

# Zorgkosten onhoudbaar?

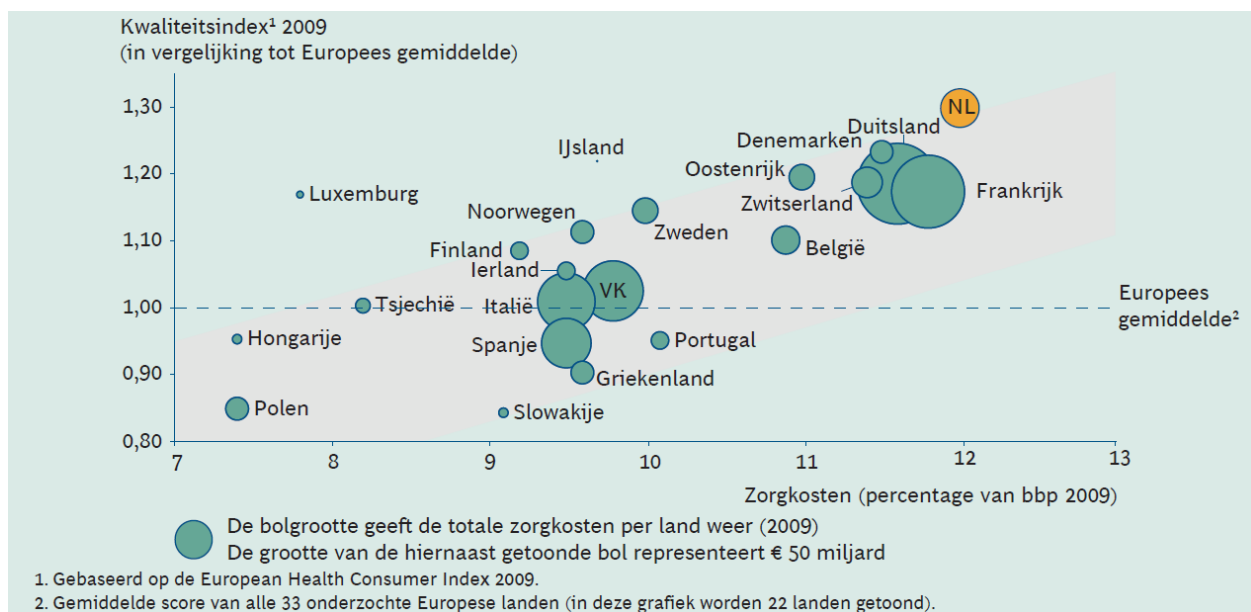
## Over kosten, baten en kwaliteit van gezondheid en zorg

Govert Gijsbers, Cees Wevers<sup>1</sup>

Wordt de zorg in de toekomst onbetaalbaar? In dit paper gaan we in op gezondheid en zorg, op de aard van de kostenstijgingen, hoe ernstig die zijn en wat we daaraan kunnen doen.

### 1. Zorguitgaven in Nederland hoog en snel gegroeid

In 2010 bedroegen de zorguitgaven volgens het CPB bijna € 78 mld. Daarvan ging € 51 mld. naar de curatieve zorg, bijna € 24 mld. naar de langdurige zorg en € 3 mld. naar beheerskosten (de Jong 2012).<sup>2</sup> In Europa is Nederland koploper met een percentage van ruim 13% van het bbp dat wordt uitgegeven aan zorg; daarvan werd in 2010 ongeveer 83% collectief gefinancierd (Zvw, AWBZ, algemene middelen) en 17% privaat (aanvullende verzekeringen, eigen risico, etc.). Internationaal gezien scoort de Nederlandse zorg hoog, zowel op prestaties als op kosten (figuur 1).

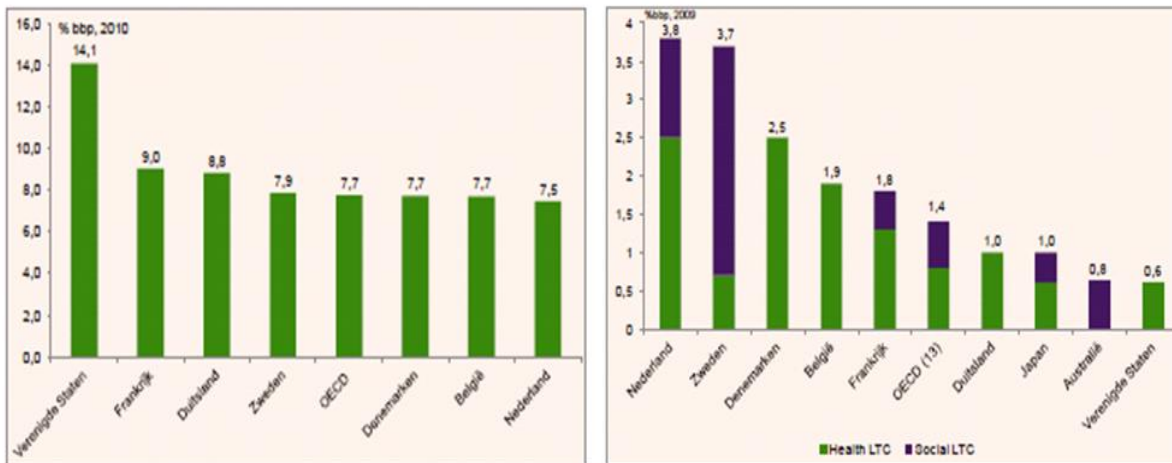


Figuur 1: Zorgkosten en kwaliteit in een aantal Europese landen (bron BCG 2011)

Opmerkelijk hierbij is dat dat wat betreft de uitgaven in de cure-sector (acute en medisch specialistische zorg), Nederland in de pas loopt met de rest van Europa. De hoge zorgkosten worden dus vooral veroorzaakt door de uitgaven aan langdurige zorg (figuur 2).

<sup>1</sup> Dit paper werd geschreven in het kader van het programma Strategy and Change (TNO/ HCSS).

<sup>2</sup> Het CBS telt daar nog een kleine € 10 mld. bij voor 'overige verstrekkers welzijnszorg' voor bijvoorbeeld kinderopvang en sociaal-cultureel werk en komt daarmee op € 87 mld. aan zorguitgaven.



