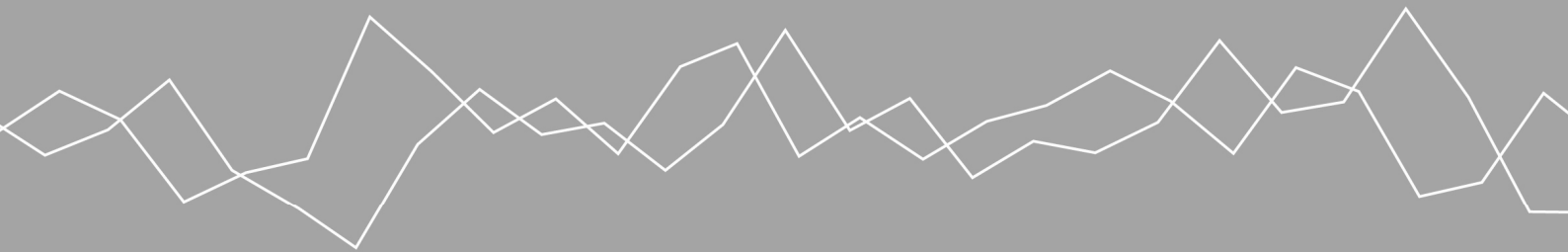


Doelmatig met bestaand beleid



seo economisch onderzoek



Amsterdam, 19 oktober 2009  
In opdracht van het ministerie van VWS

## Doelmatig met bestaand beleid

Een analyse gebaseerd op expertise uit het veld

Anneli Houkes  
Eske Scavenius



seo economisch onderzoek

“De wetenschap dat het goed is”

*SEO Economisch Onderzoek doet onafhankelijk toegepast onderzoek in opdracht van overheid en bedrijfsleven. Ons onderzoek helpt onze opdrachtgevers bij het nemen van beslissingen. SEO Economisch Onderzoek is gelieerd aan de Universiteit van Amsterdam. Dat geeft ons zicht op de nieuwste wetenschappelijke methoden. We hebben geen winstoogmerk en investeren continu in het intellectueel kapitaal van de medewerkers via promotietrajecten, het uitbrengen van wetenschappelijke publicaties, kennisnetwerken en congresbezoek.*

SEO-rapport nr. 2009-18

ISBN 978-90-6733-491-4

Copyright © 2009 SEO Amsterdam. