en samenhang.....	35
3.3 Vervangend beleid voor zorgakkoorden.....	39
3.4 Extra maatregelen om op BBP-groei uit te komen	42
Bijlage 1: Taakopdracht.....	43
Bijlage 2: Het beheersinstrumentarium.....	45
Bijlage 3: Tabel budgettaire gevolgen van afzonderlijke maatregelen per jaar	49
Bijlage 4: Rapportage “Eerste verkenning effecten hoofdlijnenakkoorden”	50
Bijlage 5: Samenstelling Technische werkgroep Beheersinstrumentarium Zorguitgaven	51

Samenvatting

Aanleiding

In de afgelopen kabinetsperiode was de groei van de collectieve zorguitgaven lager dan deze in lange tijd is geweest. Het beleid van het kabinet Rutte-Asscher en de inspanningen van zorgverleners, zorgverzekeraars, patiënten en cliënten, en gemeenten hebben daaraan bijgedragen. Zo werden in belangrijke sectoren in de curatieve zorg hoofdlijnenakkoorden gesloten met afspraken over een lagere uitgavengroei. De langdurige zorg onderging een grondige hervorming om de maatschappelijke trend naar langer thuis wonen beter te ondersteunen.

Voor de komende kabinetsperiode heeft het Centraal Planbureau (CPB) begin 2016 een gemiddelde jaarlijkse reële groei van de zorguitgaven van 3,4 procent geraamd. Dat betekent dat de zorguitgaven zonder aanvullend beleid reël met ruim € 9 mld zullen stijgen in de komende kabinetsperiode. De zorguitgaven nemen 75 procent van de totale geraamde groei van de overheidsuitgaven in beslag en vormen daarmee nog steeds een risico voor houdbare overheidsfinanciën. Op de lange termijn is een dergelijke reële groei van de zorguitgaven niet houdbaar, omdat hij de verwachte groei van het BBP ver overstijgt en de zorg daardoor andere collectieve uitgaven verdringt.

Blijvende inspanning is nodig om de groei van de zorguitgaven te beheersen en daarbij de kwaliteit en de toegankelijkheid te waarborgen. Het kabinet heeft de Technische werkgroep Beheersinstrumentarium Zorguitgaven (TW) ingesteld om het volgende kabinet te adviseren over de mogelijkheden om de zorguitgaven ook in de kabinetsperiode tot en met 2021 beheerst te laten groeien, met het huidige stelsel als uitgangspunt.

Aanpak

Binnen de zorg gaat veel goed. Zorgverleners zetten zich samen met zorginkopers in voor de gezondheid en het welzijn van patiënten en cliënten, en zijn daarmee van grote waarde voor onze samenleving. De Nederlandse zorg is in internationaal perspectief van goede kwaliteit en zeer toegankelijk, ongeacht inkomen en gezondheidstoestand. Net als de maatschappij en de mensen waaraan zorg verleend wordt, is de zorg altijd in beweging. Het stelsel is nooit af: verbeteringen kunnen altijd worden aangebracht.

De TW ziet mogelijkheden om de uitgaven in de zorg te beheersen op een manier die ook de kwaliteit van zorg in stand houdt of zelfs verbetert, zonder dat de toegankelijkheid van de zorg wordt aangetast. De TW werkt deze mogelijkheden uit langs drie lijnen voor versterking van het zorgstelsel:

1. Gepast gebruik

Gepast gebruik betekent dat de zorg die mensen krijgen beter aansluit bij hun zorgvraag. Zowel overbehandeling als onderbehandeling kan leiden tot onnodige kosten. Gepast gebruik is belangrijk om de zorg beschikbaar te houden voor iedereen die zorg nodig heeft.

2. Zorg op de juiste plek

Zorg op de juiste plek betekent dat zorg daar geleverd wordt waar die de meeste waarde heeft. De afweging tussen afstand tot zorg en kwaliteit is daarbij ook van belang. Dichterbij maakt toegankelijker. Maar als de kwaliteit elders aanzienlijk beter is, dan loont het ook om daarvoor verder te reizen.

3. Eenvoud en samenhang

Eenvoud en samenhang betekent dat de zorg voor mensen is georganiseerd op een manier die logisch, duidelijk en uitlegbaar is. De juiste zorg moet eenvoudig te vinden zijn en daarbij moet duidelijk en begrijpelijk zijn op welke zorg iemand recht heeft en tegen welke kosten.

De TW heeft, gegeven zijn taakopdracht, niet gekeken naar intensiveringen in de zorg die per saldo leiden tot hogere zorguitgaven. Deze zijn uitgewerkt in de intensiveringslijst van het ministerie van Financiën.

Drie rode draden voor betere zorg en betere beheersing van uitgaven

Gepast gebruik:

- *Meer aandacht voor het nut van behandelen voor de patiënt*
Van lang niet alle behandelingen die onderdeel zijn van het verzekerd pakket is de effectiviteit wetenschappelijk onderbouwd. Daarnaast is niet voor iedereen dezelfde behandeling effectief. Het Zorginstituut kan met het programma "Zinnige Zorg" meer richting geven aan het effectief toepassen van behandelingen. Maar minstens even belangrijk, is de afweging van de voor- en nadelen van behandelen voor de individuele patiënt. Het nut van behandelen voor de patiënt moet een grotere rol krijgen door het vergroten van de kennis over effectiviteit en door meer ruimte te bieden aan het gesprek met de patiënt.
- *Zorgverlening beter afstemmen op de individuele situatie*
De curatieve zorg is primair ingericht langs specialismen, terwijl steeds meer patiënten meerdere aandoeningen hebben en dus door meerdere specialismen worden behandeld. De behandelingen van verschillende aandoeningen kunnen elkaar beïnvloeden met mogelijke complicaties als gevolg. De zorg voor deze patiënten kan beter en doelmatiger door deze vanuit het totaalbeeld van de patiënt te organiseren. Langdurige zorg in de Wlz is via zorgzwaartepakketten direct gekoppeld aan de indicatie, wat weinig ruimte biedt voor verschillen in individuele omstandigheden van cliënten en voor maatwerk.
- *Het pgb dient de budgethouder*
Het pgb is voor veel mensen een uitkomst en levert vaak goede op de persoon toegesneden zorg op. In de loop der tijd is het pgb in steeds meer gevallen ook anderen gaan dienen dan enkel de budgethouder. Bijvoorbeeld als (vervangend) inkomen voor naasten, als financiering van zorgaanbod door (reguliere) zorgaanbieders en als bron van verdiensten voor bemiddelaars en ondersteuners. Budgethouders zijn voor het beheer van hun pgb veelal aangewezen op anderen. Gepaste inzet van het pgb betekent dat het primair de budgethouder dient.
- *Bredere verspreiding van doelmatige innovaties*
Innovatie die leidt tot betere zorg is wenselijk, mits de kosten in verhouding staan tot de baten. Hoewel er op lokale en experimentele basis innovaties zijn die de zorg verbeteren, is opschaling van die innovaties in de praktijk vaak een probleem.
- *Vergroten van de waarde van zorg met preventie*
Effectieve preventie kan meer gezonde levensjaren opleveren dan het genezen van ziektes en het verhelpen van beperkingen. Daarom is het wenselijk om meer te weten over de vraag welke interventies effectief de gezondheid verbeteren. Met name op de korte en middellange termijn kan preventie ook zorgkosten besparen. Op de lange termijn kan een hogere levensverwachting de zorgkosten verhogen, maar daar staan extra levensjaren in goede gezondheid tegenover.

Zorg op de juiste plek:

- *Meer zorg vanuit instellingen in de tweede lijn naar de eerste lijn of thuis*
Een aanzienlijk deel van de zorg die nu in instellingen in de tweede lijn, zoals ziekenhuizen en GGZ-instellingen, plaatsvindt kan dichterbij huis worden geleverd. In de eerste lijn, of zelfs thuis, met gebruik van innovatie ICT- en hulpmiddelen. De potentie voor het verplaatsen van zorg is vooral groot bij zorg die laagcomplex is en veel voorkomt. Zorg dichterbij is niet alleen toegankelijker voor de patiënt, maar is vaak ook doelmatiger. Om zorg uit de tweede lijn binnen de eerste lijn en thuis over te nemen, is meer samenwerking van zorgverleners nodig.
- *Specialisatie van zorg waar dat de kwaliteit verhoogt*
Wanneer een complexe behandeling relatief weinig voorkomt, kan specialisatie nodig zijn om de kwaliteit hoog te houden of te verbeteren. Wanneer daarmee complicaties en nabehandelingen verminderen, verlaagt dat ook de kosten. De introductie van volumenormenten kan daarbij helpen, maar vereist ook meer informatie over de relatie tussen volume en

kwaliteit. Specialisatie gaat hand in hand met het verplaatsen van zorg naar de eerste lijn en thuis, en naar ziekenhuizen die in andere behandelingen specialiseren of een breed basispakket hebben. Een te grote omvang van ziekenhuizen moet worden voorkomen.

- *Minder groei van het zorgaanbod in de tweede lijn*
Wanneer meer zorg in de directe omgeving van de patiënt plaatsvindt, is er minder behoefte aan instellingszorg in de tweede lijn, met name van ziekenhuizen en GGZ-instellingen. Ook het leveren van meer gepaste zorg verlaagt de vraag naar zorg in deze instellingen.
- *Zorgverleners belonen voor waarde van zorg*
Inkomsten van zorgverleners in de tweede lijn zijn in de huidige situatie grotendeels afhankelijk van de hoeveelheid zorg die zij zelf leveren. Dit kan ertoe leiden dat niet alleen het belang van de patiënt centraal staat bij de keuze tot behandeling, maar ook het inkomen van de specialist. Het is daarom wenselijk dat zorgverleners in de medisch-specialistische zorg anders worden beloond. Het participatiemodel of loondienst passen als verdienmodellen beter bij de gewenste beweging in de zorg. Daarnaast is ook van belang dat de inkomsten van instellingen meer afhankelijk worden van de uitkomsten van de zorg die zij leveren, en minder van de hoeveelheid zorg.
- *Ook in de langdurige zorg moet voorop staan dat mensen de zorg krijgen die ze nodig hebben en niet de wijze van bekostiging*
De zorg is verdeeld over Wmo (voorziening, maatwerk, gemeenten), Zvw (recht, wijkverpleging, zorgverzekeraars) en Wlz (recht, standaardprofielen, zorgkantoren). Door verschillen tussen de wettelijke domeinen krijgen sommige mensen te veel zorg, anderen te weinig en komt het voor dat mensen bij de overgang van Wmo/Zvw naar Wlz minder zorguren krijgen maar een hogere eigen bijdrage moeten betalen. Dit heeft te maken met de verschillen in het proces van indicatiestelling, de precieze aanspraken, de opbouw van de tarieven, de eigen bijdragen en de prikkels van de verantwoordelijke partijen en vraagt om nadere stroomlijning.

Eenvoud en samenhang:

- *Meer samenhang van de zorg voor mensen met een grote zorgbehoefte*
Zowel voor mensen die veel curatieve zorg nodig hebben als voor mensen die veel langdurige zorg gebruiken, is het belangrijk dat de zorg die zij ontvangen goed op elkaar is afgestemd. Dat vraagt om coördinatie tussen zorgverleners, maar ook om een centraal aanspreekpunt voor de patiënt of cliënt. Het inzetten van breed geschoolde zorgverleners als casemanager is daarbij behulpzaam. Dit vraagt om het opleiden van meer generalistische zorgverleners zoals HBO-verpleegkundigen en geriaters en minder inzet op (super)specialisten.
- *Vergelijkbare zorg voor cliënten in een vergelijkbare situatie*
Zoals reeds geconstateerd kunnen voor zorg thuis de eigen betalingen verschillen afhankelijk van het domein waar de zorg wordt geleverd. Een ander verschil is dat bij het toekennen van zorg in de Wmo en de Zvw rekening wordt gehouden met de sociale context en in de Wlz niet. Deze verschillen kunnen de keuze voor zorg beïnvloeden, terwijl idealiter uitsluitend de zorgbehoefte leidend is bij die keuze. Vergelijkbare cliënten moeten vergelijkbare zorg krijgen die aansluit bij hun zorgbehoeften tegen vergelijkbare kosten onafhankelijk van het domein dat de zorg levert.
- *Overzichtelijker polisaanbod op de zorgverzekeringsmarkt*
De keuze voor een zorgpolis is te ingewikkeld geworden door het grote aanbod van verschillende polissen, waarbij het vooral gaat om de herverpakkingen van inhoudelijk vergelijkbare polissen via collectiviteiten, tussenpersonen en labels. Het aantal collectiviteiten is groot, terwijl de inhoudelijke voordelen tegenvallen. Er worden maar beperkt zorginhoudelijke afspraken gemaakt en de collectiviteitskorting wordt veelal niet terugverdiend via de zorginkoop, maar gedekt uit een opslag op de premie. Het is wenselijk dat collectiviteiten alleen bestaansrecht hebben, wanneer zij onderscheidend zijn door de inhoud van de zorginkoop. Verder dienen polissen duidelijk te zijn over welke zorg gecontracteerd is en over vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg.

- *Minder administratieve lasten en betere informatie*
Een paradox in de zorg is dat er enerzijds heel veel wordt geregistreerd en er anderzijds te weinig bruikbare informatie over de kwaliteit van zorg is. Beide zaken vormen een reëel probleem. Het is nodig om ze zoveel mogelijk gelijktijdig in samenhang aan te pakken. Dat kan door de informatie die zorgverleners moeten aanleveren terug te brengen tot de kern van gegevens die echt bijdragen aan inzicht in de uitkomsten van zorg. Voor die kerngegevens is een plicht om de gegevens te registreren en inzichtelijk te maken wenselijk, zodat informatie bruikbaar is voor patiënten en zorginkopers.
- *Betere (internationale) samenwerking bij beheersing van de uitgaven aan geneesmiddelen*
De prijzen van dure geneesmiddelen, veroorzaakt door de marktmacht van farmaceutische bedrijven, leggen steeds meer druk op de zorguitgaven. Samenwerking op nationaal niveau tussen alle partijen is essentieel. Helaas zijn de mogelijkheden van zowel zorgverleners als van Nederland als geheel om tegenwicht te bieden beperkt. Dus zal zo breed mogelijk moeten worden samengewerkt met andere landen bij de onderhandeling van medicijnprijzen en bij het pleiten voor verandering van Europese regels die de hoge medicijnprijzen mogelijk maken.

Advies

De TW adviseert een nieuw kabinet in te zetten op gezonde groei van de collectieve zorguitgaven door te streven naar een groei die gelijk oploopt met de economische groei. De TW adviseert rondom de drie lijnen, gepast gebruik, zorg op de juiste plek en eenvoud en samenhang, een coherent pakket aan maatregelen. Dit pakket draagt in zijn geheel bij aan beheersing van de zorguitgaven en aan de kwaliteit van zorg.

De gewenste verbeteringen komen niet vanzelf tot stand en vragen om nieuw of aanvullend beleid. Veel verbeteringen die de TW voorstelt, met name in de curatieve zorg, vragen om een nieuwe werkwijze van partijen. Medewerking van deze partijen bij de implementatie van het beleid is belangrijk. Daarom adviseert de TW om in elk geval voor vier sectoren in de Zvw (medisch-specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, eerste lijn en wijkverpleging) te streven naar nieuwe bestuurlijke akkoorden. Daarnaast presenteert de TW een pakket aan aanvullende maatregelen op andere zorgterreinen.

Hoewel de preferente optie van de TW het sluiten van akkoorden is, kan het kabinet ook vervangend beleid voeren om de beoogde beleidsdoelen te bereiken, wanneer het sluiten van akkoorden onverhoopt niet lukt. Als het kabinet ervoor kiest om al in de komende kabinetsperiode de zorguitgaven niet harder te laten groeien dan het BBP, dan zijn zowel met als zonder akkoorden extra maatregelen nodig buiten de drie rode draden om. Deze maatregelen verschuiven collectieve zorguitgaven naar private uitgaven. Een toelichting op de geadviseerde inhoud van akkoorden en alle afzonderlijke maatregelen wordt gegeven in hoofdstuk 3 van het rapport, zie ook de grafische weergave in figuur 3.

Bij het sluiten van nieuwe zorgakkoorden adviseert de TW om rekening te houden met de lessen die zijn geleerd uit de ervaring met akkoorden in de afgelopen kabinetsperiode. Dat betekent dat nieuwe zorgakkoorden zich niet beperken tot inhoudelijke hoofdlijnen en budgettaire afspraken, maar afspraken bevatten die ook voor de inhoudelijke doelen concreet en meetbaar zijn. Daarbij bevatten zorgakkoorden afspraken over de maatregelen die worden getroffen, indien de inhoudelijke afspraken niet worden nagekomen of wanneer de economische situatie om aanvullend beleid vraagt. Waar zorgakkoorden inhoudelijk overlappen worden afspraken tussen sectoren afgestemd. Een bestuurlijk zorgakkoord in de langdurige zorg en ondersteuning kan daarbij wenselijk zijn.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en taakopdracht

De groei van de collectieve zorguitgaven¹ is de afgelopen jaren afgeremd, mede dankzij overheidsbeleid en daaruit volgende inspanningen van zorgverleners, zorgverzekeraars, patiënten en cliënten, en gemeenten. De groei bedroeg in de periode 2011-2016 gemiddeld 1,2 procent per jaar in reële termen² en liep daarmee in de pas met de groei van het BBP van gemiddeld 1,2 procent per jaar in dezelfde periode³. Dat betekent dat de collectieve uitgaven aan de zorg in verhouding tot ons inkomen in de afgelopen jaren gelijk zijn gebleven. Dat is echter allesbehalve een vanzelfsprekendheid. De zorg groeide in de periode 2005-2010 nog ruim drie keer zo hard als de economie: de collectieve zorguitgaven namen toen met gemiddeld 4,5 procent per jaar toe in reële termen, het BBP met 1,3 procent.

Om de groei van de zorguitgaven te beheersen zijn de afgelopen periode verschillende maatregelen genomen. Zo heeft de minister van VWS voor de curatieve zorg hoofdlijnenakkoorden gesloten met zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars⁴ en heeft de staatssecretaris van VWS de langdurige zorg hervormd. Overig beleid dat een belangrijke rol heeft gespeeld bij het beperken en beheersen van de groei van de zorguitgaven, zijn de toename van het risico dat zorgverzekeraars lopen bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de verhoging van het eigen risico. Daarnaast zijn specifieke maatregelen genomen zoals het voeren van prijsonderhandelingen voor dure geneesmiddelen op nationaal niveau. De economische crisis had eveneens een dempend effect op de zorguitgaven⁵.

Na een periode waarin de groei van de zorguitgaven een grillig verloop kende, is het groeipad de afgelopen jaren betrekkelijk stabiel geweest. In de jaren negentig domineerde de aanbodbeheersing in de zorg. Betrekkelijk lage groei leidde tot wachtlijsten en een gepercipieerde verschraling van de zorg. Rond de millenniumwisseling leidde dat via 'boter bij de vis' tot een zeer forse inhaalgroei. Halverwege het vorige decennium was er opnieuw sprake van een forse groeiversnelling. Sinds 2010 is sprake van een lagere en stabielere groei van de zorguitgaven.

Het CPB heeft begin 2016 voor de zorguitgaven in de komende kabinetperiode een gemiddelde jaarlijkse reële groei van 3,4 procent geraamd⁶. Dit betekent dat de zorg naar verwachting bijna twee keer zo hard zal groeien als het BBP. Daarmee blijft de betaalbaarheid van de zorg een belangrijke maatschappelijke opgave. De geraamde collectieve zorguitgaven (= de netto-BKZ-uitgaven) bedragen € 68,5 mld in 2017 en vormen een belangrijke uitgavenpost op de Rijksbegroting. Bij ongewijzigd beleid beslaan de collectieve zorguitgaven in 2021 ruim € 80 mld nominaal, circa een derde van de overheidsuitgaven en circa 10 procent van het BBP.

¹ In dit rapport worden drie definities van de groei van de zorguitgaven gebruikt: nominale groei, reële groei en volumegroei. De nominale groei is de groei in lopende prijzen. De reële groei corrigeert voor de prijsstijging van het bbp, een maat voor de algemene inflatie. De volumegroei corrigeert voor de loon- en prijsstijgingen in de zorg bovenop de algemene inflatie. De nominale groei is daarom hoger dan de reële groei in dezelfde periode, en de reële groei is weer hoger dan de volumegroei.

² Ministerie van VWS, begroting 2017

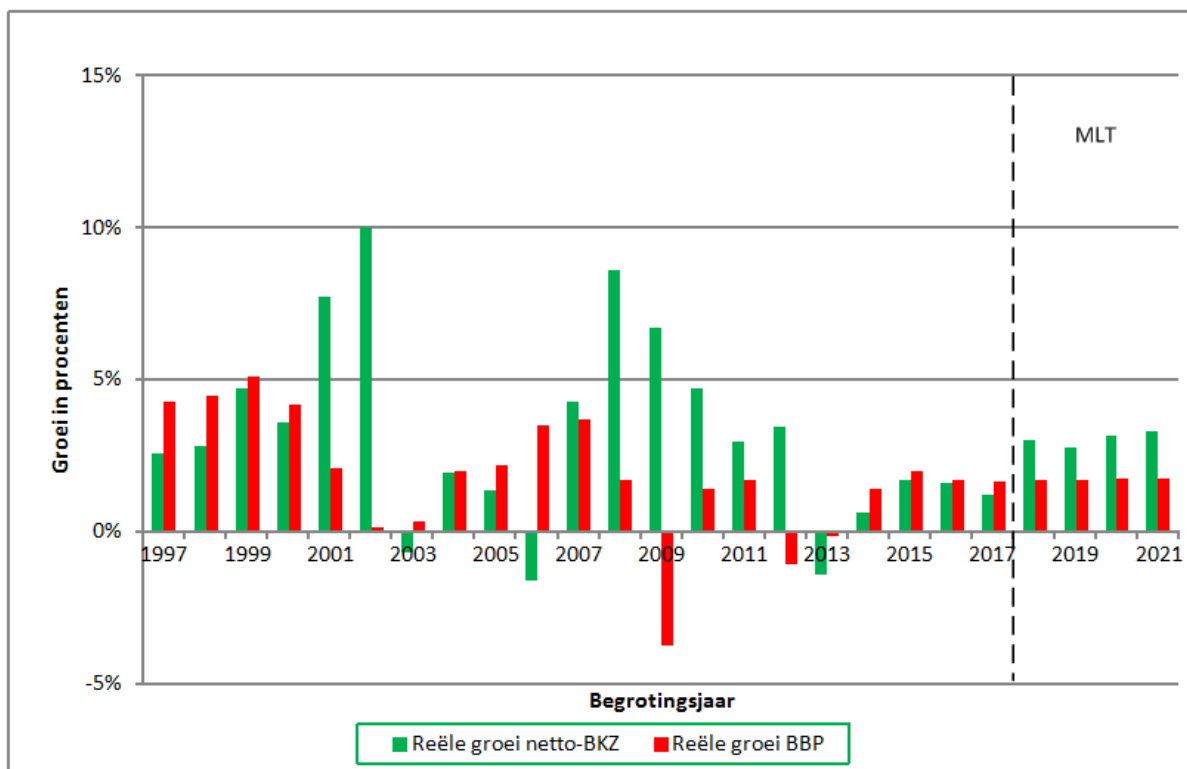
³ CBS Statline, Nationale Rekeningen februari 2017

⁴ Algemene Rekenkamer, 6 december 2016, Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4 Zorgakkoorden

⁵ OECD Health Statistics, July 2015, FOCUS on health spending

⁶ CPB Achtergronddocument, 30 maart 2016, Een raming van de zorguitgaven 2018-2021. De nominale groei van de zorguitgaven bedroeg in deze raming 4,9 procent, de reële groei 3,4 procent en de volumegroei 2,7 procent. Deze raming is door het CPB geactualiseerd in de Macro-economische Verkenning (MEV) 2017 en nogmaals in het Centraal Economisch Plan (CEP) 2017. De budgettaire doelstelling en de budgettaire effecten van de maatregelen in het advies van de TW zijn gebaseerd op de raming ten tijde van de MEV 2017.