Figuur 2: Uitgaven aan acute en langdurige zorg in een aantal landen (bron van Ewijk et al. 2013)<sup>3</sup>

Sinds het jaar 2000 zijn de zorguitgaven veel sneller gegroeid dan op grond van economische groei en vergrijzing mag worden verwacht. Dit heeft onder meer te maken met het wegwerken van wachtlijsten, de invoering van een nieuwe bekostigingssysteem, het beschikbaar komen en vergoeden van kostbare nieuwe behandelingen en een groeiende vraag naar zorg vanuit de bevolking. Recent echter zijn er tekenen van een afvlakking van de uitgavengroei: bedroeg de groei in uitgaven van 2000-2008 ongeveer 6% per jaar, in 2010 en 2011 was de groei afgenomen tot 2,5% en 1,2%. Dit reflecteert een bredere internationale trend, met dalende zorguitgaven in de door de crisis meest getroffen landen en sterk lagere groei in de overige OECD landen (Morgan en Astolfi, 2013). Een recente rondvraag bij ziekenhuizen van de Telegraaf (juli 2013) lijkt deze waarneming te bevestigen – ziekenhuizen verwachten in 2013 5% minder omzet. De vraag is of hier sprake is van een trendbreuk, of dat de zorguitgaven weer zullen stijgen zodra het einde van de crisis in zicht is.

Volgens het CPB in de recente studie ‘Gezondheid loont’ zullen op de lange termijn de zorguitgaven blijven stijgen zowel in het scenario ‘Trendmatige Groei’ dat gebaseerd is op de uitgavenstijgingen in de afgelopen 30 jaar, en in veel sterkere mate in het scenario ‘Betere Zorg’ dat is gebaseerd op de veel snellere uitgavenstijging sinds 2000 (van Ewijk et al. 2013). Tabel 1 geeft enkele kengetallen weer uit die scenario’s: de totale uitgaven van de zorg kunnen stijgen van 13 naar 31% en het collectief gefinancierde deel van 11 naar 25% van ons bpb in 2040.

Tabel 1 Zorguitgaven en projecties

	2010	2040	
		Scenario Trendmatige Groei	Scenario Betere Zorg
<b>Zorguitgaven totaal (% bpb)</b>	13,2	22	31
<b>Waarvan curatieve zorg</b>	8,7	13	21
<b>Waarvan langdurige zorg</b>	4,1	9	9
<b>Waarvan collectief gefinancierd</b>	10,9	18	25

Bron: van Ewijk et al. 2013

Deze tabel roept tenminste drie vragen op: 1) waarom stijgen de zorguitgaven? 2) hoe houdbaar zijn de zorguitgaven? En 3) Hoe reëel is een 30-jarige prognose op basis van huidige trends, terwijl wij weten dat er binnen 15 jaar fundamentele veranderingen in medische technologie en organisatie van de zorg staan te gebeuren? Om de eerste vraag te beantwoorden kijken we in paragraaf 2 naar de onderliggende ‘drivers’

<sup>3</sup> Bij ‘social long term care’ (LTC) gaat het bijvoorbeeld om hulp bij het huishouden, financiën, boodschappen en sociale activiteiten (dagbesteding) voor mensen met een beperking.

van de uitgavenstijgingen. Vervolgens gaan we in de derde paragraaf in op de houdbaarheid van de zorgkosten – ook in het licht van de (groeïende) baten van gezondheid en zorg. In het verlengde gaan we in op vraag 3 en bepleiten we een andere focus gericht op kwaliteit en innovatie. Op basis hiervan kunnen we in paragraaf 4 tenslotte uitgangspunten voor beleid en oplossingsrichtingen formuleren *om waar voor ons geld in de zorg te krijgen*.

## 2. Waarom stijgen zorguitgaven?

In de wetenschappelijke literatuur en in de pers wordt een groot aantal factoren verantwoordelijk gehouden voor de stijging van de zorguitgaven: vergrijzing, toename van het aantal chronisch zieken door welvaartsziekten, zoals obesitas en suikerziekte, volume groei door overbehandeling en onbeheersbare vraag, beleidswijzigingen zoals marktwerking (waarvan men eigenlijk juist meer kwaliteit tegen lagere kosten verwachtte) en de invoering van vaak kostbare nieuwe technologie.

### *Vergrijzing speelt kleine rol in de kosten van de cure*

Vergrijzing betekent ten minste twee dingen: dat het aantal ouderen toeneemt (door de geboortegolf na WOII), en dat die ouderen steeds ouder worden (hogere levensverwachting). De levensverwachting van de Nederlander neemt sterk toe: (tot op heden) met ongeveer een maand per jaar. Vergrijzing blijkt echter maar in geringe mate verantwoordelijk voor de kostenstijgingen. Volgens het CPB zijn van 1973 tot 2010 de nominale zorgkosten met ruim 7% per jaar gestegen – daarvan komt 4% voor rekening van stijgende zorgprijzen, en 3% voor rekening van volumegroei. Van deze 3% volumegroei wordt maar 1% veroorzaakt door vergrijzing (van der Horst et al. 2011). Een recente studie van Booz&co laat eenzelfde beeld zien voor de ziekenhuiszorg: van de jaarlijkse volumegroei van 4-5 % in de ziekenhuiszorg, wordt slechts 0,6 % bepaald door vergrijzing, een percentage dat in de toekomst niet sterk zal veranderen (Visser et al. 2012). De cure kosten laten in het laatste levensjaar een sterke stijging zien. Het gaat hierbij om ‘stervenskosten’ in een beperkte periode en de stijging ervan heeft vooral te maken met de groeiende mogelijkheden mensen steeds langer in leven te houden. Als dit ‘laatste levensjaar’ door toename van de levensverwachting een paar maanden opschuift, maakt dit voor de cure-kosten dus niet veel uit. De discussie over ethische vragen rond dit onderwerp wordt inmiddels volop gevoerd.

### *Vergrijzing en de kosten van de langdurige zorg*

We moeten onderscheid maken tussen acute zorg (cure) en langdurige zorg (care), met name die voor ouderen. Het gebruik van langdurige zorg neemt toe met de leeftijd en Nederland loopt internationaal vooral uit de pas met de hoge uitgaven voor langdurige zorg gefinancierd uit de AWBZ (figuur 2). Het is daarom niet verwonderlijk dat de beleidsinspanning zich vooral hierop richt, waarbij een kern AWBZ overblijft, een deel zal gaan naar de verzekerde zorg en een deel naar de gemeenten in het kader van de Wmo. De mate waarin de uitgaven aan langdurige zorg zullen stijgen is daarom afhankelijk van dergelijk beleid. Nederland loopt wat dit betreft ook uit de pas, omdat in de ons omringende landen een relatief groter deel van de ouderenzorg als verantwoordelijkheid voor de familie wordt gezien en minder collectief en meer in de privésfeer gefinancierd wordt. Over de voor- en nadelen daarvan wordt overigens ook in deze landen heftig gediscussieerd. De verwachting is ook dat de kostenstijgingen op termijn mee kunnen vallen als tenminste een stijgend deel van de gewonnen levensjaren doorgebracht wordt in goede gezondheid of met lichte beperkingen. Dat vraagt echter maatregelen in de sfeer van preventie, zelfredzaamheid en leefomgeving/zorg in de wijk – zie ook paragraaf 4.