Figuur 1: Reële groei netto-BKZ en groei BBP 1997-2021



Bronnen: ministerie van VWS, begroting 2017; CPB, MEV 2017; CBS Statline

De Studiegroep Begrotingsruimte ziet voor de komende kabinetsperiode geen dwingende noodzaak voor rijksbrede netto ombuigingen⁷. Er zijn geen acute zorgen meer over de overheidsfinanciën. Het EMU-saldo van de overheid groeit naar verwachting richting een klein feitelijk overschot⁸, er is sprake van een beperkt houdbaarheidsoverschot en de staatsschuld wordt verder afgebouwd. Wel wijst de Studiegroep erop dat de zorguitgaven het overgrote deel van de geraamde uitgavengroei in de komende kabinetsperiode in beslag nemen, namelijk tweederde van de totale groei van de overheidsuitgaven. Bovendien stagneert de koopkracht, omdat de zorgpremies meestijgen met de collectieve zorguitgaven⁹. Als een nieuw kabinet extra wenst te investeren in maatschappelijke prioriteiten zoals onderwijs en veiligheid, of als het kabinet de achterblijvende koopkracht wil verbeteren, dan kan dat onder meer door de groei van de collectieve zorguitgaven te beperken. Ook voor gerichte investeringen in de zorg kan binnen de zorg zelf ruimte worden vrijgespeeld.

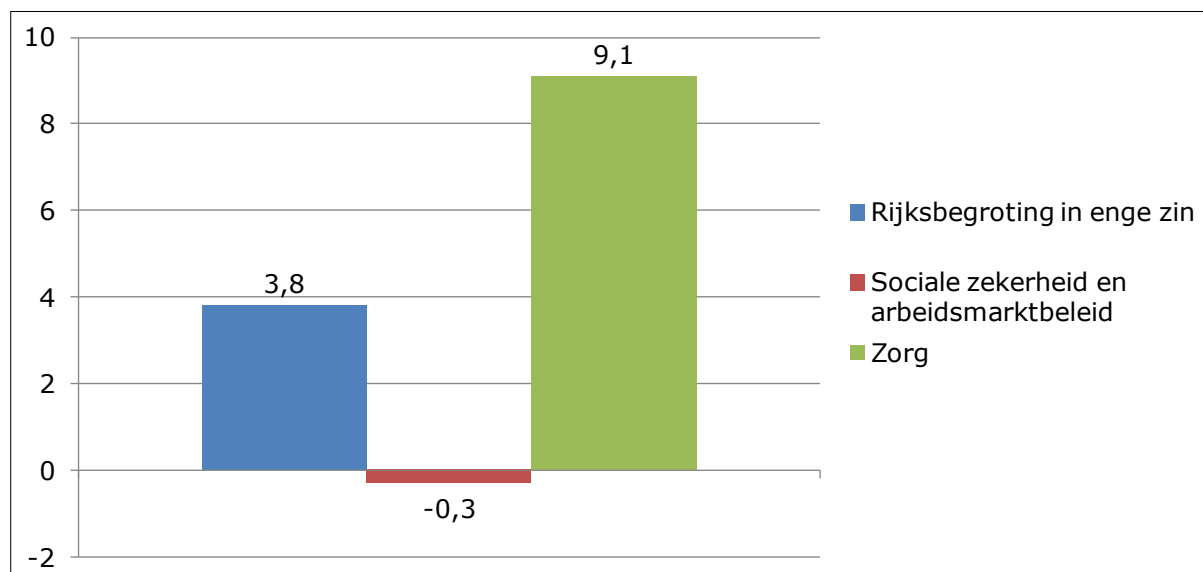
Wel wijst de Studiegroep Begrotingsruimte op een nog steeds aanwezig risico op de lange termijn voor de overheidsfinanciën door harder groeiende zorguitgaven. De MLT-raming van de zorguitgaven van het CPB laat een jaarlijkse groei zien van 3,4 procent reël en 4,9 procent nominaal. Oorzaken van de stijgende kosten liggen zowel in meer zorggebruik, onder andere door demografische ontwikkelingen zoals bevolkingsgroei en vergrijzing, als in hogere kosten per behandeling. In de MLT-raming gaat het CPB ervan uit dat het beleid ongewijzigd blijft.

⁷ <https://www.rijksoverheid.nl/regering/inhoud/bewindspersonen/jeroen-dijsselbloem/documenten/rapporten/2016/07/01/15e-rapport-studiegroep-begrotingsruimte-van-saldosturing-naar-stabilisatie>

⁸ Inmiddels wordt al voor 2016 begrotingsevenwicht voorzien, zie <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/02/23/kamerbrief-voorlopige-overheidsontvangsten-2016>

⁹ In Keuzes in Kaart heeft het CPB overigens de technische aanname gehanteerd dat extra collectieve uitgaven in de zorg ten laste gaan van het overheidssaldo. In de vigerende praktijk zullen extra uitgaven echter gepaard gaan met een premieverhoging (lastendekkende premies) die in het koopkrachtbeeld ingepast moeten worden.

Figuur 2: Reële uitgavenmutatie per kader 2018-2021 (€ mld)



Bron: CPB MLT 2018-2021¹⁰

Op de lange termijn is een reële groei van de zorguitgaven van 3,4 procent niet houdbaar, omdat dit groeipercentage de verwachte stijging van het BBP ver overtreft.

Hoewel de economische groei weer aantrekt, zal naar verwachting de groei van de zorguitgaven nog steeds fors hoger zijn. Wanneer de collectieve zorguitgaven langdurig sterker groeien dan het BBP, gaan deze steeds meer concurreren met andere collectieve uitgaven, zoals onderwijs, sociale zekerheid en veiligheid. Ook groeit de druk op de verplichte solidariteit en de arbeidslasten.

Blijvende inspanning is nodig om de zorguitgaven te beheersen en daarbij de kwaliteit en de toegankelijkheid te waarborgen. De ministers van VWS en Financiën hebben de Technische werkgroep Beheersinstrumentarium Zorguitgaven (TW) ingesteld met het verzoek voorstellen te doen om de beheersing en houdbaarheid van de zorguitgaven te verbeteren. Deze voorstellen worden zonder kabinetsreactie aan de Tweede Kamer aangeboden. De taakopdracht en een omschrijving van het beheersinstrumentarium dat in de afgelopen jaren is gebruikt om de zorguitgaven te beheersen staan respectievelijk in bijlage 1 en bijlage 2.

1.2 Uitgangspunten

De TW neemt conform de taakopdracht het huidige stelsel als uitgangspunt. Vergelijkend onderzoek laat zien dat verbetering van de doelmatigheid in alle verschillende zorgstelsels mogelijk is, maar dat tegelijkertijd geen enkel stelsel systematisch het beste scoort op doelmatigheid. De vormgeving van het stelsel lijkt minder belangrijk dan de wijze waarop de verschillende partijen binnen een stelsel hun rol oppakken¹¹. De Studiegroep Duurzame Groei pleit voor terughoudendheid op het vlak van stelselwijzigingen. Er is momenteel geen aanleiding voor grote hervormingen die aanzienlijke transitiekosten met zich meebrengen¹². Mede hierom is het startpunt voor de TW de hervorming van de langdurige zorg en het privaatrechtelijk stelsel binnen publieke randvoorwaarden in de curatieve zorg.

Voor 2006 kende Nederland een duaal stelsel voor de curatieve zorg met ziekenfondsen en private zorgverzekeraars. Dat leidde tot een tweedeling in de zorg, waarbij mensen die onder het ziekenfonds vielen niets te kiezen hadden en privaat verzekerden last hadden van risicoselectie en niet of nauwelijks konden wisselen van zorgverzekeraar. De oude ziekenfondsen

¹⁰ CPB Boek 21, 30 maart 2016, Middellangetermijnverkenning 2018-2021

¹¹ OECD, mei 2010, Joumard, I., C. André and C. Nicq (2010), Health Care Systems: Efficiency and Institutions

¹² Studiegroep Duurzame Groei, juli 2016, Rapport werkgroep Zorg

hadden een beperkte prikkel om hun best te doen voor hun verzekerdenpopulatie. De Rijksoverheid speelde een bepalende rol in het zorgstelsel met strakke regulering van capaciteit en tarieven. De curatieve zorg kende aanzienlijke wachttijsten¹³.

Met de introductie van één zorgverzekeringswet in 2006 is de toegankelijkheid van de zorg verbeterd. Met de introductie van de Zvw is de scheiding tussen ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeringen opgeheven. Daarmee is de risicosolidariteit en de toegankelijkheid van de zorg toegenomen. Lagere en hogere inkomens hebben binnen het basispakket toegang tot dezelfde zorg. Zorgverzekeraars hebben, daartoe aangespoord door een toenemende risicodragendheid, de afgelopen jaren bovendien bijgedragen aan de betaalbaarheid van de zorg. Zo is veel geld bespaard dankzij het door hen gevoerde preferentiebeleid voor geneesmiddelen. Zorgverzekeraars hebben ook de lagere uitgavengroei die is afgesproken in de hoofdlijnenakkoorden doorvertaald naar de zorginkoop. De nettobijdrage van de laagste inkomens aan zorg (inclusief zorgtoeslag) is sinds 2005, het laatste jaar waarin de ziekenfondsen bestonden, gedaald¹⁴. De zorg in ons land is in internationaal perspectief zeer toegankelijk en van goede kwaliteit¹⁵.

De langdurige zorg is in 2015 grondig hervormd. Het uitgangspunt van de hervorming is de wens van mensen om langer thuis te kunnen blijven wonen. Die wens loopt parallel met de noodzaak de houdbaarheid van de zorgkosten te borgen. De voormalige AWBZ is vervangen door de meer persoonsgerichte Wet langdurige zorg (Wlz) voor mensen met een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Het gaat om de meest kwetsbare mensen, zoals ouderen met vergevorderde dementie, ernstige somatische problematiek, ernstig verstandelijk of lichamelijk beperkte mensen en mensen met langdurige psychiatrische aandoeningen. Extramuraal verzorging en verpleging is overgeheveld naar de Zvw en zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk geworden voor de inkoop. Begeleiding en dagbesteding zijn overgeheveld naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Met deze wet hebben gemeenten de opdracht om mensen met een beperking in het participeren ondersteuning te bieden, mee te laten doen in de samenleving en in staat te stellen thuis te blijven wonen.

In elk wettelijk domein van het huidige zorgstelsel spelen zorginkopers een centrale rol. In de curatieve zorg (Zvw) koopt de zorgverzekeraar zorg in namens zijn verzekerden. In de langdurige zorg (Wlz) koopt het zorgkantoor de zorg in, en in de Wmo is dat de gemeente. Zorginkopers kunnen met zorgverleners afspraken maken welke zorg wordt geleverd tegen welke prijs, hoe die zorg wordt geleverd en hoe daarbij rekening wordt gehouden met de zorgbehoefte van patiënten en cliënten. De rol van de zorginkoper is cruciaal in het stelsel. Patiënten en cliënten hebben immers zelf vaak niet de kennis, de mogelijkheden of de prikkel om met zorgverleners te onderhandelen over de beste zorg tegen een betaalbare prijs. Ook hebben zij vaak weinig zicht op innovaties die de zorg kunnen verbeteren. Wanneer het zorgstelsel goed werkt, dan koopt de zorginkoper de meest doelmatige zorg in. Dat wil zeggen dat hij de afweging maakt tussen kwaliteit en kosten, rekeninghoudend met de wensen van patiënten, cliënten en verzekerden.

Het zorgstelsel zal altijd in beweging blijven door maatschappelijke ontwikkelingen en de noodzaak de zorguitgaven te beheersen: een stelsel is nooit af. Doel is het stelsel zo aan te passen dat het aansluit op de maatschappelijke ontwikkelingen en het waar nodig te verbeteren. Er is niet één partij die voldoende doorzettingsmacht heeft om dit te doen. Dit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle partijen. In de Zvw hebben partijen gezamenlijk de uitgaven beheerst. De langdurige zorg is hervormd, maar de transitie is nog niet af. Voor beide stelsels geldt dat nu stappen kunnen en moeten worden gezet naar meer doelmatigheid, betere kwaliteit en de houdbaarheid op lange termijn. Dit vergt een ambitieuze aanpak.

¹³ Notitie "Wachttijden in de curatieve zorg", Tweede Kamer, 1996-1997, 25170, nr. 1

¹⁴ zie antwoord op vraag 412 op pagina 133 in <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2015/10/28/antwoordbrief-schriftelijke-vragen-bij-de-vws-ontwerpbegroting-2016>

¹⁵ Zie o.a. Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index (EHCI) 2016

1.3 Aanpak

De TW ziet mogelijkheden om het stelsel te verbeteren en te vereenvoudigen langs drie lijnen:

- 1. Door de zorg die mensen krijgen beter aan te laten sluiten bij wat ze nodig hebben. Niet te veel, en ook niet te weinig.** Dit vraagt wat van artsen, verpleegkundigen en anderen werkzaam in de zorg, maar ook van mensen zelf. Zorgen voor jezelf door een gezonde leefstijl, door de doktersadviezen op te volgen en door medicijnen trouw te nemen. Zorgen voor elkaar om langer thuis te kunnen wonen. Artsen gaan nog beter letten op welke behandeling het beste bij hun patiënt past en welke behandelingen misschien overbodig zijn. Ook nemen ze meer tijd voor een goed gesprek met hun patiënt. En zorgverleners gaan beter samenwerken bij het behandelen van mensen die verschillende aandoeningen hebben. Niet langer aan elke zorgverlener opnieuw je verhaal moeten vertellen. Zo wordt er minder verspild in de zorg door dubbel werk, te veel of te weinig behandelen en onnodige complicaties. Daarbij komt de uitkomst in termen van gezondheid en kwaliteit van leven meer centraal te staan. Dan ontstaat ook meer aandacht voor preventie. Voorkomen is beter dan genezen.
- 2. Door zorg daar aan mensen te verlenen waar die het beste past. Dichtbij huis als dat kan, in een gespecialiseerd ziekenhuis als dat nodig is voor de beste kwaliteit.** Veel zorg waar mensen nu nog voor naar het ziekenhuis moeten, kan ook dicht bij huis plaatsvinden bijvoorbeeld in de huisartspraktijk of het gezondheidscentrum. Denk ook aan e-consulten en zelfmanagement met behulp van innovatieve hulpmiddelen. Dat geldt ook voor bepaalde zorg in GGZ-instellingen. De begeleiding van mensen met een chronische ziekte kan eveneens dicht bij huis worden geregeld door de huisarts, één van zijn praktijkondersteuners en/of de wijkverpleegkundige. Waar nodig kijkt de specialist in het ziekenhuis op afstand mee. De patiënt of cliënt moet kunnen rekenen op 'vertrouwde gezichten'. Zorg dichtbij is veelal prettiger voor de patiënt en kost vaak ook minder dan zorg in het ziekenhuis. Meer zorg dichtbij is dus goed voor de patiënt en voor de zorgkosten. Soms blijft het nodig om naar het ziekenhuis te gaan. Dat kan in een ziekenhuis in de regio met een breed aanbod. Voor ingewikkelde behandelingen, die niet zo vaak voorkomen, kan het uit het oogpunt van kwaliteit nodig zijn dat patiënten verder moeten reizen.
- 3. Door de organisatie van de zorg voor mensen eenvoudiger en logischer te maken. Het moet eenvoudig zijn om zorg en ondersteuning te regelen en duidelijk zijn welke zorg en ondersteuning mensen kunnen krijgen.** De keuze voor een zorgverzekeraar wordt eenvoudiger door het aantal polissen waar mensen uit moeten kiezen te verminderen en de verschillen tussen de polissen duidelijker te maken. Daarbij moet de zorg die je nodig hebt bepalen welke zorg je krijgt, ongeacht of de gemeente, de zorgverzekeraar of het zorgkantoor de zorg regelt.

Deze drie rode draden zijn voor de TW het aangrijpingspunt om de kwaliteit van zorg te verbeteren en de uitgavengroei te beheersen. Hiervoor moet een beweging op gang gebracht worden. De zorgvraag van de burger komt centraal te staan. Slimme en innovatieve verbeteringen leveren betere zorg op voor patiënten en cliënten en beperken de kosten voor de burger. In dit rapport worden daartoe de mogelijkheden geschetst. Eerst wordt een analyse van de ontwikkelingen in de zorg gegeven. Daarbij is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaand onderzoek, aangevuld met eigen analyses.

Het CPB heeft in 2015 Zorgkeuzes in Kaart uitgebracht. Het CPB rekent sinds 1986 op verzoek van politieke partijen de verkiezingsprogramma's door. Om deze doorrekening voor de zorg verder te verbeteren heeft het CPB in samenwerking met de ministeries van VWS, Financiën, Economische Zaken en Algemene Zaken buiten de verkiezingsperiode een breed scala aan maatregelen voor de zorg geïnventariseerd bij politieke partijen. Voor ruim honderd losse beleidsmaatregelen zijn de (gedrags)effecten onderzocht en waar mogelijk de budgettaire effecten

gekwantificeerd. Het resultaat is gepresenteerd in het rapport Zorgkeuzes in Kaart¹⁶. De TW heeft zich gegeven de taakopdracht niet beziggehouden met mogelijke intensiveringen in de zorg. Deze zijn uitgewerkt in de intensiveringslijst van het ministerie van Financiën.

De TW presenteert een coherent pakket aan maatregelen om de zorg verder te verbeteren en de zorguitgaven te beheersen. De TW legt bij het samenstellen van het pakket aan maatregelen de nadruk op het bevorderen van de doelmatigheid, met aandacht voor behoud of verbetering van de kwaliteit en de toegankelijkheid. De TW presenteert eveneens een extra pakket aan maatregelen waarmee de zorguitgaven al in de komende kabinetsperiode in de pas lopen met het BBP. Daarvoor is het nodig om maatregelen te nemen die verder af staan van de drie rode draden. Deze maatregelen verschuiven collectieve zorguitgaven naar private uitgaven. Voor de invulling van de pakketten baseert de TW zich op maatregelen die zijn uitgewerkt in Zorgkeuzes in Kaart, Keuzes in Kaart 2018-2021¹⁷, de ombuigingslijst van het ministerie van Financiën en een beperkt aantal nieuwe maatregelen die niet in deze publicaties zijn opgenomen. Het CPB herkent de bedragen van de afzonderlijke maatregelen uit het rapport van de TW. Met betrekking tot de mogelijke opbrengst van zorgakkoorden merkt het CPB op dat hiervoor ten tijde van het regeerakkoord de werkwijze uit de Startnotitie Keuzes in Kaart¹⁸ zal worden gevolgd. Dat betekent dat maximaal € 1,2 mld in 2021 kan worden ingeboekt als partijen de intentie hebben om tot een hoofdlijnenakkoord te komen met een generiek macrobeheersingsinstrument (MBI) als stok achter de deur. Indien akkoorden met een hogere besparing worden nagestreefd, geflankeerd door extra waarborgen voor het bereiken van de besparing, dan zal het CPB deze waarborgen bij de doorrekening van het regeerakkoord betrekken. Indien daadwerkelijk zorgakkoorden met een hogere besparing overeengekomen worden, zal het CPB het effect van het onderhandelingsresultaat op de zorguitgaven op dat moment beoordelen.

¹⁶ Zorgkeuzes in Kaart: Analyse van beleidsalternatieven voor de zorg van tien politieke partijen. CPB Boek 14, 31 maart 2015 en Zorgkeuzes in Kaart: Technische uitwerking van alle afzonderlijke beleidsalternatieven. CPB Boek 15, 31 maart 2015.

¹⁷ CPB boek 28, 16 februari 2017, Keuzes in Kaart 2018-2021.

¹⁸ CPB Notitie, 10 augustus 2016, Startnotitie Keuzes in Kaart 2018-2021.

2. Analyse

2.1 Ruimte voor verbetering van de zorg

Binnen de zorg gaat veel goed, maar er zijn zaken die beter kunnen. De Nederlandse zorg is, ook in internationaal perspectief, van goede kwaliteit en zeer toegankelijk. De TW ziet echter ruimte voor verdere verbetering van de kwaliteit en de beheersing van de zorguitgaven. Deze paragraaf gaat in op de aandachtspunten binnen de zorg waar die verbetering mogelijk is.

2.1.1 Gepast gebruik

Om de zorg beschikbaar te houden voor iedereen die zorg nodig heeft, is gepast gebruik van groot belang. De kosten van de zorg zijn hoog, maar dat zijn de baten ook wanneer zorg goed wordt ingezet. In de curatieve zorg betekent gepast gebruik het voorkomen van zowel overbehandeling als onderbehandeling. Dat leidt tot een hogere kwaliteit van de zorg en lagere kosten. Veel kwetsbare mensen zijn afhankelijk van goede langdurige zorg en ondersteuning. Ook in de langdurige zorg betekent gepast gebruik dat cliënten de zorg krijgen die ze nodig hebben, niet meer en niet minder.

- **Nut van behandelen voor de patiënt verdient een grotere rol.**

Gepast gebruik betekent dat mensen alleen worden behandeld wanneer dat bijdraagt aan de gezondheid van de patiënt. Dat klinkt evident, maar is in de dagelijkse praktijk niet altijd van toepassing. Van een deel van de curatieve behandelingen binnen het verzekerd pakket is de effectiviteit (nog) niet voldoende wetenschappelijk vastgesteld¹⁹. Bovendien kunnen behandelingen voor de ene patiënt wel effectief zijn, maar voor de andere niet effectief of zelfs schadelijk. Het Zorginstituut beoordeelt in het programma "Zinnige Zorg" gepast gebruik van een aantal behandelingen binnen het verzekerd pakket, en stelt daartoe in samenwerking met het veld verbeteradviezen op²⁰. Deze adviezen bieden zorgverleners handvatten om beter te beoordelen in welke situatie een specifieke behandeling nuttig is. Voor de uiteindelijke keuze van een behandeling, of voor het afzien van behandeling, is een afweging van de voor- en nadelen ervan met de patiënt van belang. Naast de medische uitkomst spelen daarbij ook andere overwegingen een rol, zoals de sociale context en het welbevinden van de patiënt. In de zorg is nog veel te winnen door meer ruimte te maken voor inspraak van de patiënt. Dat vraagt van zorgverleners dat zij voldoende tijd nemen voor het gesprek met de patiënt om samen te beslissen. Ook kan de rol die het eigen risico speelt in de afweging van de patiënt beter. De huidige vormgeving van het eigen risico betekent vooral een substantiële drempel voor het eerste zorggebruik in een jaar.

- **Zorgverlening kan beter worden afgestemd op de individuele situatie.**

In de curatieve zorg is de behandeling van aandoeningen doorgaans gekoppeld aan één specialisme. Steeds meer patiënten hebben echter meer dan één aandoening en zijn voor hun zorg aangewezen op meer specialisten. Zo heeft meer dan tweederde van de 65-plussers twee of meer chronische aandoeningen²¹. Behandelingen van die verschillende aandoeningen beïnvloeden elkaar ook onderling. Benadering van de zorg vanuit het totaalbeeld van de patiënt in plaats van uit een specialisme kan daarom veel effectievere zorg opleveren en onnodige complicaties voorkomen. Daarmee stijgt voor deze patiënten de toegevoegde waarde van zorg, terwijl de kosten dalen. In de Wlz krijgen cliënten een zorgzwaartepakket toegewezen, waar een afgebakend recht op zorg aan is gekoppeld. Dat past niet altijd bij de individuele zorgvraag. Zo kan het voorkomen dat in sommige gevallen een cliënt moeite moet doen om zorg thuis waar geen behoefte aan is, niet af te

¹⁹ BMJ Clinical Evidence: 'What conclusions has Clinical Evidence drawn about what works, what doesn't based on randomised controlled trial evidence?' <http://clinicalevidence.bmj.com/x/set/static/cms/efficacy-categorisations.html>

²⁰ <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda>

²¹ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/cijfers-context/prevalentie#node-prevalentie-multimorbiditeit-naar-leeftijd-en-geslacht>

nemen, omdat een partner daarin voorziet. Ook kan het voorkomen dat een cliënt met hetzelfde zorgzwaartepakket behoefte heeft aan meer zorg dan waarin dit pakket voorziet.

- **Het pgb kent verschillende gebruikers en motivaties.**

Met het pgb worden mensen in alle zorgdomeinen in staat gesteld hun eigen zorg te regelen, zelf hun hulpverleners te kiezen en daarmee regie te houden op hun leven²². Het pgb is voor veel mensen een uitkomst en levert vaak goede - op de persoon toegesneden - zorg op. In de loop der tijd is het pgb in steeds grotere mate ook anderen gaan bedienen dan de budgethouder. Naasten kunnen er (vervangend) inkomen uit verwerven, aanbieders gebruiken het om hun (reguliere) zorgaanbod te financieren, en bemiddelaars en ondersteuners zien een mogelijkheid om geld te verdienen aan het pgb. De gemiddelde budgethouder is vaak niet meer de lichamelijk beperkte of gehandicapte volwassene die met het pgb de zorg in zijn leven wil inpassen, maar steeds vaker minderjarig, verstandelijk beperkt of dementerend. De meeste budgethouders in de Wlz (bijna 95 procent) en de Jeugdwet zijn niet in staat om zelf hun pgb te beheren en zijn daarvoor aangewezen op een vertegenwoordiger. Dit geldt in mindere mate in de Wmo en de Zvw. Dat maakt het pgb misbruikgevoelig en kan ertoe leiden dat kwetsbare mensen niet altijd de zorg krijgen die ze nodig hebben. Op informele zorg betaald met een pgb houdt de IGZ geen toezicht. Dit vergroot het risico op onvoldoende zorgkwaliteit. De vraag is in hoeverre het pgb gepast wordt ingezet en of er sprake is van een doelmatige besteding van middelen, wanneer het andere doelen dient dan primair ruimte bieden aan de zorgvraag van de budgethouder. Het pgb in de Wlz heeft de afgelopen periode een aanzienlijke groei laten zien (10 procent per jaar). Dit had gevolgen voor de resterende groeiruimte die beschikbaar was voor zorg in natura. Met deze groeipercentages verdringt het pgb de ruimte voor zorg in natura.

- **Innovaties die zowel de kwaliteit als de betaalbaarheid van zorg verbeteren vragen om betere verspreiding.**

Innovatie in de zorg kan op verschillende vlakken plaatsvinden, zoals procesinnovatie en productinnovatie. Innovatie die leidt tot betere zorg is wenselijk, mits de kosten in verhouding staan tot de baten. Op lokale en experimentele basis zijn er innovaties die tot betere uitkomsten voor cliënten en patiënten leiden, maar die vervolgens weinig navolging vinden. Het interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) Innovatie in de zorg, dat naar verwachting voor de zomer zal verschijnen, gaat nader in op de vraag hoe de uitrol van dergelijke innovaties kan worden verbeterd. Soms zijn de kosten van innovatie echter zeer hoog, terwijl de resultaten (nog) onbekend zijn of een beperkt effect laten zien. Dat is voornamelijk te zien bij de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen. Incidenteel geldt dit ook voor de ontwikkeling van nieuwe behandelapparatuur.

²² Het persoonsgebonden budget is als instrument wettelijk beschikbaar in alle domeinen. De analyse van de TW richt zich primair op het pgb in de Wlz.

Box: Waarom kiezen mensen voor een pgb?

Op dit moment kiezen mensen met de volgende motivaties voor het pgb:

1. Iemand met een (lichamelijke) handicap, die wil deelnemen aan de samenleving (zelfstandig wonen, werk, onderwijs), heeft grote behoefte aan regie over de zorg.
2. Iemand die zijn/haar zorgbehoevende kind of partner thuis wil laten wonen, wil graag regie hebben over de zorg van die naaste.
3. Iemand wil zijn/haar sociale netwerk (buiten eigen leefeenheid) voor een deel kunnen vergoeden in plaats van hen te vragen om de ondersteuning en verzorging vrijwillig en zonder vergoeding op zich te nemen.
4. Iemand met bijvoorbeeld een dementerende partner of een gehandicapt kind kan zichzelf laten uitbetalen voor de zorg die ze hun zorgbehoevende naaste thuis geven.
5. Hulpverleners en aanbieders kunnen zich via het pgb laten financieren, bijvoorbeeld wanneer een kleinschalige aanbieder in de Wlz niet aan een contract komt.
6. Bemiddelaars en ondersteuners in de zorg hebben ook baat bij en (indirect) inkomsten uit het pgb, bijvoorbeeld omdat budgethouders of hun naasten niet altijd zelf de weg vinden naar goede hulpverleners, of omdat aanbieders graag een deel van het beheer van het pgb uitbesteden.

Het pgb is midden jaren negentig in het leven geroepen om de eerstgenoemde motivatie: zelfbeschikking over zorg door zelf het budget (persoonsgebonden) te beheren. De tweede motivatie is erbij gekomen toen het pgb werd verbreed naar andere grondslagen dan lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten. De keuze voor het pgb ligt dan dus bij een naaste. De derde tot en met de vijfde motivatie zijn voortgekomen uit de mogelijkheden die het pgb biedt, maar waren oorspronkelijk geen doel van het pgb. Op punten lijken deze nieuwe mogelijkheden het oorspronkelijk doel zelfs voorbij te streven. Zo bedraagt het gemiddelde pgb-bedrag in de Wlz ca. € 50.000, waarvan gemiddeld € 10.000 wordt besteed binnen het huishouden. Hiermee is het pgb Wlz voor een belangrijk deel (€ 0,5 mld; 25%) ook een inkomens(dervings)voorziening geworden voor mensen die zorg binnen het huishouden verlenen en daarvoor minder gaan werken dan wel mantelzorg willen monetariseren (in de betreffende huishoudens wordt ca. 22% van het inkomen uit het pgb verkregen). Ook heeft het pgb als bijkomend doel gehad te zorgen voor vernieuwing en innovatie, met de gedachte dat deze in de naturazorg terug te zien zou zijn. Eveneens heeft het pgb geholpen om wachtlijsten te voorkomen bij gebrek aan aanbod in natura.

Het gevolg van deze zes motivaties om voor een pgb te kiezen is dat:

- a) Een bepaalde groep bewust kiest voor het pgb om de redenen waarvoor het oorspronkelijk is ontworpen;
- b) Een bepaalde groep min of meer gedwongen voor het pgb moet kiezen, omdat een alternatief in de naturazorg ontbreekt;
- c) Een bepaalde groep kiest voor het pgb omdat het de mogelijkheid geeft naasten (of zichzelf) uit te betalen;
- d) Een bepaalde groep niet weet dat ze een pgb hebben.

Wie op basis van welke van de bovenstaande motivaties voor het pgb kiest, en in welke mate de geschetste gevolgen zich daadwerkelijk voordoen, valt niet exact te onderscheiden. Vaak zullen ook meerdere motivaties een rol spelen bij de keuze voor het pgb.

2.1.2 Zorg op de juiste plek

Kwalitatief goede en toegankelijke zorg betekent dat deze op de juiste plek wordt geleverd. Voor patiënten en cliënten is het prettig wanneer zorg dichtbij huis wordt geleverd.

Indien mogelijk kan zorg aan huis worden geleverd, bijvoorbeeld door het gebruik van ICT-mogelijkheden, of door zelfmanagement met behulp van innovatieve hulpmiddelen. Zorg dichtbij is ook zorg in de eerste lijn, bij de huisarts, de wijkverpleegkundige, of andere zorgverleners in de nabije omgeving. In de langdurige zorg willen steeds meer mensen langer thuis wonen. Tegelijkertijd is het bij complexere zorg zowel in de curatieve als in de langdurige zorg vaak beter als deze in een instelling, zoals een ziekenhuis, een GGZ-instelling, of een verpleeghuis cq. geclusterde setting wordt geboden. Dezelfde zorg kan veelal op meer plekken geleverd worden, maar voor de patiënt of cliënt kan de kwaliteit sterk verschillen. Ook de kosten lopen soms sterk uiteen. In de praktijk blijkt dat zorg lang niet altijd vanzelf op de juiste plek geleverd wordt.

- **Veel zorg binnen instellingen in de tweede lijn kan beter dicht bij de patiënt of cliënt, in de eerste lijn of aan huis, worden geleverd.**

Vooraf in de curatieve zorg wordt nog veel zorg geleverd binnen instellingen, met name in ziekenhuizen, die ook in de eerste lijn of zelfs thuis kan plaatsvinden. Zorg thuis en in de eerste lijn verkleint de afstand voor de patiënt en is vaak goedkoper dan in een ziekenhuis. De potentie voor het verplaatsen van zorg uit instellingen is vooral groot bij zorg die laagcomplex is en veel

voorkomt. Een belangrijk obstakel is het beperkte belang dat instellingen hebben om zorg dichterbij de patiënt te brengen. De inkomsten van instellingen als ziekenhuizen zijn afhankelijk van de hoeveelheid zorg die zij leveren. Bovendien hebben zij vaak een dure infrastructuur, zoals gebouwen en apparatuur, die (maximaal) moet worden benut om financieel gezond te blijven. Daarentegen zijn juist investeringen in zorg thuis en de eerste lijn nodig om instellingszorg over te nemen. Dit vereist goede regie en samenwerking.

- **Voor zeer complexe behandelingen is specialisatie van belang voor de kwaliteit.**

Bij complexe zorg is de kwaliteit erbij gebaat dat een medisch specialist voldoende ervaring heeft en de behandeling regelmatig uitvoert. Wanneer een complexe behandeling relatief weinig voorkomt, is specialisatie van ziekenhuizen nodig om de kwaliteit hoog te houden of te verbeteren. Omdat een hogere kwaliteit minder complicaties en nabehandeling betekent, verlaagt dat ook de kosten. De introductie van volumennormen heeft bij sommige behandelingen tot gewenste specialisatie geleid. Maar informatie over de relatie tussen volume en kwaliteit is nog relatief beperkt. Wanneer volumennormen worden geïntroduceerd is het van belang dat wordt toegezien op de naleving daarvan. Specialisatie van een ziekenhuis vereist dat andere ziekenhuizen deze zorg overdragen aan het gespecialiseerde ziekenhuis. Dat kan betekenen dat ziekenhuizen, of maatschappen binnen ziekenhuizen, minder (complexe) zorg gaan verlenen.

- **Eigen betalingen kunnen zorg op de juiste plek brengen, maar ook een obstakel vormen.**

Naast medefinanciering van de zorg kunnen eigen betalingen ook worden ingezet om bij te dragen aan bewuste keuzes en gepast gebruik. Verschillen in eigen betalingen kunnen zorg op de juiste plek brengen. Bijvoorbeeld door huisartsenzorg uit te zonderen van het eigen risico, maar dezelfde zorg bij de Spoedeisende Hulp niet. Verschillen in eigen betalingen kunnen er ook onbedoeld toe leiden dat zorg niet op de juiste plek plaatsvindt. In de langdurige zorg kunnen cliënten dezelfde zorg thuis zowel uit de Wlz als uit de Wmo en de Zvw ontvangen. Daarbij kunnen grote verschillen in de hoogte van eigen betalingen optreden. Zo is de wijkverpleging in de Zvw uitgezonderd van het eigen risico. Dat kan ertoe leiden dat mensen om de verkeerde redenen thuis blijven wonen. Bij het gebruik van Wlz-zorg kan een pgb veel aantrekkelijker zijn dan zorg in natura, omdat ondersteuning door mantelzorgers kan worden betaald uit het pgb.

- **De langdurige zorg zoekt na de hervorming naar een nieuwe balans.**

Dankzij de hervorming van de langdurige zorg sluit het stelsel beter aan bij de wens van cliënten om langer thuis te wonen. Voor een kleine groep thuiswonende ouderen is er overlap in wetgeving omdat zorg en ondersteuning thuis niet alleen vanuit de Wmo en de Zvw geleverd kan worden maar ook vanuit de Wlz. Gemeenten verlenen ondersteuning aan huis vanuit de Wmo, terwijl zorgverzekeraars vanuit de Zvw wijkverpleging bieden. De Wlz regelt de langdurige zorg voor mensen die blijvend 24-uurs-zorg in de nabijheid of permanent toezicht nodig hebben. Daarbij is er voor gekozen geen rekening te houden met de bijdragen die naasten en anderen daarbij leveren (sociale context). Deze zorg kan in een instelling, maar ook thuis worden geleverd. Minder mensen dan voor de hervorming van de langdurige zorg was ingeschat maken gebruik van langdurige zorg en ondersteuning vanuit de Wmo en Zvw, hoewel hier sprake is van groei. Het aantal Wlz-aanvragen sinds de hervorming van de langdurige zorg ligt juist hoger dan vooraf werd verwacht. Het betreft met name een stijging van ca. 10 procent per jaar van het aantal pgb-aanvragen voor zorg thuis. De consequentie is dat er binnen de Wlz minder budgetruimte is overgebleven voor zorg in natura. Daarnaast zijn binnen de Wlz de kosten van gehandicaptenzorg de afgelopen jaren fors gestegen. Ter illustratie, het aantal mensen met een hoge VG-indicatie is tussen 2012 en 2015 met gemiddeld 6,9 procent per jaar gestegen. Tussen 2014 en 2015 steeg dit aantal zelfs met 7,9 procent. De groei van de uitgaven binnen de Wlz is daardoor vooral naar de gehandicaptenzorg gegaan. De zorg in natura voor ouderen, voornamelijk in verpleeghuizen, komt door al deze ontwikkelingen onder druk te staan.

2.1.3 Eenvoud en samenhang

De zorg moet voor iedereen logisch en duidelijk georganiseerd zijn. Voor de kwaliteit van zorg is cruciaal dat ook zorg die door verschillende zorgverleners wordt geleverd, of door verschillende zorginkopers wordt ingekocht, goed op elkaar aansluit. Binnen het huidige stelsel bestaat er een spanning tussen enerzijds de wens om de zorg samenhangend en eenvoudig te organiseren, en anderzijds recht te doen aan de diversiteit van cliënten en patiënten en de zorg die zij nodig hebben. Voor verzekerden moet het kiezen van een passende zorgverzekering eenvoudig zijn. Verschillen tussen verzekeringen moeten transparant zijn. Om de toegankelijkheid van zorg te waarborgen moet het voor patiënten en cliënten eenvoudig zijn de juiste zorg te vinden. Het moet logisch zijn voor welke zorg en ondersteuning zij waar terecht kunnen.

- **Voor mensen met een hoge zorgbehoefte is samenhang van de geleverde zorg cruciaal.**

Zowel voor mensen die veel curatieve zorg nodig hebben als voor mensen die veel langdurige zorg gebruiken, is het belangrijk dat de zorg die zij ontvangen goed op elkaar is afgestemd. Dat vraagt om coördinatie tussen zorgverleners. In de bestaande situatie werken zorgverleners met de beste bedoelingen soms langs elkaar heen vanuit hun eigen expertise. Dat leidt tot onnodige complicaties, over- en onderbehandeling en over- of onderdiagnostiek. Wat dan ontbreekt is iemand die als centraal aanspreekpunt voor de patiënt of cliënt fungeert. De onafhankelijke cliëntondersteuning uit de Wmo en Wlz is in de praktijk nog niet overal van de grond gekomen of even goed vindbaar. Zorgverzekeraars kunnen hun verzekerden met een zorgbehoefte nog beter bijstaan op het terrein van zorgadvies en –bemiddeling. De zorgverlening voor mensen met een hoge zorgbehoefte kan daarnaast veel baat hebben bij mogelijkheden die ICT biedt voor communicatie en informatiedeling.

- **Vergelijkbare cliënten verkeren in verschillende situaties in de Wmo, Zvw en Wlz.**

Zoals reeds geconstateerd kunnen sommige cliënten dezelfde zorg thuis in de Wmo en de Zvw ontvangen, maar ook in de Wlz, met zeer verschillende eigen betalingen als gevolg. Niet alleen eigen betalingen verschillen tussen de domeinen. Zo wordt bij het toekennen van ondersteuning in de Wmo en Zvw wel rekening gehouden met de sociale context, maar in de Wlz niet. Daardoor kunnen vergelijkbare cliënten verschillende zorg ontvangen, afhankelijk van het wettelijk domein van waaruit zij de zorg ontvangen. Die verschillen komen dan niet voort uit verschillen in de zorgbehoefte, maar worden volledig veroorzaakt door verschillen in regelgeving. De verschillen tussen domeinen in aanmerking nemend is het wenselijk dat vergelijkbare cliënten vergelijkbare zorg tegen zoveel mogelijk vergelijkbare kosten krijgen.

- **Een meer transparant polisaanbod met minder herverpakkingen in collectiviteiten en labels bevordert de geïnformeerde keuze voor een verzekering.**

Essentieel onderdeel van de Zvw is de mogelijkheid dat verzekerden kunnen stemmen met hun voeten en zo druk houden op zorgverzekeraars om namens hen zo goed en goedkoop mogelijke zorg in te kopen. Het maken van een geïnformeerde keuze voor een verzekering is te ingewikkeld geworden door het grote aanbod van verschillende polissen. De NZa heeft recent de regels aangescherpt ten aanzien van wat zorgverzekeraars mogen aanbieden als restitutiepolis in vergelijking met een naturapolis. Deze regels vragen om scherp toezicht op de wijze waarop de basispolissen – momenteel 58 polissen voor 24 risicodragers – worden aangeboden. Minstens zo belangrijk is de wijze waarop de basispolissen worden “verpakt” in de vele collectiviteiten. Dat zijn er immers 64.000²³, waarvan 93 procent gemiddeld niet meer dan 23 deelnemers heeft. Collectiviteiten waren bedoeld als instrument voor betere zorginkoop voor verzekerden, maar zijn verworpen tot een marketinginstrument met premiekorting. Er worden maar beperkt zorginhoudelijke afspraken gemaakt – in een derde van de contracten – en daarbij gaat het om

²³ <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/rapporten/2016/07/27/fact-finding-collectiviteiten-in-de-zorgverzekeringwet>

afspraken over aanvullende verzekeringen. De collectiviteitskorting wordt niet terugverdiend via de zorginkoop, maar gedekt uit een opslag op de premie voor andere verzekerden²⁴.

- **Behoeftte aan vermindering van de administratieve lasten gaat gepaard met een behoefte aan meer informatie.**

In de zorg is sprake van een paradox als het aankomt op informatie. Enerzijds wordt vaak gesteld dat de administratieve lasten van zorgverleners te hoog zijn. Zij komen daardoor te weinig toe aan het daadwerkelijk verlenen van zorg. Anderzijds schiet de informatie die beschikbaar is over de kwaliteit, en met name de uitkomsten van de zorg, tekort. Beide zaken vormen een reëel probleem. Ze zoveel mogelijk gelijktijdig en in samenhang oplossen is noodzakelijk. Bijvoorbeeld door ervoor te zorgen dat dezelfde informatie niet in verschillende vormen aan verschillende partijen moet worden geleverd. Het realiseren van technische randvoorwaarden zoals standaarden voor gegevensuitwisseling en betrouwbare identificatiemiddelen draagt daar in hoge mate aan bij. Ook is het essentieel de uitvraag te beperken van procesinformatie die weinig zegt over de kwaliteit en uitkomsten van de zorg. Hiervoor is niet alleen samenwerking van zorgverleners met alle partijen die informatie uitvragen nodig, maar ook de aanwezigheid van een partij die knopen door kan hakken over welke informatie wordt geregistreerd en welke niet. Dat blijkt tot nu toe in de praktijk moeilijk te organiseren.

2.2 Toekomstbeeld 2021

Door kansen te benutten kan de kwaliteit van zorg verbeteren, terwijl de zorg ook betaalbaar en toegankelijk blijft. Deze paragraaf gaat in op het gewenste perspectief voor de zorg aan het einde van de aanstaande kabinetsperiode. De paragraaf gaat in op de mogelijkheden die er zijn om de kwaliteit van zorg te verbeteren, waarbij tevens de houdbaarheid van de uitgaven verbetert en de toegankelijkheid van de zorg in stand blijft.

2.2.1 Gepast gebruik

In 2021 worden de capaciteit en middelen in de zorg beter benut. Dat betekent dat de geleverde zorg beter aansluit bij wat waarde heeft voor de patiënt, maar dat tegelijkertijd ook de beschikbare financiële middelen beter worden ingezet waar die de meeste waarde toevoegen.

- **Preventie draagt substantieel bij aan een grotere waarde van de zorguitgaven.**

Het voorkomen van het ontstaan van ziektes en beperkingen verhoogt het aantal gezonde levensjaren. Dat is van grote waarde voor mensen. Effectieve preventie levert meer gezonde levensjaren op dan het genezen van ziektes en het verhelpen van beperkingen wanneer die eenmaal zijn ontstaan. Daarmee is een euro die wordt geïnvesteerd in effectieve preventie beter renderend dan een euro die wordt besteed aan extra curatieve zorg. In de toekomst wordt daarom een groter deel van de zorguitgaven in preventie geïnvesteerd. Daarbij is het een voorwaarde om te meten welke specifieke interventies effectief zijn en tot meer gezonde levensjaren leiden. Met name op de korte en middellange termijn kan preventie ook tot besparing van zorgkosten leiden. Op de langere termijn leidt een hogere levensverwachting met meer gezonde levensjaren echter ook tot stijgende zorgkosten en is het effect op de zorguitgaven onzeker^{25 26}.