### *Toename chronische aandoeningen*

De toename van chronische ziekten, zoals obesitas, diabetes, COPD en Alzheimer leidt tot hoge zorgkosten vooral als meerdere kwalen tegelijk vóórkomen (multimorbiditeit). Deze zijn grotendeels leefstijl-gerelateerd en spelen al in de beroepsleeftijd, al neemt het aantal chronische ziekten verder toe met de leeftijd. Ondanks deze leefstijlziekten laten de cijfers ook een toename zien van de gezonde levensverwachting. Deze is deels te verklaren uit betere zorg en deels omdat vooral hoger opgeleiden wel een gezondere leefstijl

aannemen. Ongeveer de helft van de jaarlijkse zorguitgaven zijn ten behoeve van mensen in de beroepsleeftijd. Wel kunnen veel mensen (ouderen zowel als jongeren) blijven functioneren en participeren (in arbeidsproces en maatschappij) ondanks beperkingen als daarbij de juiste zorg en ondersteuning wordt geboden. Het gaat naast de kosten dus ook om de baten.

#### *Marktwerking en vraagsturing*

De zorguitgaven worden bepaald door prijzen en volume. De prijzen van verrichtingen en verstrekkingen worden de laatste jaren redelijk in de hand gehouden of dalen per eenheid – zo worden in veel gevallen alleen nog goedkopere generieke geneesmiddelen vergoed. Anderzijds neemt het aantal verrichtingen sterk toe en is volumegroei de belangrijkste oorzaak van de stijging van de zorguitgaven. Deze volumegroei ontstaat vooral door een ‘onbeheersbare’ vraag die naast betere diagnostiek en behandeling óók leidt tot overdiagnostiek en overbehandeling (dus mindere kwaliteit). De vraag naar gezondheid en zorg is in een collectief gefinancierd stelsel met universele toegang in principe onbeperkt. Deels gaat het om noodzakelijke en steeds betere zorg, maar voor een deel ook om ‘geruststellingszorg’: *second opinions* en ‘pret-echo’s’ zijn daarvan de bekendste voorbeelden. Ook zijn er sterke aanwijzingen dat de stelselwijziging (‘marktwerking’) van de Nederlandse zorg van 2005 zowel aan de vraag- als aan de aanbodkant tot flinke volumegroei heeft geleid, terwijl ook de administratieve en transactiekosten zijn gestegen – terwijl het tegengestelde was beoogd.

Aan de vraagzijde stelt de patiënt zich steeds meer op als kritische consument die bijvoorbeeld heel goed weet op hoeveel fysio behandelingen hij dit jaar nog recht heeft. Dat bevordert niet – zeker in combinatie met een algemeen eigen risico – het kostenbewustzijn. Onbedoeld leidt het tot een soort ‘hamsterconsumentisme’, dat de mensen niet ‘extra’ beter maakt. Dit, terwijl uit onderzoek bekend is dat de helft van de voorgeschreven medicijnen om uiteenlopende – en soms zeer valide redenen – niet gebruikt maar weggegooid wordt. Maar ook aan de aanbodkant heeft de stelselwijziging geleid tot een sterke productietoename. Dat is op zich niet verwonderlijk want marktwerking leidt ertoe dat men probeert zijn omzet te verhogen en dat lijkt op grote schaal te gebeuren. Het CPB (Douven et al. 2012) laat zien dat 1) hoe groter het relatieve aantal specialisten (*physician density*) in een regio, hoe hoger het aantal verrichtingen – het aanbod creëert zijn eigen vraag, en 2) dat er door vrijgevestigde specialisten (die per verrichting betaald worden) aanzienlijk meer behandeld wordt dan door in specialisten in loondienst. Ook wordt er in ziekenhuizen die in financiële problemen zitten veel meer behandeld dan in financieel gezonde ziekenhuizen (Bregman 2012).

Er zijn dus grote verschillen (de zogenaamde ‘praktijkvariatie’) in het aantal ingrepen tussen instellingen en in verschillende delen van het land, bijvoorbeeld als het gaat om spataderoperaties of het verwijderen van galblazen. Belangrijk is dat deze verschillen vaak niet te relateren zijn aan resultaten en baten voor de patiënt. Dit alles is niet uniek voor Nederland, maar blijkt uit veel internationaal onderzoek. De kostenstijging leidt dus niet tot een navenante kwaliteitsstijging. Integendeel er zijn sterke aanwijzingen voor suboptimale kwaliteit en onnodige complicaties en bijwerkingen en overeenkomstige kosten.

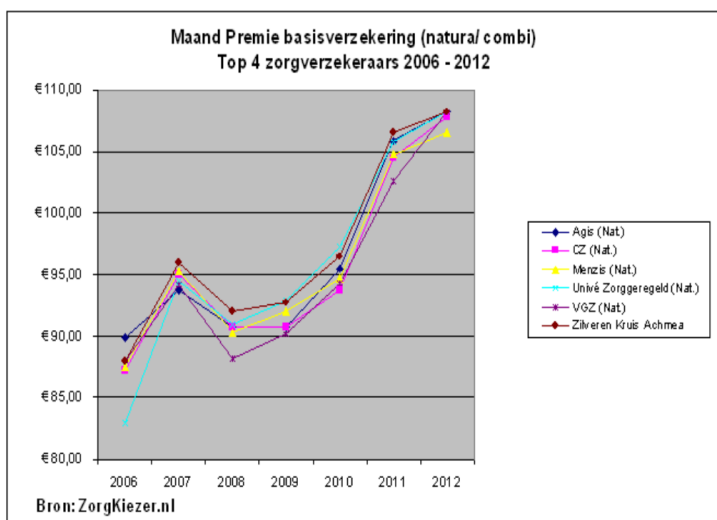
#### *Marktwerking bekostigingssysteem, en vergoedingen*

Als onderdeel van het veranderingsproces richting marktwerking moest er meer inzicht komen in de aard van de productie. Door de vroegere ‘lumpsum’ financiering was hier weinig zicht op en bij prijsonderhandelingen is het van belang te weten waarover men onderhandelt. In 2005 is in Nederland een geheel nieuwe manier van bekostiging van ziekenhuizen en medisch specialisten ingevoerd, de Diagnose Behandel Combinatie (DBC). Een veel gedetailleerdere systematiek dan die waarmee in het buitenland al ervaring was opgedaan. Niet langer worden afzonderlijke verrichtingen vergoed, maar voor de gehele behandeling van een patiënt wordt een vast bedrag betaald. Omdat dit per specialisme werd uitgezocht ontstonden al snel tienduizenden DBC’s. Sinds 2006 is ook een (groeïend) deel van de ziekenhuiszorg geliberaliseerd, met vrije afspraken over prijzen en volumes (het zogenaamde B-segment). In combinatie hebben de introductie van het DBC systeem en het B-segment geleid tot volumeverhoging (Hasaart 2011).