- **De individuele zorgbehoefte van de cliënt of patiënt staat centraal.**

Cliënten en patiënten worden veel meer betrokken bij de keuze van zorg, of het nu gaat om de keuze voor een behandeling in de curatieve zorg of over de zorgvraag in de langdurige zorg. Het aangaan van het gesprek om te achterhalen waar iemand behoefte aan heeft, en hoe hij de voor-

²⁴ NZa, september 2016, Monitor Collectieve zorgverzekeringen 2016, De effecten van collectieve zorgverzekeringen voor burgers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

²⁵ <http://www.rijksbegroting.nl/system/files/12/ibo-gezonde-leefstijl-rapport.pdf>

²⁶ https://www.volksgezondheidenzorg.info/sites/default/files/rapport_kvz_2012_2_zorgkosten_van_ongezondgedrag.pdf

en nadelen van bepaalde keuzes weegt, is cruciaal bij het bepalen van de meest gepaste zorg. In de langdurige zorg wordt het recht op zorg toegesneden op de individuele behoefte. Wanneer een patiënt of cliënt met meer zorgverleners te maken heeft, dan dient ook de informatievoorziening van en tussen zorgverleners op orde te zijn.

- **Het pgb bedient uitsluitend budgethouders om zorg thuis vorm te geven.**

Het pgb wordt weer primair bestemd voor mensen die in staat zijn zelf regie te voeren over hun zorg en ondersteuning, zelf hun hulpverleners te kiezen en met het pgb zo regie te houden op hun leven. Het pgb wordt weer een instrument waarmee budgethouders zorg zelf *thuis* kunnen organiseren. Kleinschalige collectiviteiten in de Wlz zijn op basis van reële eisen omgezet in zorg in natura, zoals op kleine schaal nu al door gemeenten en zorgkantoren wordt gedaan. Uit het pgb kunnen naast een redelijke vergoeding krijgen voor bovengebruikelijke mantelzorg. Deze vergoeding ligt lager dan nu het geval is. Vanuit kwaliteitsoogpunt kijkt een professional mee bij pgb's die (bijna) volledig aan informele zorg worden besteed. Het realiseren van dit toekomstbeeld (in de Wlz) vraagt ingrijpende maatregelen en moet goed worden afgestemd met de andere zorgdomeinen ten einde de pgb's in de verschillende wetten zoveel mogelijk te harmoniseren, rekening houdend met beleidsvrijheid van gemeenten en zorgverzekeraars.

- **Beheer van het verzekerd pakket geeft richting aan gepast gebruik van zorg.**

Het doorlichten van het verzekerd pakket met de focus op gepast gebruik en verhoging van kwaliteit van behandelingen en het vaststellen van kwaliteitsstandaarden zal een kerntaak van het Zorginstituut blijven. Het verzekerd pakket blijft daarbij een zogenaamd "open pakket", waarbij zorg die wordt toegepast door zorgverleners het verzekerd pakket instroomt wanneer het voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Zorgverzekeraars hebben hierin een toetsende en controlerende rol²⁷. Dit systeem is wenselijk om ruimte te bieden aan innovatie. Om ervoor te zorgen dat behandelingen die niet effectief of verouderd zijn het verzekerd pakket ook expliciet uitstromen, wordt het pakket intensiever doorgelicht dan nu het geval is en wordt er meer ingezet op de implementatie van de adviezen van het programma Zinnige Zorg van het Zorginstituut.

- **Innovatieve mogelijkheden worden benut om het beste resultaat van de zorg te bereiken.**

De komende jaren nemen de mogelijkheden om de meest gepaste behandeling te kiezen voor elke patiënt toe door innovatieve ontwikkelingen. Twee ontwikkelingen die de potentie hebben om de zorg ingrijpend te veranderen zijn big data en personalised medicine (zie box). Hoewel de Rijksoverheid weinig invloed heeft op de vooruitgang van dergelijke internationale ontwikkelingen, bepaalt beleid wel de flexibiliteit en de snelheid van de Nederlandse zorg om hierin mee te gaan. De Rijksoverheid moet waarborgen dat het beleid geen onnodige en onwenselijke obstakels creëert bij de verspreiding van gewenste innovaties in de zorg zonder dat hierbij wordt voorbijgegaan aan de criteria voor pakkettoelating. Daarnaast kan de overheid ervoor kiezen de verspreiding van innovaties te stimuleren. De aangekondigde herinrichting van de regeling voor voorwaardelijke pakkettoelating zal hieraan een belangrijke bijdrage leveren. Ook zal het IBO Innovatie in de zorg daartoe aanbevelingen doen. Daarnaast is het van belang dat de overheid erop toeziet dat de veiligheid van de burger is gewaarborgd, bijvoorbeeld rondom privacyaspecten.

²⁷ Voor medicijnen die mensen extramuraal gebruiken geldt een apart regime.

Box: Big data en personalized medicine

Big data

Het toepassen van big data in de zorg biedt de mogelijkheid om op zeer grote schaal gegevens over ziektebeelden, patiëntkenmerken en behandelmethodes te verzamelen, analyseren en interpreteren. Daarmee kan de medische wetenschap veel sneller dan in het verleden kennis vergaren over de verscheidenheid aan ziektebeelden, de beste behandelmethodes voor verschillende ziektebeelden, en de samenhang van de effectiviteit van een behandeling met de kenmerken van de individuele patiënt. Op basis daarvan kan het gepast gebruik van behandelingen in een stroomversnelling raken, doordat er minder sprake is van onder- of overbehandeling, onder- of overdiagnostiek en het aantal complicaties fors kan worden gereduceerd. Bovendien verandert big data de rol van de medisch specialist. De enorme toename van informatie maakt dat medisch specialisten steeds minder gebruik kunnen maken van hun eigen parate kennis, en steeds meer zullen vertrouwen op databanken. De computer zal in de toekomst op basis van de kenmerken van het ziektebeeld en de patiënt de beste behandeling vaststellen. Daardoor wordt de specialist steeds vaker de schakel tussen data en patiënt. Dat betekent dat in het werk van de medisch specialist de nadruk komt te liggen op het gesprek met de patiënt, om informatie te duiden en op een duidelijke en persoonlijke manier over te brengen.

Personalized medicine

Als gevolg van de toename van kennis over de grote diversiteit aan ziektebeelden en patiëntkenmerken, worden er steeds meer zeer gerichte geneesmiddelen ontwikkeld: personalized medicine. Deze geneesmiddelen zijn afgestemd op specifieke typen ziektes en patiëntkenmerken. Deze ontwikkeling heeft als grote voordelen dat patiënten effectiever worden behandeld, en ook minder verschillende geneesmiddelen gebruiken. Dat betekent ook minder bijwerkingen en minder complicaties. Enerzijds biedt personalized medicine mogelijkheden voor het beter beheersen van de kosten van dure medicijnen. Deze medicijnen kunnen immers specifieker worden gericht op patiënten die er ook daadwerkelijk baat bij hebben, en dus vermindert het gebruik. Anderzijds betekenen kleinere doelgroepen voor medicijnen dat farmaceuten zullen proberen de prijzen van deze medicijnen verder te verhogen, om hun inkomsten in stand te houden. Wanneer er meer zekerheid is over de werkzaamheid van medicijnen bij specifieke patiënten, vergroot dat ook de macht die farmaceuten hebben om de prijzen te verhogen. Bovendien vereist toepassing van personalized medicine zeer kostbare diagnostiek om specifieke kenmerken van patiënt en aandoening vast te stellen, waarbij de kosten van diagnostiek alleen al snel duizenden euro's bedragen. Personalized medicine brengt dus ook nieuwe uitdagingen met zich mee voor de beheersing van de zorgkosten.

2.2.2 Zorg op de juiste plek

In 2021 wordt zorg doelmatiger en beter geleverd op de juiste plek. Voor veel zorg is een instelling met bijbehorende faciliteiten, zoals een ziekenhuis, GGZ-instelling of verpleeghuis, niet nodig. Die zorg kan dichtbij huis of zelfs thuis geleverd worden, en dat is vaak prettiger voor de patiënt of cliënt.

- **De faciliteiten voor zorg dichtbij zijn uitgebreid.**

Een aanzienlijk deel van de verzorging en verpleging, diagnostiek, polikliniekbezoeken en ook eenvoudige ingrepen zal dichtbij huis worden geleverd. Dankzij nieuwe innovatieve technologieën zal zorg ook steeds meer thuis geleverd worden. Bijvoorbeeld door snellere communicatie met zorgverleners, e-consulten aan huis of door nieuwe apparatuur waarmee zorgverleners mobieler zijn of waarmee patiënten zelf handelingen uitvoeren. Het verlenen van meer zorg dichtbij huis of thuis betekent ook dat meer samenwerking binnen de eerste lijn nodig is. Wanneer zorgverleners in de eerste lijn georganiseerd zorg verlenen, kan voldoende schaalgrootte ontstaan om ruimte te bieden aan financiering en gebruik van faciliteiten om zorg uit de tweede lijn op te vangen. Ook medisch specialisten die nu nog zorg verlenen in de tweede lijn kunnen dan vaker zorg dichtbij verlenen in de eerste lijn.

- **Specialisatie vindt plaats waar dat ten goede komt aan kwaliteit.**

Voor hoogcomplexe zorg, die relatief weinig voorkomt, vindt verdergaande specialisatie plaats. Omdat het onwenselijk is dat ziekenhuizen te groot, inefficiënt en onpersoonlijk worden, gaat specialisatie gepaard met het afstoten van andere zorg, naar de eerste lijn, de thuissituatie, en ook naar andere ziekenhuizen die zich in andere behandelingen specialiseren of een algemene functie in de regio hebben.

- **Het verplaatsen van zorg uit instellingen betekent minder groei in de tweede lijn.**

Wanneer de meeste zorg in de directe omgeving van de patiënt plaatsvindt, is er minder behoefte aan instellingszorg. Dat betekent dat er ook minder behoefte is aan volumegroei in instellingen als ziekenhuizen en GGZ-instellingen, ondanks ontwikkelingen in demografie en technologie. Bij individuele instellingen kan zelfs sprake zijn van krimp. Niet elk ziekenhuis heeft nog alle faciliteiten nodig, omdat men niet in alle gevallen meer in de volledige breedte van de zorgvraag hoeft te voorzien.

- **De juiste zorg op de juiste plek is ook in het belang van zorgverleners.**

Zorgverleners worden beloond voor de waarde van de zorg die zij leveren. Zo hebben zij ook baat bij de gepaste inzet van zorg. De huidige prikkels in de bekostiging die in veel gevallen het inkomen van aanbieders schaden wanneer zij gepastere zorg leveren, de zorg dicht bij de patiënt brengen, of verplaatsen omwille van kwaliteit, zijn zoveel mogelijk beperkt. De beloning van zorgverleners zou daarom meer op basis van uitkomsten plaats moeten vinden dan nu het geval is. Ook als zorgverleners voor hun inkomen niet afhankelijk zijn van de hoeveelheid geleverde zorg, moet gepaste zorg lonen. De ambitie is om de contractering en waar nodig en mogelijk de bekostiging meer te richten op de uitkomsten van de zorg. Voorwaarde daarbij is dat het inzicht in die uitkomsten in de komende kabinetsperiode flink wordt vergroot.

- **Gemeenten en zorgverzekeraars maken langer thuis wonen mogelijk binnen de Wmo en de Zvw.**

Om de druk op de Wlz te verminderen, of om meer mensen langer thuis te kunnen laten wonen, werken gemeenten samen met elkaar, met zorgverzekeraars en met zorgverleners aan huis, in de eerste en de tweede lijn. Daartoe worden er tussen gemeenten en zorgverzekeraars afspraken gemaakt over samenwerking op regionaal niveau. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van informatie over het gebruik van de Wmo en Zvw, de instroom in de Wlz per gemeente en de gemiddelde zwaarte van de instroom.

2.2.3 Eenvoud en samenhang

In 2021 is de juiste zorg voor iedereen gemakkelijk te regelen. Voor patiënten en cliënten is duidelijk waar zij met een zorgvraag terecht kunnen. En de zorg die zij ontvangen sluit goed op elkaar aan. Vooral wanneer er behoefte is aan zorg van meer zorgverleners uit verschillende wettelijke domeinen vereist dat eenvoud en samenhang.

- **De zorg die iemand ontvangt vloeit logisch voort uit de zorgbehoefte.**

Er is duidelijkheid over het wettelijke domein waar zorg thuishoort, en de wet- en regelgeving sluit daarbij aan. Mensen met een vergelijkbare zorgbehoefte krijgen toegang tot vergelijkbare zorg: niet het domein maar de zorgbehoefte bepaalt hoeveel zorg iemand krijgt. De regels omtrent de zorg waar mensen recht op hebben zijn uitlegbaar. Om mensen te helpen bij het goed kunnen formuleren van hun ondersteunings- en zorgbehoefte en daarbij keuzes te maken, is stelseloverstijgende onafhankelijke cliëntondersteuning aanwezig. Daarnaast zijn de regels ook voor zorgverleners eenvoudig en hanteerbaar.

- **Voor patiënt of cliënt en voor de zorgverlener is er een duidelijk en goed geïnformeerd aanspreekpunt.**

Het inzetten van breed geschoolde zorgverleners als casemanager bij cliënten en patiënten met meer aandoeningen en een grote zorgbehoefte kan samenwerking bevorderen. In de eerste plaats binnen de curatieve zorg, maar ook over domeinen heen. Bovendien hebben zowel de zorgverleners als de cliënt of patiënt dan een deskundig contactpunt. Deze casemanagers zijn geen zorgverleners die naast de reeds aanwezige zorgverleners komen, maar één van de zorgverleners die reeds zorg verleent gaat breder naar de zorg- en ondersteuningsbehoefte van deze kwetsbare mensen kijken. Dit vereist ook dat er in de toekomst meer generalistische zorgverleners zoals HBO-verpleegkundigen en geriaters worden opgeleid en minder

specialistische zorgverleners. Bovendien zullen zij meer in netwerken van zorgverleners werken, waarbij een goede uitwisseling van gegevens tot stand komt, zodat onnodige ziekenhuisopnames kunnen worden voorkomen.

- **Op de verzekeringsmarkt zijn zorgpolissen helder en onderscheidend.**

Voor verzekerden zijn de verschillen tussen zorgpolissen helder. Collectiviteiten hebben alleen bestaansrecht wanneer zij onderscheidend zijn naar zorginhoud. Verschillen in de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg moeten zeer helder zijn, evenals welke zorg gecontracteerd is en met welke reden. Contracteren moet lonen. Zorgverzekeraars onderscheiden zich van elkaar door de inhoud van de zorginkoop. Zij maken transparant wat die verschillen zijn en de NZa ziet daarop toe. Zorgverzekeraars kopen niet alleen namens verzekerden in, maar zullen ook meer naast verzekerden moeten staan met goed zorgadvies en goede zorgbemiddeling.

- **Informatie is helder en toegankelijk voor zorgverlener en patiënt of cliënt.**

Wanneer mensen zorg nodig hebben, is duidelijk waar zij de informatie kunnen vinden om de best passende zorg te kiezen. Die (kwaliteits)informatie wordt door alle zorgverleners geregistreerd, is transparant en bruikbaar. Ook zorgverleners kunnen spiegelinformatie verkrijgen over hun eigen zorgverlening ten opzichte van die van andere zorgverleners. De informatie die zorgverleners moeten aanleveren is teruggebracht tot de kern, zodat zij alleen gegevens hoeven te leveren die echt bijdragen aan inzicht in de zorg. Ook zijn er afspraken gemaakt over uniforme levering van gegevens, zodat er niets dubbel wordt geregistreerd en de informatie voor iedereen bruikbaar is. Patiënten en cliënten kunnen makkelijk bij hun eigen dossiers en indien gewenst eenvoudig hun gegevens delen met zorgverleners. Vooral voor kwetsbare mensen, waarbij meerdere zorgverleners zorg leveren en medicijnen voorschrijven (of weer van lijst afhalen) is van belang dat er een goede uitwisseling van gegevens plaats vindt. De casemanager kan hier een rol bij spelen.

- **De Rijksoverheid werkt in Europees verband samen om het beslag van dure farmaceutische middelen op het zorgbudget te beperken.**

De prijzen van dure farmaceutische middelen leggen in toenemende mate druk op de zorguitgaven. Dat zal de komende jaren niet anders zijn. De hoge prijzen van met name nieuwe middelen komen voort uit een grote marktmacht van farmaceutische bedrijven. Het is onwenselijk dat de inzet van zorgprofessionals om gepastere zorg te leveren door deze dure medicijnen niet de gewenste kostenreductie oplevert. Intensieve samenwerking tussen partijen op nationale schaal is van groot belang. Omdat de mogelijkheden van zorgverleners, en zelfs van Nederland als geheel, om de kosten van dure geneesmiddelen te beheersen beperkt zijn, is er meer nodig. Door samen te werken met andere landen is het mogelijk tegenwicht te bieden aan de marktmacht van de farmaceutische industrie. Daarvoor zal Nederland een zo breed mogelijke samenwerking moeten zoeken met andere landen. Het gaat daarbij om de onderhandeling van medicijnprijzen en om verandering van Europese regels die de hoge medicijnprijzen mogelijk maken. Zeker wanneer farmaceuten profiteren van publiek gefinancierd fundamenteel onderzoek, is het onwenselijk dat zij voor de geneesmiddelen die daaruit voortvloeien vrij de prijs kunnen bepalen.

3. Advies

De TW adviseert een nieuw kabinet in te zetten op gezonde groei van de collectieve zorguitgaven door te streven naar een groei die gelijk oploopt met de economische groei. Een financieel gezonde groei betekent dat de collectieve zorguitgaven niet harder groeien dan het BBP. De TW heeft drie rode draden geïdentificeerd waarlangs het mogelijk is om de groei van de zorguitgaven te beperken en tegelijkertijd de kwaliteit van de zorg te verbeteren: gepaster gebruik van zorg en middelen, het verplaatsen van zorg naar de juiste plek, en het verbeteren van de eenvoud en samenhang in de zorg. Deze rode draden dragen bij aan zorg die meer waarde heeft voor de patiënt of cliënt, tegen gelijke of lagere kosten. Daarnaast laat de TW zien welke extra maatregelen mogelijk nodig zijn om de groei van de collectieve zorguitgaven in de komende kabinetsperiode verder te beperken, zodat deze al in 2021 niet uitgaat boven de groei van het BBP.

Verbeteringen van de zorg die bijdragen aan beheersing komen niet vanzelf tot stand en vragen om nieuw op aanvullend beleid. Veel verbeteringen die de TW voorstelt, met name in de curatieve zorg, vragen om een nieuwe werkwijze van partijen. Medewerking van deze partijen bij de implementatie van het beleid is belangrijk.

De TW adviseert om te streven naar zorgakkoorden om beheersing van de uitgaven met verbeteringen van de zorg te realiseren. Door akkoorden te sluiten dragen partijen samen met de Rijksoverheid de verantwoordelijkheid om de gewenste veranderingen in gang te zetten. Alle partijen behouden daarbij hun rol in het zorgstelsel. De TW adviseert om akkoorden te sluiten in de medisch-specialistische zorg, de geestelijke gezondheidszorg, de eerste lijn en de wijkverpleging. De Rijksoverheid ziet daarbij toe op het nakomen van de inhoudelijke en budgettaire afspraken. Aangrijpingspunten voor de afspraken binnen die zorgakkoorden zijn de drie rode draden: gepast gebruik, zorg op de juiste plek, eenvoud en samenhang. Daarnaast zet de Rijksoverheid het macrobeheersinstrument in om de budgettaire afspraken te borgen. Paragraaf 3.1 gaat in op de inhoudelijke afspraken die aan bod dienen te komen in de zorgakkoorden.

Een nieuw kabinet kan leren van de ervaring met hoofdlijnenakkoorden in de afgelopen kabinetsperiode. Een belangrijk resultaat van de hoofdlijnenakkoorden is dat de budgettaire doelen zijn gerealiseerd²⁸. Tegelijkertijd is het onduidelijk in hoeverre de inhoudelijke afspraken hier aan hebben bijgedragen²⁹. Gezien de economische situatie en de overheidsfinanciën aan het begin van de voorgaande kabinetsperiode, lag een akkoord voor de hand dat budgettaire doelen voorop stelde, maar inhoudelijk op hoofdlijnen bleef. Bij nieuwe akkoorden is meer samenhang tussen budgettaire en inhoudelijke doelen wenselijk.

De TW adviseert om akkoorden te sluiten die inhoudelijk concrete en meetbare afspraken bevatten. Het sluiten van akkoorden bevordert de relatie tussen het kabinet, patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars. Heldere afspraken zijn cruciaal. Een akkoord bevat ook afspraken over de beleidsruimte van de Rijksoverheid om aanvullende maatregelen te nemen, bijvoorbeeld wanneer de economische situatie verandert. De TW adviseert om met het sluiten van akkoorden in de Zvw te streven naar een budgettaire opbrengst van € 2,2 mld. Kanttekening is dat het CPB ex ante voor af te sluiten akkoorden slechts een budgettaire opbrengst van € 1,2 mld raamt. Nadat een volgend kabinet daadwerkelijk akkoorden conform de voorstellen van de TW met een opbrengst van € 2,2 mld heeft gesloten, kan het CPB ex post de additionele opbrengst van € 1 mld beoordelen. Bij afspraken die meer sectoren betreffen, zoals het organiseren van meer zorg dichtbij, is het nodig dat afspraken met sectoren onderling op elkaar aansluiten. Dit kan een aanleiding zijn ook in de langdurige zorg en ondersteuning akkoorden te sluiten.

²⁸ Zie ook Bijlage 4: Rapportage "Eerste verkenning effecten hoofdlijnenakkoorden", in opdracht van de TW uitgevoerd door SiRM, Talma Institute en de Celsus Academie voor betaalbare zorg.

²⁹ Algemene Rekenkamer. Zorgakkoorden: Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4.

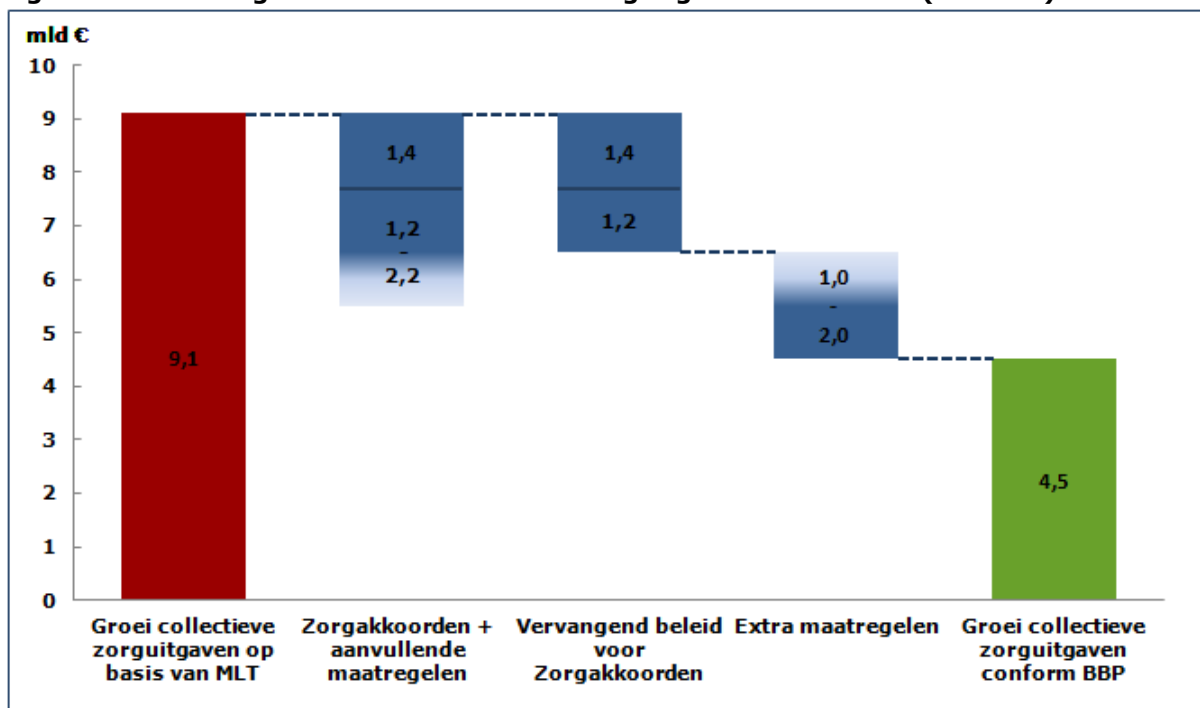
<http://www.rekenkamer.nl/Publicaties/Onderzoeksrapporten/Introductions/2016/12/Zorgakkoorden>

Voor zorgsectoren en beleidsterreinen die buiten de reikwijdte van zorgakkoorden vallen schetst de TW aanvullende maatregelen. De TW schetst maatregelen voor beheersing van de zorguitgaven binnen de Wlz en de Wmo, die inhoudelijk in lijn zijn met de geschetste rode draden. Binnen de Zvw draagt de Rijksoverheid verantwoordelijkheid voor het verzekerd pakket. Aanvullende maatregelen op deze vlakken vallen daarom buiten zorgakkoorden. Deze maatregelen met een totale budgettaire opbrengst van € 1,4 mld zijn omschreven in paragraaf 3.2.

Omdat het sluiten van zorgakkoorden onzeker is, schetst de TW ook vervangend beleid om uitgavenbeheersing en inhoudelijke verbeteringen langs de drie rode draden te bereiken. Het slagen van onderhandelingen over akkoorden is geen zekerheid. Wanneer er geen akkoorden worden bereikt, kan de Rijksoverheid doelmatigheidskortingen opleggen, met een MBI als sluitstuk. De maximale budgettaire opbrengst van deze doelmatigheidskortingen bedraagt € 1,2 mld. Het sluiten van akkoorden heeft dus budgettair potentieel een additionele opbrengst van € 1 mld. Er bestaat echter bij eenzijdige kortingen het risico dat veldpartijen deze invullen op een wijze die niet in lijn is met de inhoudelijke rode draden. De TW schetst daarom vervangend beleid indien zorgakkoorden niet slagen. Dit vervangend beleid is omschreven in paragraaf 3.3.

Daarnaast schetst de TW extra maatregelen, die het kabinet kan inzetten om de groei van de zorguitgaven in de komende kabinetsperiode al in de pas te laten lopen met het BBP. Naast onzekerheid rondom het sluiten van zorgakkoorden, is eveneens onbekend of het lukt in de akkoorden de gewenste groeipercentages af te spreken. Ook de ruimte die het kabinet heeft voor eenzijdige doelmatigheidskortingen is niet voldoende om dit budgettaire doel te bereiken. Daarom schetst de TW extra maatregelen die, naast een akkoord of doelmatigheidskortingen, leiden tot een groei van de zorguitgaven conform de verwachte BBP-groei in de komende kabinetsperiode. Deze maatregelen richten zich op pakketverkleining en hogere eigen betalingen. Deze maatregelen verschuiven collectieve zorguitgaven naar private uitgaven. Deze extra maatregelen zijn omschreven in paragraaf 3.4.

Figuur 3: De reële groei van de collectieve zorguitgaven 2018-2021 (in € mld)



Figuur 3 schetst het effect van het advies van de TW op de reële groei van de zorguitgaven in de komende kabinetsperiode. Zonder beleid is de geraamde reële groei van de collectieve zorguitgaven in de komende jaren € 9,1 mld. Met zorgakkoorden en aanvullende maatregelen kan deze met € 2,6 - € 3,6 mld worden gereduceerd. Bij een opbrengst van € 3,6 mld groeien de collectieve zorguitgaven in de komende kabinetsperiode nog steeds harder dan het BBP. Als in deze kabinetsperiode al een groei wordt nagestreefd overeenkomstig die van het BBP, dan vergt dat extra maatregelen (zie paragraaf 3.4) ter grootte van € 1-2 mld. Dit resulteert uiteindelijk in een stijging van € 4,5 mld tot en met 2021. Indien geen zorgakkoorden tot stand komen, kan een besparing van € 2,6 mld met vervangend beleid voor de zorgakkoorden worden behaald. Met extra maatregelen ter grootte van € 2 mld kan een groei van de collectieve zorguitgaven conform de groei van het BBP worden bereikt.

3.1 Zorgakkoorden

De TW adviseert om in te zetten op inhoudelijke zorgakkoorden in de medisch-specialistische zorg, de geestelijke gezondheidszorg, de eerste lijn en de wijkverpleging.

Deze paragraaf schetst welke afspraken in ieder geval in zorgakkoorden gewenst zijn. De drie rode draden zijn daarvoor het uitgangspunt.

Afspraken		2021 (€ mld)
Gepast gebruik	Medisch-specialistische zorg (MSZ)	
	Samenwerking rondom patiënten met hoge kosten	
	Verminderen praktijkvariatie	
	Implementatie adviezen "Zinnige Zorg"	
	Overgang naar participatiemodel of loondienst	
	Betrekken van patiënt bij keuze voor behandelen	
	Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	
	Nieuwe bekostigingssystematiek GGZ	
	Verminderen praktijkvariatie	
	Eerste lijn	
	Periodieke beoordeling medicijngebruik 75+	
	Verminderen praktijkvariatie	
	Wijkverpleging	
	Zorginhoudelijke bekostiging wijkverpleging	
Verminderen praktijkvariatie		
Zorg op de juiste plek	Medisch-specialistische zorg (MSZ)	
	Overdragen behandelingen naar de eerste lijn	
	Verminderen opleidingsplekken voor medisch specialisten	
	Volumenormen opnemen in professionele- en kwaliteitsstandaarden	
	Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	1,2
	Verdeling tussen gespecialiseerde GGZ, basis GGZ en POH GGZ	-
	Voorkomen recidive met e-health	2,2
	Eerste lijn	
	Overnemen behandelingen van de tweede lijn	
	Meer samenwerking tussen eerstelijns zorgverleners	
	Meer opleidingsplekken voor eerstelijns zorgverleners	
	Ondersteuning van behandelingen aan huis en e-health	
	Wijkverpleging	
	Ondersteunen van behandelingen aan huis	
Meer opleidingsplekken HBO-V		
Eenvoud en samenhang	Medisch-specialistische zorg (MSZ)	
	Registratie en beschikbaarheid van kwaliteitsindicatoren o.b.v. uitkomsten	
	Belonen van uitkomsten	
	Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	
	Registratie en beschikbaarheid van kwaliteitsindicatoren o.b.v. uitkomsten	
	Eerste lijn	
	Samenwerking met wijkverpleging bij behandeling aan huis	
	Wijkverpleging	
Samenwerking met eerste lijn bij behandelingen aan huis		
Samenwerking met de Wmo bij langdurige zorg aan huis		

De TW adviseert om te streven naar zorgakkoorden met een totale opbrengst van € 2,2 mld. Het is onzeker of het sluiten van zorgakkoorden slaagt, en eveneens onbekend of het lukt om de gewenste groeipercentages af te spreken. Daarom is een bandbreedte aangegeven voor de opbrengst. Een opbrengst van € 1,2 mld kan behaald worden met afspraken over doelmatigheid binnen de sectoren. Een additionele opbrengst van € 1 mld is haalbaar door afspraken te maken over het verplaatsen van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn en thuis, en over specialisatie van hoogcomplexiteit zorg. Kanttekening is dat het CPB ex ante voor af te sluiten akkoorden slechts een budgettaire opbrengst van € 1,2 mld raamt. Nadat een volgend kabinet daadwerkelijk akkoorden conform de voorstellen van de TW met een opbrengst van 2,2 miljard heeft gesloten, kan het CPB ex post de additionele opbrengst van € 1 mld beoordelen.

3.1.1 Gepast gebruik

Afspraken medisch-specialistische zorg

Samenwerking rondom patiënten met hoge kosten. De 1 procent duurste patiënten in de curatieve zorg maken circa 25 procent van de totale kosten³⁰. Deze patiënten worden behandeld voor gemiddeld 5,5 aandoeningen door gemiddeld 4,2 specialismen. In de huidige situatie bezien medisch specialisten patiënten die voor verschillende chronische aandoeningen onder behandeling zijn nog te vaak afzonderlijk vanuit hun eigen vakgebied. Afspraken over het toewijzen van één verantwoordelijk casemanager, die het overzicht heeft van de totale zorg die aan de patiënt wordt geleverd, verbeteren de samenwerking rondom patiënten met hoge kosten. Zorgverzekeraars kunnen deze afspraak vastleggen in contracten bij de zorginkoop.

Verminderen van praktijkvariatie. Uit vergelijkend onderzoek blijkt dat sommige ziekenhuizen of artsen meer behandelen dan anderen. Dergelijke praktijkvariatie is ongewenst als die ontstaat door behandelingen die geen toegevoegde waarde hebben voor de patiënt, of als de patiënt minder zorg krijgt dan wenselijk. Beide brengen vermijdbare kosten met zich mee. Afspraken over het registreren en beschikbaar stellen van spiegelinformatie voor verdiepingsonderzoek door zorgverzekeraars en zorgaanbieders verminderen praktijkvariatie. Zorgaanbieders kunnen deze informatie zelf benutten, of zorgverzekeraars kunnen hier gebruik van maken in de zorginkoop. Bovendien kunnen zorgverzekeraars verzekeren meer sturen naar doelmatige zorgaanbieders door gebruik te maken van de wettelijke mogelijkheid tot vrijwaring van het eigen risico.

Implementatie adviezen "Zinnige Zorg". Door de aanbevelingen die het Zorginstituut doet in het traject Zinnige Zorg toe te passen in de dagelijkse praktijk kunnen de zorgverleners zoals medisch specialisten de kwaliteit van zorg verbeteren op een manier die vaak gepaard gaat met (forse) kostenreducties. Afspraken over de naleving van deze adviezen kan de toepassing bevorderen. Daartoe is het nodig om die afspraken meetbaar te maken. De afgelopen adviezen hebben het inzicht opgeleverd dat meer aandacht en inzet nodig is om de implementatie van de adviezen te kunnen garanderen. Het Zorginstituut zal de inzet op het implementatieproces intensiveren, zodat de besparingen ook daadwerkelijk kunnen worden gerealiseerd. In de medisch-specialistische zorg is van belang dat de goede afstemming plaatsvindt met de Kwaliteits- en Doelmatigheidsagenda.

Betrekken van patiënt bij keuze voor behandelen. Gesprekken met de patiënt over de voor- en nadelen van een behandeling helpen de patiënt een zorgvuldige afweging te maken om een behandeling wel of niet te ondergaan. Het geeft de patiënt meer regie en voorkomt ongewenste behandelingen. Afspraken over het belonen van medisch specialisten voor het voeren van een goed gesprek met de patiënt, ook wanneer dat leidt tot een beslissing om niet te behandelen, bevorderen de betrokkenheid van de patiënt. Het bieden van keuzehulp door

³⁰ Wammes JJG, Tanke M, Jonkers W, Westert GP, van der Wees PJ, Jeurissen PPT. Characteristics and care use of high-cost beneficiaries in the Netherlands. *Submitted*.

patiëntenorganisaties en de overheid kunnen de patiënt ondersteunen bij de afweging wel of niet behandelen of tussen alternatieve behandelingen.

Overgang naar het participatiemodel of loondienstmodel. Indien medisch specialisten werkzaam zijn binnen een samenwerkingsmodel³¹ in een medisch specialistisch bedrijf (MSB) kan de gelijkgerichtheid in het ziekenhuis onder druk staan. Immers, de (financiële) belangen van medisch specialisten, verenigd in een MSB, en de Raad van Bestuur van het ziekenhuis liggen niet vanzelfsprekend op één lijn. Het loondienstmodel en participatiemodel bevorderen gelijkgerichtheid van belangen. Beide opties faciliteren afspraken tussen specialisten en de RvB, en afspraken met externe partijen. Wanneer medisch specialisten in loondienst zijn, ontvangen zij een vast inkomen. Daarmee hebben zij een betere prikkel om gepaste zorg te leveren. In het participatiemodel, waarbij medisch specialisten een aandeel hebben in het ziekenhuis, is sprake van meer gelijkgerichtheid tussen de belangen tussen medisch specialisten en de zorginstelling. Beide partijen zijn eigenaar van de zorginstelling, en daarmee gebaat bij een resultaat dat de kwaliteit en doelmatigheid van het ziekenhuis bevordert. Om de overgang naar het participatiemodel te faciliteren is het wenselijk dat winstuitkering door ziekenhuizen aan specialisten mogelijk wordt gemaakt. In beide modellen zijn afspraken met zorgverzekeraars gericht op doelmatigheid noodzakelijk. Het is hiervoor niet nodig medisch specialisten onder de WNT te brengen (zie ook paragraaf 3.3).

Afspraken geestelijke gezondheidszorg

Nieuwe bekostigingsystematiek GGZ. In het huidige bekostigingsmodel in de GGZ is de beloning van zorgverleners voornamelijk gebaseerd op het aantal behandelde minuten per patiënt, de zogenaamde "uurtje factuurtje"-systematiek. In de 'Agenda voor gepast gebruik en transparantie' hebben GGZ-partijen afgesproken dat de bekostiging van de GGZ wordt aangepast. Er worden criteria voor de zorgstandaarden ontwikkeld voor op- en afschaling van zorg om zo bij te dragen aan gepast gebruik. Afspraken over de afronding van deze nieuwe bekostigingsystematiek in samenwerking met partijen bevorderen gepast gebruik.

Verminderen praktijkvariatie. Ook in de geestelijke gezondheidszorg dragen afspraken over het beschikbaar stellen en onderzoeken van informatie over praktijkvariatie bij aan het terugdringen van met name overbehandeling. Deze informatie kan tevens zorgverzekeraars steunen in de zorginkoop.

Afspraken eerste lijn

Periodieke beoordeling medicijngebruik van 75-plussers. Op hogere leeftijd hebben mensen vaak meer chronische aandoeningen, wat leidt tot een hoog medicijngebruik. Medicijnen voor verschillende aandoeningen kunnen een negatieve invloed op elkaar of op andere aandoeningen hebben. Ook kan een combinatie van medicijnen vermijdbare bijwerkingen hebben. Hoog medicijngebruik vergroot bovendien het risico op verkeerd medicijngebruik. Het is wenselijk om bij mensen met een hoog medicijngebruik, met name bij kwetsbare mensen op hogere leeftijd, periodiek te beoordelen of er nog sprake is van passend medicijngebruik. Dit kan tot minder gebruik van medicijnen en/of een lagere dosis leiden, en bovendien tot betere uitkomsten. Afspraken over periodieke evaluaties van medicijngebruik voor oudere mensen met chronische aandoeningen dragen daarom bij aan gepaster medicijngebruik.

Verminderen praktijkvariatie. Vanwege de poortwachterfunctie die de eerste lijn heeft is de variatie aan aandoeningen waar een arts mee te maken krijgt zeer breed. Toch kan ook de eerste

³¹ Het samenwerkingsmodel betreft een samenwerkingsverband tussen twee zelfstandige entiteiten: het ziekenhuis en een specialistenmaatschap waarin een aantal specialisten zich hebben georganiseerd. Ziekenhuis en maatschap sluiten een samenwerkingsovereenkomst, met daarin afspraken over de met elkaar te volgen strategie, wederzijdse dienstverlening en de vergoedingen daarvoor, kwaliteit en veiligheid, accountability en aansprakelijkheid (PwC (2014, p. 20) *Een vierdieping van besturingsmodellen voor een duurzame relatie tussen ziekenhuis en specialist*. Rapportage in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen).

lijn profiteren van spiegelinformatie over praktijkvariatie. Specifiek waar het gaat om het voorschrijven van medicijnen en het doorverwijzen naar de tweede lijn. Ook in de eerste lijn dragen afspraken over registratie en beschikbaarheid van informatie over praktijkvariatie daarom bij aan gepast gebruik.

Afspraken wijkverpleging

Zorginhoudelijke bekostiging wijkverpleging. In de wijkverpleging is de bekostiging sinds 2017 gebaseerd op een uniform uurtarief voor alle zorg. Deze vorm van bekostiging geldt als een tussenstap naar een meer zorginhoudelijk bekostigingsmodel voor de wijkverpleging. Afspraken over de ontwikkeling van een bekostigingsmodel op basis van zorginhoud dragen enerzijds bij aan gepast gebruik door de productieprikkel van het huidige uniforme uurtarief te beperken. Daarnaast kan het de administratieve lasten van wijkverpleegkundigen reduceren door de bekostiging te baseren op informatie die ook voor de zorgverlening van de wijkverpleegkundige relevant is.

Verminderen praktijkvariatie. De zorginhoudelijke informatie die nodig is voor de ontwikkeling van een nieuw bekostigingsmodel is eveneens bruikbaar als spiegelinformatie. Afspraken over het beschikbaar stellen van deze informatie voor vergelijkend onderzoek door zorgverleners en zorgverzekeraars dragen daarom eveneens bij aan het verminderen van praktijkvariatie.

3.1.2 Zorg op de juiste plek

Afspraken medisch-specialistische zorg

Overdragen behandelingen naar de eerste lijn. Om zorg te verplaatsen naar de nabijheid van de patiënt, is van belang dat behandelingen die in de eerste lijn kunnen plaatsvinden daadwerkelijk niet meer worden uitgevoerd in het ziekenhuis. Afspraken over welke specifieke behandelingen voortaan niet meer worden uitgevoerd door het ziekenhuis verschaffen waarborgen dat zorg daadwerkelijk wordt overgedragen. Zorgverzekeraars kunnen hier in de zorginkoop rekening mee houden. Bij deze afspraak zijn meetbare doelen over de hoeveelheid te verplaatsen zorg nodig, in combinatie met vooraf vastgestelde verschuivingen van budgetten.

Verminderen opleidingsplekken voor medisch specialisten. De beweging naar meer zorg in de nabijheid van de patiënt betekent dat er minder behoefte is aan medisch specialisten in de tweede lijn. Afspraken over het verplaatsen van zorg gaan daarom gepaard met afspraken over het beperken van opleidingsplekken voor medisch specialisten.

Volumenormen opnemen in professionele- en kwaliteitsstandaarden. Wanneer bekend is dat de kwaliteit van een behandeling toeneemt wanneer de zorgverlener deze vaker uitvoert, dan is het wenselijk dat de volumenormen worden opgenomen in professionele- en kwaliteitsstandaarden. De IGZ handhaaft daarop. De volumenormen kunnen zowel betrekking hebben op het instellingen als op professionals, afhankelijk van de factoren die bijdragen aan betere kwaliteit.

Afspraken geestelijke gezondheidszorg

Verdeling tussen gespecialiseerde GGZ, basis GGZ en POH GGZ. Binnen de GGZ is van belang dat patiënten op het juiste niveau behandeld worden. Behandeling op een lager niveau wanneer dat kan leidt tot lagere kosten. Afspraken over welke patiënten zinvol behandeld worden in de gespecialiseerde GGZ, en welke patiënten ook in de basis GGZ behandeld kunnen worden, of door de POH GGZ, verhogen de doelmatigheid en brengen de zorg dichterbij voor de patiënt. De ontwikkeling van een nieuw bekostigingsmodel biedt de mogelijkheid om de bekostiging van de gespecialiseerde GGZ en de basis GGZ te integreren, en bevordert zo eveneens dat patiënten op de juiste plek worden behandeld.

Voorkomen recidive met e-health. Uit pilots³² bij angst en depressie is gebleken dat ondersteuning met e-health kan helpen om recidive te voorkomen. Daarmee kan de toepassing van e-health thuis kosten in de basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ voorkomen. Afspraken over ondersteuning van patiënten na afronding van hun behandeling met e-health kunnen daarmee zorg verplaatsen naar de thuissituatie.

Afspraken eerste lijn

Overnemen behandelingen van de tweede lijn. Om zorg vanuit de tweede lijn te kunnen verplaatsen naar de eerste lijn, is het nodig om te waarborgen dat deze zorg ook daadwerkelijk wordt geleverd in de eerste lijn. Afspraken over welke specifieke behandelingen de eerste lijn gaat overnemen van de tweede lijn verschaffen duidelijkheid voor welke zorg de eerste lijn verantwoordelijk is. Bij deze afspraak zijn meetbare doelen over de hoeveelheid te verplaatsen zorg nodig, in combinatie met vooraf vastgestelde verschuivingen van budgetten.

Meer samenwerking tussen eerstelijns zorgverleners. Het uitbreiden van zorg dichtbij wordt makkelijker wanneer zorgverleners gaan samenwerken. Zij kunnen de investeringen die nodig zijn dan beter financieren en ook beter benutten. Afspraken over het vergroten van samenwerking in de eerste lijn vergroten de mogelijkheden voor het verplaatsen van zorg naar de nabijheid van de patiënt. Om deze afspraken te ondersteunen kan in de bekostiging een beloning voor samenwerking worden opgenomen. Met zorgverzekeraars kunnen afspraken worden gemaakt over de inkoop van een dergelijke prestatie.

Meer opleidingsplekken voor eerstelijns zorgverleners. Meer zorg dichtbij vraagt op termijn ook om meer zorgverleners dichtbij, omdat er grenzen zijn aan de zorg die met de bestaande capaciteit van zorgverleners in de eerste lijn mogelijk is. Afspraken over het uitbreiden van het aantal opleidingsplekken voor zorgverleners die zorg in eerstelijns centra en aan huis kunnen leveren zoals huisartsen, hbo-verpleegkundigen en praktijkondersteuners maken het verlenen van meer zorg dichtbij mogelijk.

Ondersteuning van behandelingen aan huis en e-health. Niet alleen in de eerste lijn kan veel zorg plaatsvinden die nu nog in ziekenhuizen wordt geleverd. Steeds meer zorg kan ook thuis worden geleverd. E-health levert daarvoor nieuwe mogelijkheden. Vaak zal daarbij wel ondersteuning ter plekke of op afstand door een professional nodig zijn. Afspraken over de bekostiging van ondersteuning voor zorg aan huis via e-health bevorderen deze beweging.

Afspraken wijkverpleging

Ondersteunen van behandelingen aan huis. Wanneer zorg wordt verplaatst van het ziekenhuis naar de thuissituatie, kan daarbij ondersteuning van een verpleegkundige nodig zijn. Bijvoorbeeld bij behandelingen die aan huis kunnen plaatsvinden, of bij nazorg na behandeling in het ziekenhuis om herstel te bevorderen of juist voorzorg voorafgaand aan een behandeling. Afspraken over ondersteuning van het verplaatsen van zorg naar de thuissituatie vanuit de wijkverpleging dragen hier aan bij.