Daarnaast heeft volgens Hasaart het DBC systeem geleid tot ‘upcoding’: het kiezen voor een duurdere DBC dan medisch noodzakelijk is – de keuze is immers enorm. Voor een groot aantal aandoeningen bestaat de mogelijkheid tot upcoding en het gebruik daarvan blijkt vooral samen te hangen met verschillen in declaratiecultuur tussen ziekenhuizen (praktijkvariatie). Overdeclaratie door het openen van nieuwe DBCs terwijl dat niet de bedoeling is, blijkt ook veel voor te komen. Als ‘vereenvoudiging’ van het DBC systeem is in 2012 de DOT (‘DBC op weg naar Transparantie’) ingevoerd. Daarbij is weliswaar het aantal DBC’s flink teruggebracht, maar upcoding niet onmogelijk gemaakt. Bij de introductie van het DBC systeem werd afscheid genomen van de klassieke budgetten die weinig transparant waren en geen prikkels voor efficiency en innovatie gaven. Door de grote complexiteit heeft het DBC/DOT systeem nog te weinig verbetering in de transparantie gebracht, maar wel tot stijging van de zorgvolumes geleid.

#### Marktwerking, verzekeraars en innovatie

Marktwerking voert niet alleen het volume van geleverde zorg op, maar de gekozen vorm van marktwerking in Nederland heeft ook gevolgen voor innovatie. De Zvw legt de regie bij de zorgverzekeraars in de gedachte dat die de zorg betaalbaar houden door onderlinge concurrentie en scherp in te kopen. Door fusies, overnames en schaalvergroting echter bestaat de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt nog slechts uit vier grote aanbieders: Achmea, VGZ, Menzis, en CZ die gezamenlijk meer dan 90% van de markt in handen hebben. Hoewel deze vier een groot aantal verschillende merken en labels voeren is hier in feite sprake van een oligopolie. Zoals te verwachten in een dergelijke situatie is van prijsconcurrentie nauwelijks sprake en we zien dan ook afnemende prijsverschillen tussen zorgverzekeraars (figuur 3)<sup>4</sup>. Winsten lijken vooral ingezet te worden voor het verlagen van de financiële risico’s (meer vermogen) en voor marketing voor het vergroten van het marktaandeel. Bij de politiek bestaat daarentegen de neiging de winsten te gebruiken voor verlaging van collectieve lasten, dus verlagen van de premies. Investeren in innovatie lijkt voor beide partijen een lage prioriteit te hebben.



Figuur 3 : Ontwikkeling zorgpremies

Verzekeraars zijn als financiële instellingen vooral gericht op het uitsluiten van risico’s en financiële stabiliteit, en veel minder op vernieuwing en (inherent risicovolle) innovatie. Ze bereiken dit door zorginkoop contracten af te sluiten met zorgaanbieders waarin prijzen en volumes tevoren zijn vastgelegd. Grote aanbieders hebben hierbij de voorkeur (in één omvangrijk contract is veel te regelen). In de praktijk blijken zorgverzekeraars terughoudend met het afsluiten van contracten met nieuwe aanbieders, vaak kleinere spelers die zaken op een andere manier willen aanpakken. Voor innovatie in de zorg is het echter van

<sup>4</sup> <http://blog.zorgkiezer.nl/persberichten/verschil-premies-grootste-zorgverzekeraars-steeds-kleiner/>

levensbelang dat nieuwe aanbieders een eerlijke kans krijgen<sup>5</sup>. Tot op heden is de positie van nieuwe aanbieders redelijk beschermd, omdat artikel 13 van de Zvw stelt dat zorgverzekeraars een 'redelijk' tarief moeten betalen aan een aanbieder die niet gecontracteerd is.<sup>6</sup> Recent heeft de rechter nog uitgesproken dat 'redelijk' tenminste 75%-80% van de vastgestelde tarieven is (en niet 50% zoals sommige verzekeraars aanbieden).<sup>7</sup> Artikel 13 biedt daarmee belangrijke prikkels voor innovatie en kostenbesparing: het borgt de toegang van nieuwe aanbieders en het zorgt ervoor dat deze efficiënter moeten werken dan gecontracteerde partijen omdat ze wel een redelijke, maar niet de volle 100% vergoed krijgen. Het beoogde afschaffen van artikel 13 door het kabinet Rutte II beperkt dus niet alleen het recht op vrije artskeuze, het belemmert ook vernieuwing en efficiency in de zorg.

### *Medische technologie*

Technologie en innovatie zijn belangrijke 'game changers in de zorg'. Een deel van de zorg is hoogtechnologisch, terwijl een ander deel (care) vooral mensenwerk is. Technologie in de zorg is een tweesnijdend zwaard. Het maakt betere zorg mogelijk bij diagnose, therapie, revalidatie en in het omgaan met beperkingen. Tegelijkertijd is die betere zorg vaak ook duurder: een MRI scan in plaats van een röntgenfoto. Dit geldt des te meer als de oude technologie niet wordt afgeschaft (wat zelden gebeurt). Maar ook kostenbesparende innovaties, zoals snelle, gemakkelijke en goedkope laboratoriumbepalingen kunnen leiden tot kostenstijgingen, omdat de drempel voor toepassing lager wordt. Tegelijk is er grote druk (bijv. vanuit patiënten) om de nieuwe techniek breed in te zetten. Als een nieuwe, betere techniek beschikbaar is, wordt die ook gebruikt: het aanbod creëert zijn eigen vraag en opnieuw is het een volume kwestie. Wel heeft de technologie ertoe geleid dat in de ziekenhuiszorg de afgelopen jaren een sterke (arbeids)productiviteitsstijging heeft plaatsgehad: meer patiënten, meer verrichtingen, kortere ligduren, snellere doorlooptijden. En naar verwachting zal dit proces doorgaan.

### *Productiviteitsontwikkeling in de zorg*

Baumol (2012) vraagt zich af waarom computers steeds goedkoper worden en gezondheidszorg niet. In essentie heeft dat te maken met grote verschillen in productiviteitsontwikkeling tussen sectoren. In de computerindustrie neemt door robotisering de productiviteit sterk toe. De lonen volgen die productiviteitsontwikkeling. In arbeidsintensieve sectoren zoals zorg, onderwijs en cultuur is een dergelijke productiviteitsstijging veel moeilijker te realiseren, of leidt tot kwaliteitsverlies. De lonen in de economie stijgen echter voor ongeveer alle sectoren in gelijke mate – zou dat niet gebeuren dan kan op den duur niemand meer onderwijzer of verpleegster worden. Maar waar in de hoogproductieve sectoren de loonsverhogingen worden betaald uit productiviteitsstijging (en computers dus tegelijk goedkoper worden), kunnen de hogere lonen in zorg, onderwijs en cultuur alleen betaald worden door prijsstijgingen in de vorm van hogere zorgbudgetten en duurdere concertkaartjes. De ontwikkeling van steeds duurdere zorg, onderwijs en cultuur is al lang gaande en zal ook in de toekomst doorgaan. Maar (en dat is het goede nieuws) toch zullen we ons ook in de toekomst goede zorg, onderwijs en cultuur kunnen blijven veroorloven volgens Baumol. Immers, waar de productiviteit in zorg en onderwijs beneden gemiddeld groeit, zal die in andere sectoren (per definitie) bovengemiddeld groeien en daarmee de consumptie van zorg en onderwijs mogelijk blijven maken. Het probleem zit hem niet zozeer in de stijgende kosten maar in de reacties daarop: we rekenen ons arm en zetten in op bezuinigingen die ten koste gaan van de kwaliteit en daarmee van de bereidheid om er (privaat of collectief) voor te willen betalen. Kwaliteit is daarmee het doorslaggevend criterium en juist die staat in zorg, maar bijvoorbeeld ook in onderwijs ter discussie.

---

<sup>5</sup> Zo is bijvoorbeeld bij de veiling van telecom frequenties ruimte gereserveerd voor nieuwe aanbieders omdat die naar verwachting concurrentie aanwakkeren en met innovaties komen.

<sup>6</sup> Het gaat hier om het zogenaamde hinderpaal verbod bij natura polissen: de vergoeding die verzekeraars aan niet gecontracteerde aanbieders vergoeden mag niet zo laag zijn dat dit een hinderpaal vormt voor verzekerden (die in dat geval een hoog percentage moeten bijbetalen).

<sup>7</sup> Uitspraak voorzieningenrechter Breda 14 maart 2013.

### 3. Zorgkosten en -baten

#### *Houdbaarheid uitgaven*

De combinatie van deze drijvende krachten lijkt de zorguitgaven onbeheersbaar op te stuwen. Het schrikbeeld is dat we zonder drastische ingrepen in de toekomst misschien wel 30 of 40 % van het bbp aan zorg zullen uitgeven. En door de grotendeels collectieve financiering wordt de zorg daarmee, in de woorden van Flip de Kam (2009), het koekoeksjong dat alle andere publieke uitgaven uit het nest drukt. Het einde van de welvaartsstaat lijkt daarmee slechts een kwestie van tijd. Maar het verhaal over (on)houdbaarheid van de zorguitgaven ligt genuanceerder. In deze paragraaf lichten we een aantal van die nuanceringen toe en in de volgende presenteren we kort een aantal uitgangspunten voor beleid en oplossingsrichtingen.

Ten eerste zijn uitgaven voor zorg een keuze en reflecteren maatschappelijke prioriteiten. Zorg heeft hoge prioriteit voor de Nederlandse bevolking, maar stijgende zorguitgaven leiden wel tot steeds meer vragen over solidariteit en eigen verantwoordelijkheid. Vroeger besteedde de gemiddelde Nederlander circa 30% van zijn inkomen aan voedsel (nu 15%) – dus 30% uitgaven aan zorg hoeven op zichzelf geen probleem te zijn, als daar tenminste optimale kwaliteit en versterking van de maatschappelijke participatie (= productiviteit) tegenover staat. Het CPB (van Ewijk et al. 2013) wijst erop dat een groei van de zorguitgaven naar 25% van het bbp een sectorale verschuiving met zich meebrengt die vergelijkbaar is met de transitie van industrie- naar dienstenmaatschappij tussen 1950 en 2000 – een verandering die zonder grote fricties heeft plaatsgevonden. Tenslotte zijn zorguitgaven beter voor de Nederlandse economie dan uitgaven aan consumptiegoederen uit Azië of aan buitenlandse vakanties, want ondanks internationalisering en zorgtoerisme blijft zorg in hoge mate een non-tradable. Het probleem zit hem vooral in het feit dat ruim 80% van de zorg collectief gefinancierd wordt en dat deze collectieve lasten bij het EMU-saldo opgeteld worden en dus bijdragen aan de overschrijding van de EC-normen.

De collectieve aard van de financiering zorgt er wel voor dat er weinig prikkels zijn voor individu én zorgverlener om het zuinig aan te doen – daarvoor zijn prikkels als eigen bijdragen mogelijk, die in Nederland in vergelijking met andere landen nauwelijks worden toegepast. Tegelijk wordt tot op heden de collectieve dekking van ziekterisico's door de bevolking als één van de grote verworvenheden van de laatste 100 jaar beschouwd.

Ten tweede lijkt de groei in zorguitgaven af te vlakken (OECD 2013). Uit onderzoek is bovendien bekend dat juist in de ziekenhuissector de productiviteit wel is toegenomen de afgelopen 10 jaar. Bovendien zullen ingezette beleidsmaatregelen effect sorteren (versobering AWBZ). De vraag is of het hier gaat om een trendbreuk of een eenmalige verbetering.

Tenslotte is er nog zeer veel verbetering in kwaliteit mogelijk (Klink 2012), die zelfs met kostenreductie gepaard kunnen gaan. In de vorige paragraaf zijn hier voorbeelden van genoemd, zoals de praktijkvariatie en de overdiagnostiek en behandeling. Als we hierop inzetten krijgen we veel meer waar voor ons geld en worden economische en maatschappelijke opbrengsten versterkt. Die baten worden echter vaak niet meegenomen als we naar de zorg kijken.

#### *Baten van zorg meewegen*

De discussie over de houdbaarheid van de zorg richt zich vrijwel geheel op de kostenkant. Maar gezondheid en zorg dragen niet alleen in belangrijke mate bij aan het welzijn en welbevinden van de burgers, maar hebben ook in economische zin hoge opbrengsten. De baten van gezondheid en zorg nemen volgens het CPB toe met het stijgen van inkomens en levensverwachting en vertalen zich in een vitale en productieve bevolking en in een vitale economische sector van betekenis.