Meer opleidingsplekken HBO-V. De behoefte aan verpleegkundigen groeit, met name in de wijkverpleging. Deze mensen zijn nodig om de groeiende behoefte aan langer thuis wonen te ondersteunen en om zo de kwaliteit van zorg aan huis op peil te houden. Ook het verplaatsen van curatieve zorg naar de thuissituatie verhoogt de behoefte aan wijkverpleegkundigen. Afspraken over het vergroten van het aantal opleidings- en stageplekken voor verpleegkundigen dragen hieraan bij.

³² J.P. Heida en J. Hoendervanger (SiRM): Next level gezondheidszorg: Hoe de zorg efficiënter en beter kan. <http://www.sirm.nl/wp-content/uploads/2016/12/Rapportage-SiRM-Next-level-gezondheidszorg.pdf>

3.1.3 Eenvoud en samenhang

Afspraken medisch-specialistische zorg

Registratie en beschikbaarheid van kwaliteitsindicatoren o.b.v. uitkomsten. Registratie en transparantie van kwaliteitsindicatoren maakt het voor patiënten en zorgverzekeraars mogelijk om betere keuzes te maken. Daarbij is van belang dat kwaliteitsindicatoren betrekking hebben op de uitkomsten van zorg. Het is nodig om meetbare afspraken te maken over de te ontwikkelen indicatoren. Daarnaast kan het Zorginstituut een leidende rol nemen in het overleg met zorgverleners, patiënten, zorgverzekeraars en toezichthouders over de vraag welke registraties nuttig zijn voor goede indicatoren. Daarbij kunnen zij ook vaststellen welke registraties niet noodzakelijk zijn, en tot hoge administratieve lasten leiden. Zo is het mogelijk om afspraken te maken over het gelijktijdig verminderen van de administratieve lastendruk, en het vergroten van beschikbare relevante informatie. Gestandaardiseerde kwaliteitsindicatoren maken het voor patiënten en zorginkopers eenvoudiger om goede keuzes te maken. Het vergroot ook de mogelijkheden van zorgverleners die betere zorg leveren om meer patiënten aan te trekken.

Belonen van uitkomsten. Door de beloning van zorgverleners in de medisch-specialistische zorg te baseren op de uitkomsten van zorg, worden zij beloond voor het centraal stellen van de patiënt. De beloning is daarmee logisch gekoppeld aan de daadwerkelijk geleverde kwaliteit van zorg. Bovendien wordt specialisatie interessanter wanneer excellentie wordt beloond. Een ambitieuze afspraak is om ernaar te streven dat in 2021 30 procent van de inkomsten van de medisch-specialistische zorg gebaseerd is op uitkomsten. Zorgverzekeraars kunnen dit bereiken door het maken van afspraken over de beloning van ziekenhuizen.

Afspraken geestelijke gezondheidszorg

Registratie en beschikbaarheid van kwaliteitsindicatoren o.b.v. uitkomsten. Ook in de geestelijke gezondheidszorg is verbetering van de informatie over kwaliteit nodig, om zowel patiënten te ondersteunen in hun keuze, als de zorgverzekeraar in de zorginkoop. Afspraken over de registratie en beschikbaarheid van indicatoren kunnen ook hier worden ondersteund door een leidende rol van het Zorginstituut en betrokkenheid van alle relevante partijen.

Afspraken eerste lijn

Samenwerking met wijkverpleging bij zorg aan huis. De huisarts is vaak het eerste aanspreekpunt voor mensen met een behoefte aan zorg en ondersteuning, zoals voor kwetsbare ouderen. Andersom hebben wijkverpleegkundigen ook een belangrijke signaalfunctie bij hun cliënten in geval van medische klachten waarbij de huisarts nodig is. Er is een grijs gebied tussen behoefte aan curatieve en langdurige zorg bij kwetsbare ouderen, zeker wanneer zij langer thuis blijven wonen. Daarom zijn afspraken over betere samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen van belang om de kwaliteit en doelmatigheid van zorg aan huis te verbeteren.

Afspraken wijkverpleging

Samenwerking met eerste lijn bij behandelingen aan huis. Deze afspraken dienen aan te sluiten bij de afspraken die in de eerste lijn gemaakt worden over samenwerking met de wijkverpleging (zie voorgaande paragraaf).

Samenwerking met de Wmo bij langdurige zorg aan huis. Cliënten die wijkverpleging aan huis ontvangen, maken vaak ook gebruik van ondersteuning uit de Wmo. Voor cliënten is het onderscheid tussen wijkverpleging en ondersteuning niet altijd duidelijk. Voor hen is het allemaal zorg. Dit onderscheid tussen domeinen mag geen barrière zijn voor kwetsbare ouderen om de juiste zorg te ontvangen. Daarom is van groot belang dat deze zorg goed op elkaar aansluit. Dat

vraagt om samenwerking en duidelijke afspraken tussen zorgverzekeraars en wijkverpleegkundigen in de Wlz, en gemeenten en ondersteuners in de Wmo. Daarbij moet op zijn minst voor zorgverleners en zorginkopers helder zijn welke zorg onder welk domein valt, en wie er voor de cliënt het aanspreekpunt is. Een betere organisatie van zorg aan huis in de Wmo en de Zvw kan bovendien helpen om de Wlz te ontlasten.

Box: Zorgakkoorden in de langdurige zorg

Binnen de Zvw ligt de verantwoordelijkheid voor inhoudelijke verbeteringen van de zorg voornamelijk bij zorgverleners en zorgverzekeraars. Ook voor de budgettaire beheersing is de medewerking van deze partijen van belang. Daarom ligt het voor de hand om als nieuw kabinet allereerst met veldpartijen in de Zvw om tafel te gaan, en te proberen afspraken te maken over de inhoud en de budgettaire ontwikkeling in een akkoord.

Binnen de Wlz en de Wmo heeft de (decentrale) overheid meer mogelijkheden om te sturen op zowel de zorginhoud als de budgettaire ontwikkeling. Toch kan een kabinet ervoor kiezen om ook in de Wlz en de Wmo afspraken te maken met gemeenten, zorgkantoren en zorgaanbieders, om de realisatie van inhoudelijke doelen te bevorderen zoals het streven naar meer innovatie en meer persoonsgerichte zorg en ondersteuning. Deze akkoorden kunnen de aanvullende maatregelen, zoals omschreven in paragraaf 3.2, flankeren. Het kabinet kan overwegen om over de volgende onderwerpen in de Wmo en de Wlz afspraken te maken in akkoorden:

- *Beperking van de volumegroei of een doelmatigheidskorting.* Een akkoord kan afspraken bevatten over de budgettaire- of volumegroei in de Wlz en Wmo als geheel, of bijvoorbeeld over de verdeling van de groei over de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg binnen de Wlz. Daarbij horen ook afspraken over het voorkomen van wachtlijsten.
- *Kwaliteitsverbetering.* Een akkoord kan afspraken bevatten over de wijze waarop de kwaliteit van zorg duurzaam verbeterd kan worden, bijvoorbeeld welke doelen de sector zal nastreven. Een nieuwe tariefstructuur in de Wlz, met ruimte om te belonen of korten voor het al dan niet voldoen aan kwaliteitsdoelen kan deze afspraken ondersteunen. Dat is nuttig wanneer de afgesproken kwaliteitsdoelen de standaarden in het kwaliteitskader overstijgen. Het kwaliteitskader wordt namelijk al afgedwongen door het toezicht van de IGZ.
- *Samenwerking over de wettelijke domeinen heen.* De zorgakkoorden in de Zvw, met name in de eerste lijn en de wijkverpleging, kunnen afspraken bevatten waarbij de samenwerking met zorgverleners en gemeenten in de Wlz en de Wmo wenselijk is, waarbij goed gedrag – dat wil zeggen mensen zolang mogelijk thuis laten wonen – wordt beloond zonder dat dit per saldo extra geld kost. Kwetsbare mensen hebben immers vaak niet alleen medische hulp, maar ook ondersteuning uit het sociale domein nodig. Door goede verbindingen tussen zorgverleners uit beide domeinen, kunnen signalen beter aan elkaar worden doorgegeven en kan zorg beter op elkaar worden afgestemd. Eenzaamheid vertaalt zich vaak in een verhoogd bezoek bij de huisarts. Ook preventieve zorg, zoals valpreventie vraagt acties vanuit beide domeinen.
- *Arbeidsmarkt.* Een akkoord kan afspraken bevatten over onder meer het vergroten van het aantal opleidingsplekken voor zorgverleners in de langdurige zorg, met name bij de opleiding HBO-verpleegkunde, om in de toekomst te kunnen blijven voldoen aan de zorgvraag die door de vergrijzing steeds toeneemt.

3.2 Aanvullende maatregelen bij zorgakkoorden

De TW adviseert om de volgende maatregelen in aanvulling op zorgakkoorden te nemen.

Deze maatregelen betreffen beleid dat niet onder de zorgakkoorden in de Zvw valt. Eventuele akkoorden in de Wlz en de Wmo, kunnen de maatregelen in deze paragraaf flankeren. Deze paragraaf bevat beleidsmaatregelen in de langdurige zorg, en beleid gericht op pakketbeheer en genees- en hulpmiddelen in de Zvw.

Maatregel		2021 (€ mld)
Gepast gebruik	Pakketbeheer	0,0
	Voorwaardelijke pakkettoelating wordt omgevormd tot subsidieregeling	
	Bevordering gepast gebruik en doelmatigheid vanuit pakketbeheer	
	Wlz en Wmo/Jeugd	0,7 ³³
	Doelmatigheidskorting Wlz	
	Doelmatigheidskorting Wmo/Jeugd	0,2
	Gepast gebruik van pgb's (vooral Wlz)	
	Verscherpte budgethoudertoets	
	Pgb periodiek evalueren met een professional	
	Beperken van informele vergoeding pgb (nieuwe instroom)	
	Pgb om zorg thuis te organiseren (nieuwe instroom)	
Pgb-tarief gelijktrekken met feitelijk Wlz-tarief		
Eenvoud en samenhang	Eenvoud en samenhang in de Wlz	0,1
	Introductie van een maatwerkindicatie in de Wlz	
	Behandeling op maat in de gehandicaptenzorg	
	Vijfjarige indicatiestelling voor zzp VG 6	
	Afschaffen dagbesteding voor schoolgaande kinderen	0,4
	Grip op geneesmiddelen	
	Uitbreiding centrale inkoop genees- en hulpmiddelen	
	Nieuwe vergoedingslimieten voor de geneesmiddelen in het GVS	
	Aanpassen Wet geneesmiddelenprijzen op basis van tien landen	
	Uniforme barcodering genees- en hulpmiddelen	

3.2.1 Gepast gebruik

Pakketbeheer: Aanpassing instrument voorwaardelijke toelating

Voorwaardelijke pakkettoelating wordt omgevormd tot subsidieregeling. De huidige regeling voor voorwaardelijke pakkettoelating wordt vervangen door een beter toegankelijke en meer effectieve subsidieregeling gericht op onderzoek naar nieuwe, veelbelovende en pakketwaardige interventies. Doel is dat innovaties voor de patiënt op een veilige wijze én sneller dan voorheen in het basispakket kunnen stromen. Nieuwe elementen van deze subsidieregeling zijn een verbreding van de onderzoeksstadia, het loslaten van de eis dat de interventie breed toegankelijk moet zijn tijdens het onderzoek en een verlaging van de toegangsdrempels voor de financiering.

Bevordering gepast gebruik en doelmatigheid vanuit pakketbeheer. Er wordt een nieuw pakketmechanisme ontwikkeld om beheerste en doelmatige pakketinstroom te bevorderen, gericht

³³ Dit rapport neemt de MLT-raming voor de zorguitgaven van het CPB, zoals gepubliceerd op 30 maart 2016, en de actualisatie van deze raming in de MEV 2017 als uitgangspunt. De maximale doelmatigheidskorting op Wlz, Wmo en Jeugd ten opzichte van dit basispad bedraagt € 0,7 mld. Deze doelmatigheidskorting is reeds voor (circa) € 0,2 mld ingevuld door het kabinet Rutte-Asscher en door het CPB verwerkt in de actualisatie van de MLT in het CEP 2017. De resterende doelmatigheidskorting die door een nieuw kabinet ingezet kan worden bedraagt derhalve nog € 0,5 mld. Voor de omvang van de financiële doelstelling en de maatregelen in het advies van de TW heeft dit geen gevolgen.

op doelmatige inzet van nieuwe interventies. De kernvraag hierbij is hoe bij nieuwe interventies die het pakket instromen het gepast gebruik en de kwaliteit kunnen worden bevorderd, bijvoorbeeld door dit meer te stimuleren (bijvoorbeeld met een onderzoekssubsidie) en/of hieraan voorwaarden te stellen. Het doel is een cultuurverandering teweeg te brengen bij partijen, te weten meer structureel en gestructureerd inzetten op doorgaand onderzoek naar kosteneffectiviteit, doelmatigheid en kwaliteit van nieuwe zorg bij pakketinstroom.

Wlz en Wmo/Jeugd: Doelmatigheidskorting

Doelmatigheidskortingen Wlz en Wmo/Jeugd³⁴. Zoals het CPB in Keuzes in Kaart heeft aangegeven is het mogelijk kortingen bij de Wlz en Wmo/Jeugd op te leggen door de kaders neerwaarts bij te stellen. In de Wlz is daarbij aandacht voor mogelijke weglek naar het pgb noodzakelijk. Doelmatigheidskortingen vragen wel aanvullende maatregelen van zorgverleners om de kwaliteit van zorg op peil te houden.

Gepast gebruik van het pgb

Gepast gebruik van het pgb vraagt om een brede en gedifferentieerde benadering. De doelgroep voor een pgb is in de loop der jaren uitgebreid waarmee er verschillende motivaties zijn voor het aanvragen van een pgb. De pgb-regeling Wlz dient grondig herzien te worden, niet alleen vanwege zorgen om kwaliteit en misbruik, maar ook om de Wlz financieel beheersbaar te houden. Om de kwaliteit van zorg te borgen en de budgethouder te beschermen is meer maatwerk bij de toekenning van een pgb noodzakelijk. De herziening van de Wlz moet in nauwe samenhang met de gemeentelijke pgb's en het Zvw-rgb worden vormgegeven opdat deze zoveel als mogelijk op elkaar blijven aansluiten.

In tegenstelling tot generieke pgb-maatregelen die in het verleden zijn genomen, zijn de maatregelen die de TW adviseert gericht op de motieven van cliënten om voor een pgb te kiezen. Daarmee kunnen de maatregelen vergaande gevolgen hebben voor mensen die al een pgb hebben op basis van de huidige voorwaarden. In deze paragraaf worden daarom de maatregelen "beperking informele vergoeding pgb" en "rgb om zorg thuis te organiseren" beperkt tot nieuwe budgethouders. Dit geldt ook voor de maatwerkindicatie in de Wlz, die grotendeels neerslaat bij budgethouders. Het is mogelijk om deze maatregelen ook op termijn te laten gelden voor bestaande budgethouders. Daarbij kan gedacht worden aan een overgangperiode van bijvoorbeeld 5-10 jaar. Daarmee zijn er beperkte opbrengsten in de huidige kabinetsperiode. Om de beheersbaarheid van de pgb-regeling te vergroten, is het ook mogelijk om deze maatregelen direct toe te passen op de bestaande budgethouders, waarbij de opbrengst binnen deze kabinetsperiode valt. Die optie is opgenomen in paragraaf 3.4.

- **Verscherpte budgethoudertoets.**

Goed vertegenwoordigerschap vereist strengere voorwaarden. Alleen mensen met een lichamelijke of zintuiglijke beperking hebben op eigen kracht toegang tot het pgb. Alle andere doelgroepen hebben per definitie een vertegenwoordiger nodig om een pgb te kunnen beheren (in de Wlz bijna 95 procent). Het is belangrijk te toetsen of deze vertegenwoordigers voldoende capabel zijn om hen zowel de eindverantwoordelijkheid als de aansprakelijkheid voor het pgb te geven. Verstrekkingen kunnen beter worden gefaciliteerd om uitsluitend pgb's toe te wijzen aan iemand die in staat is goede regie te voeren, waarbij er sprake is van goed vertegenwoordigerschap en er geen zorgen om de kwaliteit zijn.

- **Periodieke evaluatie met een professional.**

Om de kwaliteit van zorg te waarborgen kan (waar nodig) verplicht worden gesteld dat iemand, in dienst van of goedgekeurd door het zorgkantoor, periodiek meekijkt met de budgethouder en zijn vertegenwoordiger. Deze beoordelaar kan een vast gezicht worden

³⁴ https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Notitie-10augustus2016-Startnotitie-Keuzes-in-Kaart-2018-2021_0.pdf

(casemanager) voor vragen en kan toezien op de kwaliteit van zorg. Dit geldt met name bij een pgb dat alleen, of voor een groot deel, voor informele zorg wordt ingezet en het toezicht (vanuit de IGZ) ontbreekt. In de Zvw vormt periodieke evaluatie reeds onderdeel van de laatste bestuurlijke afspraken.

- **Beperken van informele vergoeding pgb.**

Door het inkomen van naasten uit pgb's in de Wlz terug te brengen tot een redelijke vergoeding voor zorg die boven de gebruikelijke mantelzorg uitgaat, wordt het pgb teruggebracht tot (uitsluitend) een zorginstrument. Hiertoe kan het informele tarief worden verlaagd en de vergoeding op jaarbasis worden gemaximeerd. De TW realiseert zich dat een substantiële beperking van het budget ingrijpende gevolgen kan hebben voor de zorgverlening, bijvoorbeeld in het beschikbare aantal uren. Daarnaast is het pgb Wlz nog vaak een bron van inkomen voor het betreffende huishouden. 36 procent van het pgb Wlz wordt in het huishouden besteed, veelal nadat betrokkenen hun baan hebben opgezegd. Een lager pgb kan dan ook leiden tot een substantiële inkomensdaling. De TW adviseert om de begrenzing van de informele vergoeding te beperken tot nieuw budgethouders, die zich op de nieuwe regels kunnen voorbereiden.

- **Pgb om zorg thuis te organiseren.**

Het is wenselijk om zorgaanbieders van kleinschalige woonvormen die zich via het pgb laten financieren, te stimuleren tot het sluiten van een contract met een zorgkantoor. Het uitgangspunt bij het pgb is regie en zelfbeschikking thuis. Zorgaanbieders van kleinschalige woonvormen die zich nu via het pgb laten financieren, omdat zij geen contract kunnen of willen krijgen, maken van het pgb de facto een bekostigingsinstrument voor zorg in natura. Kleinschalige wooninitiatieven kunnen op basis van reële eisen worden omgezet naar zorg in natura. Hiermee komt er bovendien meer zicht op de kwaliteit. De omzetting betekent ook een verlichting van administratieve lasten voor de budgethouders. Tegelijkertijd kan de toeslag kleinschaligheid in de Wlz worden afgeschaft voor nieuwe budgethouders. Het pgb wordt zo teruggebracht tot een instrument waarmee zorg zelf thuis vorm kan worden gegeven.

- **Pgb-tarief gelijktrekken met feitelijk Wlz-tarief.**

Zorgkantoren onderhandelen over de prijs van zorg in natura op basis van deze maximale tarieven met de zorgaanbieders. Uitkomst van deze onderhandeling is dat de gedeclareerde tarieven op dit moment ca. 5 procent lager uitvallen. Voor het pgb vindt een dergelijke onderhandeling niet plaats. Zorgverleners en zorgaanbieders die vanuit een pgb worden betaald krijgen zo een relatief hoog tarief. Hiervan kan voor een zorgverlener/zorgaanbieder een prikkel uitgaan om (uitsluitend) te werken voor budgethouders. Met deze maatregel wordt het verschil in tariefstelling tussen pgb en zorg in natura, en daarmee de genoemde prikkel, weggenomen.

Het is ook mogelijk om het pgb als geheel te vervangen door een nieuwe, beter beheersbare regeling. Dit vereist een nieuw uitwerkingstraject en deze optie is daarom geen onderdeel van dit rapport. Ook bij een nieuwe regeling kan onderscheid gemaakt worden tussen een regeling voor alleen nieuwe budgethouders, of een regeling die (op termijn) ook voor bestaande budgethouders gaat gelden.

3.2.2 Eenvoud en samenhang

Eenvoud en samenhang in de Wlz

Het is voor bepaalde groepen cliënten soms onduidelijk vanuit welk stelsel zij zorg krijgen. De langdurige zorg is in verschillende domeinen opgedeeld. Zo is de Wmo vormgegeven als een voorziening en zijn Wlz en Zvw (wijkverpleging) een verzekering met recht op zorg. Cliënten met een behoefte aan zorg en ondersteuning thuis kunnen vanuit verschillende domeinen worden bediend. Een integraal pakket aan maatregelen kan eraan bijdragen dat wat een cliënt aan

zorg ontvangt niet langer afhankelijk is van het domein van waaruit de zorg wordt geleverd. Naast maatregelen met een budgettaire opbrengst zijn onderstaand enkele maatregelen opgenomen die ook bijdragen aan eenvoud en samenhang.

- **Introductie van een maatwerkindicatie in de Wlz.**

Een Wlz-maatwerkindicatie en het meewegen van de sociale context in de Wlz zorgen er voor dat de geleverde zorg thuis beter aansluit bij de zorgbehoefte. Een maatwerkindicatie leidt ertoe dat de indicatiestelling voor cliënten die thuis willen wonen kan verschillen van de indicatiestelling voor mensen die zorg in een instelling ontvangen. Dit betreft een sterke wijziging in de werkwijze van verschillende partijen, in het bijzonder het CIZ en de zorgkantoren. De uitwerking vergt ook de mogelijke aanpassing van wet- en regelgeving. Net als in de Wmo en de Zvw (wijkverpleging) kan in de Wlz de sociale context worden meegewogen bij de indicatiestelling. De toegang tot de Wlz wijzigt daarbij niet, maar bij vaststelling van de zorg die mensen nodig hebben kan worden gekeken vanuit de zorgbehoefte van de cliënt: welke zorg is nodig en sluit aan bij de persoonlijke omstandigheden. Dit betekent dat niet langer een standaardpakket wordt geïndiceerd, maar dat bij de indicatie wordt bezien welke zorgbehoefte leidt tot een professionele zorgvraag en wat met mantelzorg kan worden ingevuld. Dit zal ook het beroep op pgb's verminderen. Omdat de meeste Wlz-zorg thuis wordt geleverd in de vorm van een pgb, is de TW maatregel in deze paragraaf alleen van toepassing op nieuwe cliënten. Verbreding van de maatregel naar de bestaande populatie kan forse consequenties hebben voor het toegekende pgb, en is uitgewerkt in paragraaf 3.4.

- **Behandeling op maat in de gehandicaptenzorg.**

De Wlz kent zorgprofielen met en zonder behandeling. Bij een zorgprofiel met behandeling is levenslang voor cliënten een bedrag voor behandeling beschikbaar, terwijl het de vraag is of dit volledige bedrag voor behandeling een leven lang nodig is. Met de invoering van financiering op basis van 'behandeling op maat' is een meer doelmatige en toekomstgerichte inzet van middelen voor behandeling te realiseren. Bij 'financiering op maat' vervallen de mogelijkheden om de middelen die beschikbaar zijn voor dagbesteding en behandeling vanuit het zorgprofiel voor andere vormen van zorg en ondersteuning in te zetten.