### *Vitale en productieve bevolking*

Gezondheid en vitaliteit zijn essentieel voor arbeidsparticipatie en –productiviteit. Dit geldt eens te meer als de effecten van de vergrijzing op de arbeidsmarkt voelbaar worden. Welke baten (opbrengsten) kunnen en mogen we toerekenen aan de zorg? Het antwoord op die vraag plaatst de discussie over hoeveel we aan gezondheid en zorg willen en kunnen besteden in een ander licht. Investeren in gezondheid heeft (van der Horst et al. 2011) een aantal verschillende typen baten. Gezondheidsbaten voor het individu kunnen we onderscheiden in een toename in de levensverwachting (kwantiteit), een betere kwaliteit van leven en een betere inzetbaarheid van mensen. Bij dat laatste gaat het om gezondheid als middel om bijvoorbeeld een inkomen te kunnen verwerven of maatschappelijk actief te zijn. Ook draagt een gezonde bevolking bij aan goed burgerschap, onder meer in de vorm van vrijwilligerswerk en het verlenen van mantelzorg. Naast individuele zijn er ook externe baten die ontstaan doordat de gezondheid van een individu ook ten goede komt aan anderen: gezonde mensen besmetten anderen niet, doen minder een beroep op hulp en voorzieningen en dragen meer bij aan maatschappelijke productiviteit en participatie.

### *Vitale economische sector*

De gezondheidszorg is tevens een economische sector van grote betekenis en een groei- en innovatiesector die werkgelegenheid biedt aan meer dan 1,2 miljoen mensen. De zorg is een belangrijke deels private markt, waarbij het niet alleen gaat om curatieve en langdurige zorg in engere zin, maar ook om de ‘toeleverende’ verwante sectoren als de farma sector, medische systemen of hulpmiddelen en materialen. Deze sectoren zijn bovendien belangrijke motoren voor innovatie in Nederland, zoals blijkt uit het topsectorenbeleid van de overheid.

### *Innovatie en snelle veranderingen*

Tot slot van deze paragraaf richten we ons op een thema dat hiervoor al een aantal malen is aangestipt: de bijzondere rol van innovatie. De ontwikkelingen in medische technologie liggen aan de basis van de grote veranderingen in de zorg in de afgelopen 20 jaar. De zorg is beter én duurder geworden. Voor de komende 10 tot 15 jaar zijn zo mogelijk nog grotere doorbraken te verwachten. Deze komen van buiten de zorg maar beïnvloeden de zorg diepgaand en onontkoombaar. ICT, informatica, ‘genomics’, systeembioïologie, internet, nanotechnologie, sensortechnologie, om enkele gebieden te noemen, werken steeds meer samen en versnellen zo de toepassingen. En ook de sociale mediaspelen een steeds grotere rol. Topol (2012) noemt dit de ‘superconvergentie’ van nieuwe technologie in het domein van gezondheid en zorg. Preventie, diagnostiek en therapie kunnen hierdoor veel effectiever worden en de bijwerkingen geringer. Dit wordt ook wel een ‘gepersonaliseerde zorg’ genoemd of ‘P4-Gezondheid en Zorg. In een andere publicatie besteedt TNO (2013) hier uitgebreid aandacht aan. De meeste investeringen en kosten voor deze ontwikkelingen worden buiten de zorg gedaan, maar ook de zorg zal hierop (moeten) inspringen. Ook organisatorisch zal de gezondheidszorg hierdoor sterk veranderen (functie van ziekenhuizen, medisch specialisten, verzekeraars e.d.) en het gedrag van het individu/de patiënt eveneens. Zeker is dat de kosten voor de baat uitgaan, maar hoe de kosten-baten ontwikkeling in werkelijkheid en over meerdere jaren zal verlopen, is nog volstrekt niet te voorspellen. Zeker is ook dat het niet alleen om technologische maar ook om sociale innovaties zal gaan en hoe wij gezondheid en de eigen verantwoordelijkheid daarvoor definiëren en vormgeven. Juist in verband met deze inherente onzekerheid willen wij wel pleiten voor een soort innovatietoets: beleidsmaatregelen in de zorg die vanuit de kostenbeheersingsproblematiek worden voorgesteld mogen niet leiden tot vermindering van de innovatiekansen. Immers in potentie zijn de baten van een gepersonaliseerde zorg bijzonder groot.

## **4. Uitgangspunten voor beleid en oplossingsrichtingen**

Het doel van investeren in gezondheid en zorg en het uitgangspunt voor beleid moet het creëren van maatschappelijke waarde zijn (Huijsman 2013). In de VS wordt (mede als reactie op de zeer hoge zorgkosten) daarvoor het ‘Triple Aim’ kader gebruikt, een aantal jaren geleden geïntroduceerd door het Institute of



Healthcare Improvement met als motto: *'The Best Care for the Whole Population at the Lowest Cost'*. De drie kerndoelen, geldig voor *elke* actor in de zorg, zijn:

1. Verbetering van de *door de patiënt ervaren* zorgkwaliteit,
2. Verbetering van de gezondheid/vitaliteit *van een* specifieke bevolkingsgroep
3. Vermindering (of in ieder geval beheersing) van de kosten per capita.

Het vernieuwende zit in twee aspecten. Ten eerste dat alle partijen in de zorgketen verantwoordelijkheid nemen voor de drie doelen *in samenhang*. Dus bijvoorbeeld niet managers voor de kosten en professionals voor de inhoud, of verzekeraars voor kostenbeheersing en gemeenten voor de populatie. En ten tweede dat *verbetering* ('continuous improvement') – en dus innovatie – steeds het doel is. Dat plaatst de discussie over kostenbeheersing in de context van kwaliteit en klanttevredenheid. Over uitgangspunten van beleid en mogelijke oplossingsrichtingen van de problematiek van zorguitgaven is voortdurend maatschappelijk debat, waarbij ideologische standpunten een onmiskenbare rol spelen, zoals ten aanzien van marktwerking, privatisering of keuzevrijheid. En in de gezondheidszorg gaat het naast vragen over efficiëntie ook om kwesties als solidariteit en 'zorgen voor' in het geval van ziekte en gebrek. We geven hieronder vier uitgangspunten voor beleid aan met daarbij behorende oplossingsrichtingen, interventies die op korte termijn kunnen bijdragen aan de beheersbaarheid van de zorguitgaven ('laaghangend fruit') en op de langere termijn aan kwaliteit in vernieuwing. Over deze interventies bestaat soms brede consensus, maar vaker zijn ze controversieel. Daarbij geldt dat er ruimte moet zijn voor experimenteren, want het zorgstelsel is te ingewikkeld voor blauwdrukken. Die complexiteit zorgt er ook voor dat maatregelen vaak onbedoelde of onverwachte effecten hebben. Een grotere rol voor experimenten betekent dat verschillen tussen regio's of regelingen zullen toenemen waarbij een zekere mate van rechtsongelijkheid kan ontstaan. Daar staat echter tegenover dat door het goed bijhouden van gegevens en vergelijkende analyses een snelle bijsturing mogelijk is en men van elkaar kan leren. De decentralisatie naar gemeenten op het terrein van zorg en welzijn die op dit moment gaande is, maakt dit ook mogelijk, als tenminste bruikbare gegevens worden gegenereerd. De belangrijkste prioriteiten zijn:

#### 1. *Een fundamentele keuze voor preventie*

De baten van preventie zijn hoog, maar onze zittende levensstijl, overdaad aan gemaksvuedsel en verslavingsrisico's (tabak, alcohol, drugs) zorgen er voor dat inmiddels circa 50% van de bevolking, jong en oud, te dik is en een suboptimale fysieke conditie heeft. Een ongezonde leefstijl en werkomstandigheden komen vaker voor bij lager opgeleiden die dan ook een lagere levensverwachting hebben dan hoogopgeleiden. Onwetendheid ('health illiteracy') over allerlei aspecten van gezondheid is onder alle lagen van de bevolking nog groot, wat niet alleen de leefstijl maar ook het zorggebruik ongunstig beïnvloedt. Een radicale keuze voor preventie betekent dat alle maatschappelijke sectoren deze keuze moeten maken. Alleen zo is de eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid in brede lagen van de bevolking en 'patient empowerment' gestalte te geven. Overheden kunnen op velerlei manieren slimmer gebruik maken van financiële en andere prikkels om de burger te sturen naar gewenst gedrag ('nudging'), zoals blijkt uit het succes van het koppelen van belasting aan CO<sub>2</sub> uitstoot van auto's. Belastingen op bijvoorbeeld vet (Denemarken, inmiddels afgeschaft) en het terugdringen van suikergebruik (Burgemeester Bloomberg van New York) zijn controversieel, maar niet wezenlijk anders dan accijnzen op tabak en alcohol. Niet alleen de overheid maar ook de voedselindustrie zelf kan in deze preventie een belangrijke rol spelen. Denk aan het actief minder zout verwerken in voedingsmiddelen – convenanten zijn hiervoor belangrijk, maar nemen vaak veel tijd in beslag. Preventie kan op verschillende manier bevorderd worden:

- Geef heldere en consistente prikkels voor preventie: bijv. door hogere accijnzen op ongezonde producten (tabak, suiker, zout, verzadigd vet) en lagere op gezonde voeding of bewegingsprogramma's. Zodanig dat ook de industrie tot innovatie wordt geprikkeld (zie succes bijtelling op basis van CO<sub>2</sub> uitstoot in autobranche, verbieden advertenties voor roken, zie succes recycling-industrie en recycling-gedrag).
- Creëer woon- en werkomgevingen die uitnodigen tot bewegen, stimuleer sport en spel; bevorder actief gezonde arbeidsomstandigheden.
- Rationele voorlichting is beperkt effectief. Om tot effectieve gedragsverandering is inzet van een scala van verschillende en consistente samenhangende instrumenten nodig: verbieden, reguleren, heffingen, stimuleren, beïnvloeden, en subsidiëren. De bevolking ziet dat het menens is.

## 2. Een impuls voor kwaliteit

In de curatieve zorg is grote ruimte voor doelmatigheidswinst, waarbij het gaat om miljarden euro's.

Een slimmere mix van openbare kwaliteitsindicatoren is mogelijk en kan door overheid of verzekeraars worden afgedwongen. Door patiënt ervaren kwaliteit is leidend. Sommige procesindicatoren zijn door hem/haar goed te beoordelen (wachttijden, toegankelijkheid informatie, bejegening e.d.). Outcome indicatoren zijn bijvoorbeeld heroperaties, wondinfecties en eigen regie in de thuiszorg. Voor de Nederlandse situatie betekent dit onder andere dat een belangrijke impuls voor kwaliteitsverbetering gegeven kan worden door:

- Systematische analyse en publicatie van praktijkvariatie om daarmee overdiagnose en overbehandeling tegen te gaan: 'continuous improvement' wordt de norm.
- Kwaliteitsverbetering en –toetsing gericht op de hele keten, want in een betere samenwerking valt de grootste winst te behalen; samenwerking wordt bemoeilijkt door regelgeving rond de gekozen vorm van marktwerking (NMa).
- Aanbesteden op kwaliteitsnormen i.p.v. op 'economisch meest voordelige aanbieder' bij langdurige zorg door gemeenten, waarin verpleging en thuiszorg één geheel is en eigen regie centraal staat. Is er minder zorg nodig dan gepland, delen gemeente en aanbieder het overschot.

## 3. Van perverse naar positieve prikkels

In het huidige beleid ligt sterk de nadruk op financiële prikkels om burgers tot maatschappelijk gewenst gedrag aan te zetten. Deze prikkels zijn echter vaak ook een politiek compromis en sluiten niet aan bij inzichten uit de gedragspsychologie en economie, zodat averechtse effecten optreden (goedkoop is dan uiteindelijk duurkoop). Algemene verhoging van het eigen risico is een ongerichte prikkel en heeft perverse effecten: na betaling eigen risico maakt het voor de burger niet mee uit hoeveel men consumeert. Positieve prikkels kunnen gegeven worden door:

- 'Boter bij de vis' prikkels; die effectief zijn voor de consument/patiënt. Eigen bijdragen ('remgelden') sturen zorgvraag: durf ermee te experimenteren: bijvoorbeeld bezoek EHBO/huisartsenpost i.p.v. huisarts, cosmetische operaties (spataderen) met brede indicaties.
- Terugdringen vergoeding per verrichting; experimenteer met vergoeding naar resultaat, bijvoorbeeld bij DBC ketenzorg diabetes
- Eigen regie thuiszorg: open overleg met cliënt in 'keukentafelgesprek': wat is 'minimale' zorg die toch van hoge kwaliteit is; beloon eigen inbreng cliënt

## 4. Anders innoveren

De zorg staat aan de vooravond van grote technologische doorbraken. Brede toepassing van die nieuwe technologie leidt tot betere, maar vaak ook duurdere diagnose en therapie. Innovatie kan echter ook bijdragen aan kostenbeheersing door zich nadrukkelijk te richten op kwaliteit van zorg voor de burger, productiviteitsverbetering in de sector en het ondersteunen van participatie in arbeidsproces en

samenleving. Technologische veranderingen gaan snel, maar de toepassing ervan in de zorgpraktijk loopt vaak achter. 'Anders innoveren' wil zeggen dat sociale, organisatorische en institutionele innovaties hand in hand moeten gaan met technologische doorbraken. Innovatieve partnerschappen tussen partijen in de zorgsector en nieuwe ondernemers zijn nodig voor doorbraken. Hier past geen blauwdruk maar is ruimte en durf nodig om te experimenteren met het ontwikkelen van nieuwe producten en diensten. Het gaat bijvoorbeeld om:

- Het stimuleren van nieuwe toetreders tot de zorgmarkt en steun nieuwe business modellen en organisatievormen die waarde toevoegen (ook door inzet nieuwe technologie); nieuwe spelers en partnerschappen, lease- en franchise constructies, nieuwe vormen van (sociaal) ondernemerschap. Handhaaf de gegarandeerde redelijke vergoeding voor nieuwe (niet gecontracteerde) aanbieders (maar stel hier wel kwaliteitseisen!).
- Van aanvang af gebruikers betrekken bij innovaties; participatie en zelforganisatie van communities (bijv. via internetmarktplaatsen en sociale media) ten behoeve van de bevordering van gezond gedrag en 'zorg in de buurt'; patiënt is beheerder van eigen elektronisch patiënten dossier.
- Introduceer een 'innovatietoets' om beleidsmaatregelen die innovatie en introductie van vernieuwing kunnen belemmeren, tegen te gaan.