- **Vijfjarige indicatiestelling voor zzp VG 6.**

Voor cliënten die in aanmerking komen voor het zorgprofiel VG 6 verstrekt het CIZ voortaan geen oneindige, maar tijdelijke indicaties van maximaal vijf jaar. De aanpak van de gedragsproblematiek kan ertoe leiden dat deze cliënten een ontwikkeling doormaken die maakt dat zij niet meer zijn aangewezen op Wlz-zorg of toe kunnen met een lager zorgprofiel. Deze cliënten behouden toegang tot de Wlz voor onbepaalde tijd, maar dit geldt niet voor hun hoge zorgprofiel.

- **Geen dubbele verstrekking dagbesteding voor schoolgaande kinderen.**

Per 1 augustus 2015 is ingevoerd dat alle kinderen recht hebben op dagbesteding van negen dagdelen, ongeacht de vraag of ze wel of niet naar school gaan. Voor schoolgaande kinderen is daardoor sprake van een dubbele verstrekking. Op dit moment kan er worden gesubstitueerd en is het mogelijk om het budget voor andere zorg in te zetten. Door schoolgaande kinderen geen recht meer te geven op dagbesteding vervalt deze dubbele verstrekking.

- **Compartimentering van de contracteerruimte.**

Verschillen in groei tussen sectoren (V&V, GHZ en GGZ) en binnen sectoren tussen zorg in natura en pgb kunnen beter zichtbaar worden gemaakt. De groei van de sectoren ten opzichte van de demografische groei en effecten van beleid per sector kan worden gevolgd en kan zo bijdragen aan meer sturing op zowel sectoren als leveringsvormen.

- **Objectief verdeelmodel voor instroom in de Wlz per gemeente.**

Gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgverleners in de langdurige zorg spelen met elkaar een belangrijke rol om het mogelijk te maken dat mensen, zolang gewenst is,

langer thuis kunnen blijven wonen. Het ontwikkelen van een objectief verdeelmodel helpt om na te gaan wat op lokaal niveau een redelijke instroom in de Wlz is.

- **Zorginkoop stuurt op kwaliteit en doelmatigheid.**
In de Wlz zijn er grote verschillen in doelmatigheid tussen instellingen. Dit heeft te maken met bijvoorbeeld omvang overhead en beheer van het vastgoed. Verschillen doen zich ook voor in de directe cliëntgebonden uren per medewerker. Uit onderzoek blijkt dat er een directe relatie ligt tussen bedrijfsvoering en kwaliteit. Bij de zorginkoop zal gestuurd worden op doelmatigheid. De best presterende instellingen moeten een voorbeeld worden voor de rest.
- **Meerjarige contracten in de Wlz.**
Het onderhandelingsproces tussen zorgkantoren en zorgverleners in de Wlz brengt ieder jaar administratieve lasten met zich mee. Dat kan leiden tot onnodige kosten. Daarom is het wenselijk dat het aantal meerjarige contracten wordt vergroot. Het kabinet kan overwegen om, mogelijk met bestuurlijke afspraken, ook de contracteerruimte voor meerdere jaren vast te leggen. Dat vergroot de mogelijkheden voor het sluiten van meerjarige contracten, waarin afspraken worden gemaakt over zowel budget als kwaliteit.

Grip op geneesmiddelen

Door samen te werken bij het inkopen van genees- en hulpmiddelen organiseert de Rijksoverheid inkoopmacht tegen de farmaceutische industrie en hulpmiddelenleveranciers. Samenwerking tussen Rijksoverheid en zorgverleners, maar ook samenwerking met andere overheden vermindert versnippering bij middeleninkoop. Grotere inkoopvolumes bieden daarbij de kans om hogere inkoopkortingen te bedingen bij leveranciers.

- **Centrale inkoop genees- en hulpmiddelen door de Rijksoverheid.**
Door het uitbreiden van het bestaande beleid van prijsonderhandelingen tussen Rijksoverheid en leveranciers bij pakketbesluiten naar alle nieuwe dure middelen, waarvan de jaarlijkse uitgaven boven een nader te bepalen bedrag per middel uitkomen en waar sprake is van een situatie van marktfalen, worden inkoopvoordelen behaald. Daarnaast kan de toepassing van prijsonderhandelingen door de Rijksoverheid worden uitgebreid naar alle bestaande dure geneesmiddelen (met een cumulatief budgettair beslag van € 100 miljoen per middel vanaf de introductie). Het niet opnemen in het pakket of verwijderen uit het bestaande pakket is daarbij een onderhandelingsmiddel.
- **Nieuwe vergoedingslimieten voor de geneesmiddelen in het GVS.**
De Rijksoverheid bepaalt welke geneesmiddelen via de basisverzekering (gedeeltelijk) worden vergoed en hanteert hierbij vergoedingslimieten middels het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Per cluster van therapeutisch vergelijkbare geneesmiddelen is een vergoedingslimiet vastgesteld op basis van de apotheekinkooprijzen. De vergoedingslimieten zijn sinds 1999 niet meer opnieuw berekend. Het gevolg hiervan is dat de actuele prijzen veelal onder de vergoedingslimieten liggen. Dit maakt het GVS ineffectief in het drukken van medicijnprijzen. Herberekening van de vergoedingslimieten leidt deels tot een verschuiving van collectieve naar private zorguitgaven (hogere eigen betalingen voor patiënten).
- **Aanpassen Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) op basis van tien landen.**
De WGP is ingericht om apotheekinkooprijzen in Nederland op een gemiddeld Europees niveau te brengen en ruimte te behouden voor prijsonderhandelingen. Door het preferentiebeleid van zorgverzekeraars zijn de prijzen van generieke geneesmiddelen al met gemiddeld 80 procent gedaald. Door uitbreiding van de WGP naar tien landen en de maximumprijzen vast te stellen op het gemiddelde niveau van de laagste drie prijzen zullen de netto prijzen van geneesmiddelen verder kunnen dalen.

- **Uniforme barcodering genees- en hulpmiddelen.**

Door unieke identificatie kunnen genees- en hulpmiddelen beter worden getraceerd waardoor de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg toeneemt. Door betere identificatie is het makkelijker vast te stellen welke geneesmiddelen zijn toegediend bij een patiënt en welke medische hulpmiddelen zijn gebruikt. De maatregel gaat daarnaast verspilling tegen. Betrokken organisaties pleiten al enige tijd voor het gebruik van uniforme barcodes voor genees- en hulpmiddelen in de gehele zorgsector. De meeste geneesmiddelen zijn al voorzien van een barcode. Bij een klein deel ontbreekt de barcode of is de barcode niet goed leesbaar. Ziekenhuisapothekers zien vanwege de patiëntveiligheid graag dat de barcode door de fabrikant op de kleinste afleververpakking wordt aangebracht. Nu doen zij dit zelf.

3.3 Vervangend beleid voor zorgakkoorden

Wanneer het sluiten van zorgakkoorden (paragraaf 3.1) niet lukt, kan het kabinet vervangend beleid voeren om de akkoorden te vervangen, in aanvulling op de in paragraaf 3.2 benoemde maatregelen. Vooraf is niet zeker of het mogelijk is om een akkoord met de beoogde inhoudelijke en budgettaire doelen te bereiken. Het is onwenselijk dat er dan geen vooruitgang wordt geboekt in het verbeteren van de betaalbaarheid en de kwaliteit van de zorg. De Rijksoverheid kan zelf door het nemen van beleidsmaatregelen ook invulling geven aan de drie rode draden: gepast gebruik, zorg op de juiste plek, eenvoud en samenhang. Bij het in deze paragraaf geschetste beleid bestaat overigens nog steeds de mogelijkheid samen te werken met partijen die daartoe bereid zijn.

	Maatregel	2021 (mld €)
Vervangend beleid	Doelmatigheidskortingen MSZ, GGZ en wijkverpleging	1,2
	Nieuwe bekostigingssystematiek GGZ	
	Verplichte loondienst voor medisch-specialistische zorg	
	Vertaling adviezen "Zinnige Zorg" in standaarden	
	Opleidingsplekken voor medisch specialisten beperken	
	Meer opleidingsplekken voor artsen en andere professionals in de eerste lijn	
	Schrappen en verlagen van tarieven van DBC's in de tweede lijn	
	Uitbreiding van het A-segment inclusief benchmarktarieven	
	Volumenormen opnemen in de professionele- en kwaliteitsstandaarden	
	Vergunningplicht voor het uitbreiden van capaciteit	
	Doelmatigheidscriterium in Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv)	
	Verplichte registratie en transparantie gestandaardiseerde kwaliteitsindicatoren	
	Uitkomstbekostiging	
	Verbeteren transparantie polisaanbod door beperken collectiviteiten	

De Rijksoverheid kan een doelmatigheidskorting opleggen bij de MSZ, GGZ en wijkverpleging. Het is mogelijk een korting bij de MSZ, GGZ en wijkverpleging te realiseren, door het macrobeheersinstrument (MBI) in te zetten. Inzet van het MBI zonder inhoudelijk beleid brengt echter wel het risico met zich mee dat de kwaliteit van zorg vermindert.

Vervangend beleid is daarbij nodig om de kwaliteit van zorg op peil te houden. In lijn met de drie rode draden schetste de TW aanvullende inhoudelijke maatregelen die de overheid kan nemen om de kwaliteit van zorg te waarborgen.

Toelichting per maatregel

Nieuwe bekostigingssystematiek GGZ. In het huidige bekostigingsmodel in de GGZ is de beloning van zorgverleners voornamelijk gebaseerd op het aantal behandelde minuten per patiënt, de zogenaamde "uurtje factuurtje"-systematiek. Om deze overbehandeling tegen te gaan wordt een nieuw bekostigingssysteem in de GGZ ingevoerd. In de "Agenda voor gepast gebruik en transparantie" hebben GGZ-partijen afgesproken dat de bekostiging van de GGZ wordt aangepast. Er worden criteria voor de zorgstandaarden ontwikkeld voor op- en afschaling van zorg om zo bij te dragen aan gepast gebruik.

Medisch specialisten in loondienst. Om gepast gebruik van zorg en het verplaatsen van zorg uit het ziekenhuis naar de nabijheid van de patiënt te bevorderen, is belangrijk om te waarborgen dat specialisten geen tegengestelde belangen bij deze beweging hebben. In een akkoord kan

daartoe een afspraak worden gemaakt om over te gaan op het participatiemodel of loondienst. Maar wanneer er geen akkoord wordt gesloten in de medisch-specialistische zorg, is het loondienstmodel de enige manier voor de overheid om de productieprikkel te beperken en gelijke belangen van ziekenhuizen en specialisten te waarborgen. Dit kan door in de wet te verplichten dat medisch-specialistische zorg alleen mag worden gedeclareerd door artsen in loondienst. Het is hiervoor niet nodig medisch specialisten onder de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen in de publieke en semipublieke sector (WNT) te brengen. Het onder de WNT brengen van medisch specialisten zal (extra) weerstand oproepen tegen het in loondienst gaan. Juridisch zal het niet eenvoudig zijn de noodzakelijkheid en de proportionaliteit van deze maatregel aan te tonen. Ook is er een risico dat vrijgevestigde medisch specialisten (deels) moeten worden gecompenseerd voor de goodwill.

Vertaling adviezen “Zinnige Zorg” in standaarden. Indien het niet lukt om met akkoorden afspraken te maken over de naleving van de adviezen van het Zorginstituut in het traject “Zinnige Zorg”, waarmee gepast gebruik wordt bevorderd, is een mogelijk alternatief om aan het Zorginstituut te vragen zo nodig haar doorzettingsmacht in te zetten en deze adviezen te vertalen in standaarden.

Schrappen en verlagen van tarieven van DBC’s in de tweede lijn. Het verplaatsen van relatief eenvoudige zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn kan zonder akkoorden door de bekostiging van diagnostiek en behandelingen die ook in de eerste lijn kunnen plaatsvinden te schrappen. Ook het verlagen van de tarieven naar het niveau in de eerste lijn is mogelijk, zie daarvoor de maatregel “uitbreiding van het A-segment”.

Opleidingsplekken voor medisch specialisten beperken en meer opleidingsplekken voor artsen en professionals in de eerste lijn. Om in de toekomst het verplaatsen van zorg naar de nabijheid van de patiënt te stimuleren kan de overheid ook zonder akkoorden het aantal opleidingsplekken voor medisch specialisten beperken, en het aantal plekken voor artsen en andere professionals in de eerste lijn, zoals praktijkondersteuners, vergroten. Er is een risico dat door de toestroom van minder specialisten tot de arbeidsmarkt de prijzen zullen stijgen. Om dat te voorkomen is het wenselijk om deze maatregel te combineren met een verplichting tot loondienst voor medisch-specialistische zorg.

Uitbreiding van het A-segment (gereguleerde tarieven) inclusief de toepassing van benchmarktarieven. Regulering van tarieven kan zonder akkoorden om twee redenen wenselijk zijn. Ten eerste kan het wenselijk zijn om de tarieven te verlagen van zorg waarvan verplaatsing naar de eerste lijn wenselijk is. Daarmee zal het voor veel tweedelijns instellingen oninteressant maken om relatief eenvoudige zorg te blijven leveren. Het afdwingen van een lager tarief is alleen mogelijk door de zorg onder het A-segment te brengen. Daarnaast kan regulering van de tarieven onder het A-segment wenselijk zijn wanneer de macht van gespecialiseerde zorgverleners ten aanzien van zorgverzekeraars toeneemt. De NZa stelt de tarieven vast op basis van de kosten, procentdaarbij kijkend naar de meest doelmatige zorgverleners.

Volumenormen opnemen in professionele- en kwaliteitsstandaarden. Wanneer bekend is dat de kwaliteit van een behandeling toeneemt als de zorgverlener deze vaker uitvoert, dan is het wenselijk dat het Zorginstituut zondig haar doorzettingsmacht zal inzetten zodat de volumenormen worden opgenomen in de professionele- en kwaliteitsstandaarden. De IGZ kan de volumenormen dan ook handhaven. Daarmee wordt specialisatie ten bate van kwaliteit bevorderd. De volumenormen kunnen zowel betrekking hebben op instellingen als op professionals.

Vergunningplicht voor het uitbreiden van capaciteit voor bepaalde zorg. Ook wanneer specialisten in loondienst zijn, blijven de inkomsten van het ziekenhuis of de GGZ-instelling zelf afhankelijk van de hoeveelheid geleverde zorg. Dat kan ertoe leiden dat instellingen zelf geen belang hebben bij gepaster gebruik, of het verplaatsen van zorg naar de nabijheid van de patiënt. Ze kunnen zonder akkoorden als gedragsreactie de capaciteit voor andere zorg uitbreiden. Om dit

gedragseffect tegen te gaan is een vergunningplicht voor het uitbreiden van capaciteit van bepaalde zorg mogelijk. Wanneer deze mogelijkheid wordt gecreëerd in de wet, kan deze vergunningplicht worden toegepast voor zorg waar een ondoelmatige capaciteitsuitbreiding zichtbaar is. Kanttekening is dat deze maatregel sterk afwijkt van de vrije rol die aan private, risicodragende zorgaanbieders binnen de Zvw is toebedeeld.

Doelmatigheidscriterium in de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv). Het is van belang dat zonder akkoorden de zorgkosten niet onnodig oplopen doordat er meer capaciteit voor specialistische behandelingen wordt gerealiseerd of in stand gehouden dan doelmatig is. Meer centrale sturing op capaciteit is mogelijk door een doelmatigheidscriterium toe te voegen aan de Wbmv, en gebruik te maken van de (bestaande) mogelijkheid deze ook op bestaande zorg toe te passen. Dit draagt bij aan zowel gepast gebruik als specialisatie van zorg.

Verplichte registratie en transparantie van gestandaardiseerde kwaliteitsindicatoren.

Het is ook zonder akkoorden mogelijk om tegelijkertijd de beschikbaarheid van informatie over kwaliteit te verbeteren, en de registratielast voor zorgverleners te verminderen. Wanneer kwaliteitsindicatoren betrekking hebben op de uitkomsten van zorg, bevordert dit gepast gebruik van zorg. Hiervoor is zonder akkoorden een sterkere leidende rol van het Zorginstituut nodig, hoewel het Zorginstituut ook zonder akkoorden kan pogen om zoveel mogelijk in overleg met veldpartijen vast te stellen welke registraties nuttig zijn voor goede kwaliteitsindicatoren, en welke niet. Registratie van kwaliteitsindicatoren kan daarbij verplicht gekoppeld worden aan de declaratie van zorg.

Uitkomstbekostiging. Wanneer kwaliteitsindicatoren op basis van uitkomsten beschikbaar zijn, is het wenselijk om ook de inkomsten van zorgverleners hier afhankelijk van te maken. Zonder akkoorden is het nodig om hier de bekostiging voor aan te passen. Een ambitieuze doelstelling is om in 2021 minimaal 30 procent van de inkomsten van ziekenhuizen middels de bekostiging afhankelijk te maken van uitkomstindicatoren.

Verbeteren transparantie polisaanbod door beperken collectiviteiten. Het polisaanbod op de verzekeringsmarkt kan transparanter door minder herverpakkingen van dezelfde polis, zoals collectiviteiten en labels. De keuze voor de juiste zorgpolis wordt eenvoudiger wanneer polissen alleen verschillen op inhoud. Daarnaast kan meer transparantie over de inhoudelijk verschillen tussen zorgpolissen hier aan bijdragen. Het kabinet kan het toezicht van de NZa aanscherpen op het aantal "herverpakkingen" van de basispolissen in de vorm van collectiviteiten, labels en aangeboden polissen via tussenpersonen. Er is alleen een rechtvaardiging voor de collectiviteitskorting als er sprake is van zorginhoudelijke afspraken waarop de korting kan worden terugverdiend. Dat betekent dat de korting niet wordt betaald door een premieopslag voor andere verzekerden.

3.4 Extra maatregelen om op BBP-groei uit te komen

Om al in de komende kabinetsperiode de zorguitgaven in de pas te laten lopen met het BBP zijn altijd extra maatregelen nodig. Ook indien de overheid akkoorden weet te sluiten, zullen extra maatregelen nodig zijn om in de komende kabinetsperiode al op een groei van de zorguitgaven gelijk aan de groei van de economie uit te komen. De gemaakte budgettaire afspraken in die akkoorden, bepalen hoeveel extra maatregelen. Deze extra maatregelen grijpen directer in op de collectieve zorguitgaven. Het betreft voornamelijk pakketmaatregelen, hogere eigen betalingen en/of het afbouwen van subsidies.

Zorgkeuzes in Kaart en de ombuigingslijst van Financiën schetsen de mogelijkheden voor een pakket aan aanvullende maatregelen. Onderstaand wordt een pakket gepresenteerd dat leidt tot de maximaal vereiste € 2 mld aan extra besparingen op de collectieve zorguitgaven voor de situatie dat er geen akkoorden worden gesloten. De verhoging van het eigen risico in de Zvw fungeert in dit pakket als technische sluitregel voor het bereiken van de besparing.

	Maatregel	2021 (mld €)
Extra maatregelen	Verkleinen basispakket op basis van ziektelast	2,0
	Beperken ouderdomsgerelateerde zorg	
	Beperken recht op kraamzorg	
	Beëindigen bovenregionaal vervoer	
	Afschaffen vrije voet in eigen bijdrage Wlz	
	Versnelde beperking informele vergoeding pgb bestaande budgethouders	
	Versneld toepassen pgb om zorg thuis te organiseren bestaande budgethouders	
	Verhogen eigen risico in de Zvw met € 110	

Toelichting

- Vormen van zorg of diensten voor aandoeningen die een lagere ziektelast hebben dan een bepaald minimum, worden uit het basispakket verwijderd. De maatregel gaat uit van een ziektelast van 0,05 als grens. Dat wil zeggen dat maximaal 5 procent van de gezondheid verloren gaat als de aandoening onbehandeld blijft.
- Een specifieke uitwerking van het inperken van het pakket voor hulpmiddelen kan zijn om dit te richten op betaalbare aanspraken die samenhangen met ouderdom. Deze zorg kwalificeert niet meer als noodzakelijk te verzekeren zorg. Dit is uitgewerkt voor twee pakketonderdelen: incontinentiemateriaal voor ouderen en auditieve hulpmiddelen bij leeftijdsgelateerde slechthorendheid. De maatregel betreft alleen verzekerden van 67 jaar en ouder. Het hanteren van een leeftijdsgrens raakt door de uitgesloten aanspraken uitsluitend personen van 67 jaar of ouder die incontinent of slechthorend zijn.
- Het minimum aantal uren kraamzorg wordt beperkt en de eigen bijdrage voor kraamzorg wordt grotendeels inkomensafhankelijk gemaakt.
- De rijkssubsidie voor bovenregionaal vervoer ("Valys") kan worden stopgezet en de door gemeenten aangeboden Wmo-vervoersvoorzieningen op regionale schaal worden niet aangevuld.
- Door het afschaffen van de vrije voet in de eigen bijdrage in de Wlz komen alle intramurale bewoners daadwerkelijk op de zak- en kleedgeldnorm uit. Deze maatregel heeft inkomenseffecten voor de intramurale Wlz-cliënten.
- De maatregel "beperken van informele vergoeding pgb", wordt versneld toegepast op bestaande budgethouders. Zie paragraaf 3.2 voor toelichting van de maatregel.
- De maatregel "pgb om zorg thuis te organiseren", wordt ook toegepast op bestaande budgethouders. Zie paragraaf 3.2 voor toelichting van de maatregel.
- De maatregel om het eigen risico met € 110 te verhogen vergt een wetswijziging.

Bijlage 1: Taakopdracht

Taakopdracht

Instellen Technische werkgroep Beheersinstrumentarium Zorguitgaven

Inleiding

De ministers van VWS en Financiën hebben besloten tot de instelling per 1 juni 2016 van een Technische werkgroep Beheersinstrumentarium Zorguitgaven. De zorg is een grote collectieve uitgavenpost. De nieuwe MLT-raming van de zorguitgaven van het CPB (30 maart jl.) laat een jaarlijkse groei zien van 3,4% reëel en 4,9% nominaal. Dit betekent - gelet op de verwachte economische groei die lager is - dat beheersing van de zorguitgaven ook de komende jaren noodzakelijk blijft.

De curatieve zorguitgaven zijn de afgelopen periode beheerst toegenomen mede dankzij de grotere risicodragendheid van zorgverzekeraars, het hogere eigen risico en de gesloten hoofdlijnenakkoorden (HLA's). De HLA's lopen af in 2017 en de vraag is hoe de uitgaven ook in de komende kabinetsperiode kunnen worden beheerst. De beheersing van de langdurige zorg vindt plaats op basis van de contracteerruimte en heeft een sterke relatie met de zorg die in het decentrale domein wordt verleend. Mede door de demografische ontwikkeling en de roep om steeds meer vraagsturing is beheersing ook hier een belangrijk aandachtspunt.

De Technische werkgroep wordt verzocht uiterlijk 1 april 2017 met een overzicht te komen van het beschikbare en denkbaar beheersinstrumentarium en voorstellen te doen om de beheersing en houdbaarheid op korte en middellange termijn te kunnen verbeteren. De rapportage wordt zonder kabinetsreactie aan de Tweede Kamer aangeboden en zodoende als technische informatie beschikbaar gesteld ten behoeve van (de formatie van) een nieuw kabinet.