Samenvattend: de uitgavenstijgingen in de zorg zullen zich in de toekomst waarschijnlijk voortzetten – dat zal in sterkere mate het geval zijn voor de langdurig zorg dan voor de cure. Dit hoeft op zich geen probleem te zijn, zeker niet wanneer die overeenkomt met de preferenties van de bevolking. Het gaat erom dat de kwaliteit van zorg achterblijft bij wat mogelijk is en dat de baten van zorg (participatie en gezond leven) onvoldoende worden 'geogst'. De komende technologische doorbraken veranderen hier niets aan als we zorginnovatie niet breed opvatten en ons vooral richten op preventie, health literacy, organisatievernieuwing en nadruk op samenwerking en netwerken (communities). De economische waarde van de sector voor de Nederlandse economie is bovendien groot en zal zich in de toekomst verder ontwikkelen. Het zijn vooral de collectieve aard van en de universele toegang tot de zorg die voor de overheid een probleem vormen in tijden van financiële crisis. Daarom is het van groot belang in zetten op twee lijnen:

- 1) het maximaal verhogen van de baten van gezondheid en zorg door in te zetten op preventie, kwaliteit en innovatie
- 2) het beheersen van de uitgaven en met name het volume van zorgconsumptie door gerichte effectieve prikkels.

Zoals we lieten zien zijn deze twee doelstellingen complementair: overdiagnose en overbehandeling leiden tot hogere kosten en verlies aan kwaliteit voor de burger. Een aantal maatregelen om de preventie, kwaliteit en innovatie te bevorderen, hebben we hierboven besproken. Het beheersen van de kosten per hoofd van de bevolking (één van de Triple Aim doelstellingen) blijft daarmee een prioriteit. We sluiten af met een aantal maatregelen die kunnen helpen om de groei van het zorgvolume onder controle te krijgen. Zoals we zagen zijn de uitgavenstijgingen vooral een kwestie van snelgroeiende zorgvolumes. Het herinvoeren van een strakke budgettering zoals we die voor 2000 kenden is nog niet aan de orde en remt zo is de ervaring uit die periode de innovatie. Om de stijgende zorguitgaven aan te pakken wordt vooral ingezet op doelmatigheid en het verminderen van verspilling. Maatregelen moeten zich vooral ook richten op die factoren die bijdragen aan de sterke groei van de zorgvolumes, in het bijzonder:

- De geringe aandacht voor preventie en de toename van leefstijlaandoeningen (50% van de bevolking is te zwaar)
- De toegenomen medicalisering van de samenleving, waarin steeds meer mensen met een klacht of kwaal medisch gediagnostiseerd worden als toegangspoort voor hulp/aandacht
- De huidige vorm van marktwerking die zich uit in omzet maken, vooral als artsen per verrichting worden betaald, en door Nma regels samenwerking en taakverdeling bemoeilijkt

- De geringe transparantie die er voor zorgt dat burgers geen zicht hebben op de kwaliteit en kosten van behandeling
- Een complex declaratiesysteem dat hoge kosten met zich meebrengt, creatief boekhouden mogelijk maakt en transparantie niet verbetert
- Een algemeen eigen risico dat geen prikkels geeft tot beperking van de vraag zodra men de drempel van het eigen risico gepasseerd is, in plaats daarvan gerichte prikkels.
- Een calculerende zorgconsument die gebruikt waar hij recht op heeft
- Overdiagnostiek en overbehandeling, soms ter geruststelling van patiënten, soms op initiatief van artsen (angst voor aansprakelijkheid)
- Bureaucratisering met groeiende aantallen managers en papieren prestatiemetingen die ertoe leiden dat niet de juiste zorg aan de juiste persoon wordt geleverd.
- Schaalvergrotingen fusies die leiden tot meer complexiteit (zoals de beoogde fusie tussen AMC en VUMC) en niet tot vereenvoudiging en transparantie (bijvoorbeeld concentratie van borstkankerzorg)

## Referenties

Baumol, W.J. 2012. The cost disease: Why computers get cheaper and health care doesn't. New haven: Yale University Press

Boston Consulting Group. 2011. Zorg voor waarde.

Bregman, R. 2012. De miljarden van Klink bestaan echt. Volkskrant 01-09-2012

De Kam, F. 2009. Stijging van collectieve zorguitgaven is groter probleem dan AOW. NRC Handelsblad, 2 mei 2009

De Telegraaf. Zorgkosten plots lager. 12 juli 2013.

Douven, R., R. Mocking, en I. Mosca. 2012. The Effect of Physician Fees and Density Differences on Regional Variation in Hospital Treatments. CPB Discussion Paper 208. Den Haag. CPB.

Ewijk, C. van, A. van der Horst, en P. Besseling. 2013. Gezondheid loont: Tussen keuze en solidariteit. Den Haag: Centraal Planbureau

Hasaart, F. 2011. Incentives in the Diagnosis Treatment Combination payment system for specialist medical care. PhD Dissertation, Maastricht University

Horst, A. van der, F. van Erp en J. de Jong. 2011. Omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg, Den Haag: CPB

Jong, J. de, 2012, Decompositie van de zorguitgaven 1972-2010. Den Haag: CPB

Klink, A. 2012. Toerusting in de arena van de gezondheidszorg. Waarom kostenbesparende innovaties de zorg vaak duurder maken. Oratie Vrije Universiteit, Amsterdam, 25 oktober 2012

Morgan, D en R. Astolfi. 2013. Health spending growth at zero. OECD Health Working Papers No. 60. Paris: OECD

Topol, E. 2012. The creative destruction of medicine. How the digital revolution will create better health care. New York: Basic Books

TNO. 2013. Innoveren voor gezondheid. Delft: TNO

Visser, S., R. Westendorp, K. Cools, J. Kremer en A. Klink. 2012. Kwaliteit als medicijn. Amsterdam: booz&co.