Taakopdracht

De taakopdracht is opgebouwd uit de volgende elementen:

1. Maak een overzicht van het huidige beheersinstrumentarium, een analyse van de (potentiële) werking en een beoordeling van de mate waarin deze bijdragen aan beheersing van de uitgaven. Ga daarbij ook specifiek in op:
 - a. de vormgeving en bereikte resultaten van de huidige HLA's binnen de curatieve zorg. Daarbij wordt gekeken naar de wijze waarop de HLA's, ook in de praktijk, hebben bijgedragen aan de beheerste groei van de zorguitgaven;
 - b. de ontwikkeling van de pgb's, de ontwikkeling van het verzekerd pakket, en de groei van de uitgaven van patiënten met hoge kosten.
2. Onderzoek mogelijke verbeteringen van en aanvullingen op het huidige instrumentarium. Onderzoek behalve de verbetering van dit 'traditionele' instrumentarium met name ook innovatieve instrumenten die kunnen bijdragen aan een beheerste uitgavenontwikkeling.
3. Doe in het kader van de beheersing van de zorguitgaven concrete voorstellen voor verbetering van de doelmatigheid van de zorg. Kijk daarbij expliciet naar: transparantie van kwaliteit, de rol van zorgverzekeraars, marktordering, prikkels en wijze van bekostiging. En besteed daarbij ook aandacht aan de samenhang tussen zorgdomeinen (curatieve zorg, langdurige zorg, preventie, jeugd en maatschappelijke ondersteuning).
4. Breng aan de hand van verschillende groeiscenario's voor de komende kabinetsperiode in beeld welke pakketten aan beheersinstrumenten kunnen worden ingezet om de groei van de zorguitgaven onder de MLT-raming te brengen. Bezie daarbij ook de toegevoegde waarde en vormgeving van een sluitregel indien de zorguitgaven niet binnen het beschikbare kader blijven.

Toelichting

Uit te voeren activiteiten

De Technische werkgroep neemt het huidige zorgstelsel als uitgangspunt. Dit betekent doorgaan op het pad van de gereguleerde marktwerking in de curatieve zorg en de hervorming van de langdurige zorg. Ter uitwerking van deze beleidskeuzes brengt de werkgroep (aanvullende) mogelijkheden voor verdere verbetering van de beheersing in kaart, waarbij kan worden gesteund

op de diverse studies op dit gebied waaronder de rapporten Zorgkeuzes in Kaart, Taskforce beheersing zorguitgaven en andere studies van o.a. het CPB, de NZa, ZIN, het CBG en de Celsusacademie. Ook het rapport van de Algemene Rekenkamer (najaar 2016) over de werking van de HLA's wordt betrokken bij de uitwerking.

De Technische werkgroep wordt nadrukkelijk gevraagd om te zoeken naar *innovatieve* mogelijkheden voor het beheersen van de zorguitgaven, verder te kijken dan het traditionele instrumentarium en oog te hebben voor de ontwikkelingen die op de zorg afkomen. Het beheersinstrumentarium mag gewenste ontwikkelingen niet belemmeren, maar moet deze bij voorkeur stimuleren. De Technische werkgroep moet antwoorden leveren op de vragen van morgen, niet op de vragen van gisteren.

In de conclusies en aanbevelingen van de rapportage dient helder gemaakt te worden welke stappen op korte en middellange termijn mogelijk zijn voor een goede inzet van het beheersinstrumentarium van de zorguitgaven. Het CPB wordt gevraagd om de effecten van de maatregelen te toetsen. Tevens wordt aangegeven of en welke eventuele wijzigingen in wet- en regelgeving nodig zijn. De wijzigingen worden voorzien van een inschatting van de duur van het implementatietraject en van de eventueel noodzakelijk veronderstelde transitiestappen.

Projectinrichting

De Technische werkgroep Beheersinstrumentarium Zorguitgaven bestaat uit de volgende leden: DGCZ (voorzitter), DGLZ en dMEVA namens VWS, de DGRB, het hoofd van de IRF-sectie VWS en dAFEP namens Financiën alsmede een raadsadviseur van AZ; dFEZ van VWS is secretaris. DGV is agendalid en kan desgewenst op geleide van de agenda deelnemen.

De secretaris van de werkgroep is verantwoordelijk voor de voorbereiding van de vergaderingen van de werkgroep. Het secretariaat wordt gevormd door medewerkers van VWS en medewerkers van Financiën.

Tijdpad

Doelstelling is de rapportage uiterlijk 1 april 2017 aan de twee opdrachtgevers aan te bieden. Het eindrapport zal openbaar worden gepubliceerd zonder kabinetsreactie.

Bijlage 2: Het beheersinstrumentarium

Deze bijlage beschrijft het beheersinstrumentarium dat in het recente verleden is ingezet om de uitgavenontwikkeling te beheersen. Het beheersinstrumentarium voor de zorguitgaven kan in vier type instrumenten/maatregelen worden ingedeeld³⁵:

1. *Budgettering* via macrobudgetten of sectorale budgetten;
2. *Prijsbeheersing*, waarbij een onderscheid gemaakt kan worden tussen beheersing/ beperking van de vergoeding voor zorg en beheersing/beperking van de productiekosten;
3. *Volumebeheersing*, die zowel gerealiseerd kan worden door maatregelen om het aanbod te beperken als door maatregelen die de vraag beperken;
4. *Versterking van de werking van het stelsel* door aanpassing van de structuur of verbetering van de werking van de (gereguleerde) concurrentie/sturingsfilosofie of het stimuleren van betere prestaties en uitkomsten.

1 **Budgettering**

Macrobudgetten

- In de Wlz hanteert de overheid de contracteerruimte op macroniveau, waaronder zorgkantoren de zorg in natura contracteren. De gehele Wlz valt onder dit macrobudget, waaronder de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg. Sinds de invoering van de Wlz vallen pgb's ook onder de contracteerruimte. Daarmee is het zorgkantoor niet meer de enige die contracten sluit met zorgaanbieders ten laste van de contracteerruimte.
- De Wmo en de Jeugdwet zijn onderdeel van het Gemeentefonds, en als zodanig onderdeel van een groter macrobudget waar ook andere uitgaven onder vallen. Binnen het gemeentefonds worden de middelen niet specifiek geormerkt voor de Wmo. Gemeenten kunnen daarom onderschrijvingen elders inzetten. In het geval van tegenvallers moeten zij deze dekken uit andere middelen.

Sectorale budgetten

- De minister van VWS heeft HLA's gesloten met veldpartijen voor de wijkverpleging, MSZ, GGZ en de eerstelijns. Eén van de afspraken die binnen de HLA's zijn gemaakt betreft een financiële afspraak over de groei van de betreffende sector. Aanvullend op de HLA's is aangekondigd dat een MBI wordt ingezet als een sector de afgesproken groei overschrijdt.
- In de HLA's is in de eerste lijn een hoger groeipercentage afgesproken dan in de MSZ om substitutie naar de eerste lijn te bevorderen. Door budget van de ene sector naar een andere sector te verschuiven kunnen gewenste bewegingen worden gestimuleerd. Dit kan gaan over verschuivingen binnen een domein, maar ook tussen domeinen.

Bij zowel macrobudgetten als sectorale budgetten kan de overheid efficiencymaatregelen nemen. Aangezien dergelijke maatregelen zowel op de prijs als het volume van zorg kunnen neerslaan worden ze door het CPB aangemerkt als budgetkortingen. De overheid kan hier afspraken over maken met veldpartijen zoals dat in de HLA's is gebeurd, of een efficiency korting opleggen. De hoogte van de korting moet er rekening mee houden dat het recht op zorg niet wordt aangetast.

2 **Prijsbeheersing**

Beheersing/beperking van de vergoeding voor zorg:

- Het grootste deel van de zorg kent in de huidige situatie vrije prijzen of maximumtarieven. De overheid bepaalt voor welke zorg vrije, vaste of maximumtarieven van toepassing zijn. In het geval van vrije of maximumtarieven wordt de prijs vooral bepaald in de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorginkopers.

³⁵ N. Stadhouders, X. Koolman, M. Tanke, H. Maarse, P. Jeurissen. Policy options to contain healthcare costs: a review and classification. Health Policy 120 (2016) 486-494.

- De overheid kan in sommige gevallen ook prijsafspraken maken met leveranciers. Zo heeft de overheid zelf onderhandeld over de prijs van dure geneesmiddelen, en daarbij ook internationale samenwerking gezocht als tegenkracht voor de farmaceutische industrie.

3 Volumebeheersing

Maatregelen om het aanbod te beperken

- De overheid beïnvloedt via het zorgvolume via het aanbod bij het bepalen van het aantal opleidingsplaatsen voor zorgverleners, bijvoorbeeld medisch specialisten. Tot nu toe is dit instrument niet sturend gebruikt, maar voornamelijk om te waarborgen dat er geen tekorten aan bepaalde zorgverleners, of juist overschotten ontstaan.

Maatregelen die de vraag beperken

De overheid heeft twee instrumenten om het zorgvolume via een beperking van de vraag te beheersen: het pakketbeheer en de inzet van eigen betalingen.

Pakketbeheer

- Het beperken van de vraag doet de overheid in de huidige situatie middels het beheer van het verzekerd pakket. De overheid bepaalt de omvang en inhoud van het basispakket in de Zvw en op welke zorg aanspraak gemaakt kan worden in de Wlz. Het Zorginstituut is belast met het pakketbeheer. Jaarlijks brengt het Zorginstituut pakketadviezen uit. Het kabinet besluit.
- Klassieke pakketingrepen zijn daarnaast ook ingezet om de sector in een gewenste richting te bewegen en niet zozeer om de aanspraken in te perken. Zo is bijvoorbeeld voor de behandeling van claudicatio intermittens (etalagebenen) het basispakket uitgebreid met fysiotherapie om daarmee operatief ingrijpen te voorkomen.
- Stringent pakketbeheer wordt ingezet om enerzijds de kosten van het basispakket beheersbaar te houden en anderzijds een breed pakket te behouden en verbetering van de kwaliteit van zorg. Stringent pakketbeheer leidt niet tot digitale beslissingen of iets wel of niet in het pakket moet, maar tot standaarden voor zorgverleners die aangeven voor welke verzekerden de zorg wel en voor welke verzekerden de zorg niet tot de aanspraken behoort. Het Zorginstituut voert stringent pakketbeheer uit door middel van een systematische doorlichting van het pakket: het project Zinnige Zorg.
- Om de instroom van veelbelovende innovatieve zorg in het pakket te bevorderen is voorwaardelijke toelating geïntroduceerd. Het betreft een tijdelijke toelating van nog niet bewezen effectieve, maar wel veelbelovende geneeskundige zorg onder de voorwaarde dat in de periode van tijdelijke toelating de effectiviteit van de interventie wordt onderzocht.
- De sluis voor dure geneesmiddelen is ingesteld om de financiële druk op het basispakket te beheersen. Nieuwe (indicaties van) geneesmiddelen die een financieel risico vormen door hun hoge budgetimpact worden tijdelijk buiten het verzekerde pakket gehouden. Dit geeft het zorginstituut tijd om een pakketadvies uit te brengen en de overheid ruimte voor prijsafspraken met de fabrikant/leverancier.
- De overheid bepaalt in de Wlz en de Wmo de voorwaarden die worden gesteld aan de verschillende leveringsvormen, de indicatiestelling. Het CIZ geeft indicaties voor de Wlz af, en de gemeenten beheren de toegang tot zorg uit de Wmo. Cliënten kunnen indien ze aan de voorwaarden voldoen kiezen voor een pgb. De Wlz kent daarnaast ook nog de leveringsvormen mpt en vpt. Aanscherping van de voorwaarden voor de verschillende leveringsvormen kan het zorgvolume beheersen.

Eigen betalingen

- Het beperken van de vraag naar zorg gebeurt door van zorggebruikers een eigen betaling te vragen. Naast medefinanciering stimuleert een eigen betaling een bewustere keuze voor gebruik van zorg, en bevordert zo ook het draagvlak voor de solidariteit van mensen die geen zorg gebruiken met degenen die wel zorg gebruiken.

- De Zvw kent het eigen risico, eigen bijdragen voor onder meer hoorstellen en kraamzorg en eigen betalingen voor medicijnen met een prijs boven de vergoedingslimiet. In de Wlz en in de Wmo gelden eigen bijdragen die afhankelijk zijn van de zorgvraag (Wmo en Wlz-MPT), het inkomen en vermogen.
- Om ongewenste zorgmijding als gevolg van eigen bijdragen te voorkomen zijn in de Zvw huisartsenzorg, wijkverpleging, bepaalde zorg bij chronisch ziekte (ketenzorg), nacontroles bij orgaandonatie en reiskosten bij orgaandonatie uitgezonderd van het eigen risico. Verloskundige zorg en kraamzorg zijn uitgezonderd, omdat een eigen risico voor die zorg in strijd zou zijn met internationale verdragen. Verzekerden jonger dan 18 jaar betalen geen eigen risico. Eigen betalingen worden ook gebruikt om de zorgvraag te sturen. Zo is in de Zvw de huisartsenpost uitgezonderd van het eigen risico, maar de spoedeisende hulp niet, omdat de kosten van een huisartsenpost aanzienlijk lager zijn.
- Ook het besparingsmotief kan een reden zijn om eigen betalingen op te leggen. Dit geldt bij kosten die burgers zelf ook zouden maken en verklaart bijvoorbeeld waarom de eigen bijdrage in de Wlz voor zorg in een instelling hoger is dan voor zorg thuis.

4 Versterking van de werking van het stelsel

Aanpassing van de structuur

- De inrichting en de spelregels van het stelsel zijn door de overheid vastgelegd in wet en regelgeving. Het gaat daarbij om de verdeling van rollen en verantwoordelijkheden van verschillende partijen in de zorg, zoals de patiënt, de zorgverleners, de zorginkopers en de overheid.
- Voor de curatieve zorg en de wijkverpleging geldt een stelsel met gereguleerde concurrentie, zoals vastgelegd in de Zvw. Ondersteunende zorg kent een publiek stelsel met decentrale uitvoering, zoals vastgelegd in de Wmo. Voor intensieve langdurige zorg geldt een publiek stelsel met centrale uitvoering, zoals vastgelegd in de Wlz.
- Als blijkt dat zaken niet van de grond komen, dat partijen hun rollen niet oppakken of er onderling niet uitkomen, dan moet de overheid als systeemverantwoordelijke ingrijpen. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat de overheid aan een bepaalde partij doorzettingsmacht toekent, de verdeling van rollen en verantwoordelijkheden verandert, of zelf tijdelijk een verantwoordelijkheid naar zich toetrekt.

Verbetering van de werking van de gereguleerde concurrentie/sturingsfilosofie

- De overheid kan binnen de bestaande structuur van de zorg, bij gelijkblijvende rollen en verantwoordelijkheden, de prikkels in het stelsel veranderen om de werking van het zorgstelsel te verbeteren.
- Voor de prikkels van zorgverleners is de bekostiging het voornaamste sturingsinstrument van de overheid:
 1. In de medisch-specialistische zorg geldt een bekostigingssysteem dat hoofdzakelijk uitgaat van betaling per verrichting.
 2. Dat geldt ook voor de GGZ, hoewel de verrichtingen daar grotendeels op tijd zijn gebaseerd.
 3. In de wijkverpleging geldt een uurtarief.
 4. De huisartsenbekostiging is voor een aanzienlijk deel gebaseerd op populatiebekostiging middels het abonnementstarief, maar kent daarnaast elementen van betaling per verrichting en prestatiebeloning.
 5. Beloning van zorgverleners in de Wmo hangt af van de afspraken die aanbieders maken met gemeenten, maar betaling per uur is hier gebruikelijk.
 6. In de Wlz is het zorgzwaartepakket leidend voor de beloning van de zorgaanbieder.
 7. Wanneer cliënten in de Wmo, Wlz of Zvw een pgb hebben, dan wordt de zorg over het algemeen per uur vergoed.
- De voornaamste wijze om te sturen op de prikkels van zorginkopers is het vergroten van de risicodragendheid. De risicodragendheid van de zorgverzekeraars is met de afschaffing

van ex-post compensaties in het kader van de risicoverevening sterk toegenomen. Daardoor worden de prikkels van zorgverzekeraars sterk bepaald door de vormgeving en de werking van het ex ante risicovereveningsmodel. Gemeenten zijn risicodragend voor de uitvoering van de Wmo en Jeugdwet. De zorgkantoren zijn voor de uitvoering van de Wlz niet risicodragend.

Het stimuleren van betere prestaties en uitkomsten

- De overheid kan naast het gebruik van regulering ook agenderen, stimuleren, aanjagen en ondersteunen. Zo is in de afgelopen jaren binnen de Zvw, grotendeels in het kader van de HLA's, in samenwerking met het veld gestreefd naar het inzichtelijker maken van kwaliteit van zorg door transparantie van uitkomsten. Beschikbaarheid van deze informatie kan ertoe leiden dat patiënten en cliënten vaker bewust kiezen voor zorgverleners en zorginkopers die goede zorg leveren, wat deze partijen prikkelt om te investeren in kwaliteit.
- Om zorgprofessionals te adviseren als zij in de praktijk tegen problemen aanlopen heeft de overheid praktijkteams ingesteld, zoals het praktijkteam 'zorg op de juiste plaats', het praktijkteam 'palliatieve zorg' of het schakelteam verwarde personen.

Bijlage 3: Tabel budgettaire gevolgen van afzonderlijke maatregelen per jaar

Bedragen in € mld: + is besparing en - is intensivering.

Pakket	Maatregel	2018	2019	2020	2021
3.2. Aanvullende maatregelen bij zorgakkoorden	Voorwaardelijke pakkettoelating wordt omgevormd tot subsidieregeling	-	-	-	-
	Bevordering gepast gebruik en doelmatigheid vanuit pakketbeheer	-	-	-	-
	Doelmatigheidskorting Wlz	0,10	0,20	0,30	0,40 ³⁶
	Doelmatigheidskorting Wmo/Jeugd	0,08	0,15	0,23	0,30 ³⁶
	Verscherpte budgethoudertoets	-	-	0,01	0,02
	Pgb periodiek evalueren met een professional	-	-	-	-
	Beperken van informele vergoeding pgb (nieuwe instroom)	0,01	0,02	0,05	0,07
	Pgb om zorg thuis te organiseren (nieuwe instroom)	-	0,01	0,01	0,01
	Pgb-tarief gelijktrekken met feitelijk Wlz-tarief	0,01	0,03	0,11	0,12
	Introductie van een maatwerkindicatie in de Wlz	0,01	0,01	0,01	0,03
	Behandeling op maat in de gehandicaptenzorg	-	0,02	0,02	0,02
	Vijfjarige indicatiestelling voor zzp VG 6	-	-	-	0,01
	Afschaffen dagbesteding voor schoolgaande kinderen	0,01	0,01	0,03	0,03
	Uitbreiding centrale inkoop genees- en hulpmiddelen	-	-	0,03	0,07
	Nieuwe vergoedingslimieten voor de geneesmiddelen in het GVS	-	0,25	0,25	0,25
	Aanpassen Wet geneesmiddelenprijzen op basis van tien landen	-	-	-	0,05
Uniforme barcodering genees- en hulpmiddelen	-	-	-	0,02	
Subtotaal		0,22	0,70	1,05	1,40
3.3. Vervangend beleid	Doelmatigheidskorting MSZ, GGZ en wijkverpleging	0,28	0,57	0,87	1,17
	Nieuwe bekostigingssystematiek GGZ	-	-	0,15	0,15
	Verplichte loondienst voor medisch-specialistische zorg	-0,15	-0,15	-0,15	-0,15
	Subtotaal	0,13	0,42	0,87	1,17
3.4. Extra maatregelen	Verkleinen basispakket op basis van ziektelast	-	-	0,25	0,25
	Beperken ouderdomsgerelateerde zorg	-	0,22	0,22	0,22
	Beperken recht op kraamzorg	-	0,11	0,11	0,11
	Beëindigen bovenregionaal vervoer	-	-	0,06	0,06
	Afschaffen vrije voet in eigen bijdrage Wlz	-	-	0,20	0,20
	Versnelde beperking informele vergoeding pgb bestaande budgethouders	0,06	0,06	0,07	0,06
	Versneld toepassen pgb om zorg thuis te organiseren bestaande budgethouders	0,02	0,02	0,02	0,01
	Verhogen eigen risico in de Zvw met 110 euro	-	1,10	1,10	1,10
Subtotaal	0,08	1,51	2,03	2,01	

³⁶ Dit rapport neemt de MLT-raming voor de zorguitgaven van het CPB, zoals gepubliceerd op 30 maart 2016, en de actualisatie van deze raming in de MEV 2017 als uitgangspunt. De maximale doelmatigheidskorting op Wlz, Wmo en Jeugd ten opzichte van dit basispad bedraagt € 0,7 mld. Deze doelmatigheidskorting is reeds voor (circa) € 0,2 mld ingevuld door het kabinet Rutte-Asscher en door het CPB verwerkt in de actualisatie van de MLT in het CEP 2017. De resterende doelmatigheidskorting die door een nieuw kabinet ingezet kan worden bedraagt derhalve nog € 0,5 mld. Voor de omvang van de financiële doelstelling en de maatregelen in het advies van de TW heeft dit geen gevolgen.

Bijlage 4: Rapportage “Eerste verkenning effecten hoofdlijnenakkoorden”

Bijlage 5: Samenstelling Technische werkgroep Beheersinstrumentarium Zorguitgaven

Voorzitter

Bas van den Dungen Directeur-Generaal Curatieve Zorg
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Leden

Kees van der Burg Directeur-Generaal Langdurige Zorg
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Dirk Simon Buytendorp Hoofd cluster Marktordening en Strategie, directie Algemene
Financiële en Economische Politiek
Ministerie van Financiën

Krista Kuipers Raadsadviseur
Ministerie van Algemene Zaken

Katja Mur Directeur Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Wouter Raab Directeur Inspectie der Rijksfinanciën
Ministerie van Financiën

Hanneke Schuiling Directeur-Generaal Rijksbegroting
Ministerie van Financiën

Secretaris

Theo van Uum Directeur Financieel-Economische Zaken
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Secretariaat

Margriet Germing Directie Financieel-Economische Zaken
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Leida Lamers Directie Financieel-Economische Zaken
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Ron Linsen Directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Floor Roduner Inspectie der Rijksfinanciën
Ministerie van Financiën

Judith Verheijden Directie Algemene Financiële en Economische Politiek
Ministerie van Financiën

Verder hebben aan de vergaderingen van de Technische werkgroep op verschillende momenten deelgenomen: Jan Derk Brilman (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), Richard Doornbosch (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), Wijnand van Goudoever (Ministerie van Financiën), Lisette ter Horst (Ministerie van Financiën), Myrthe de Jong (Ministerie van Financiën), Mathilde Reitsma-Slotboom (Ministerie van Financiën) en Martin Santhagens (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport).

Dankwoord

De voorzitter van de Technische werkgroep wil iedereen bij de departementen die betrokken was bij de totstandkoming van het rapport hartelijk danken.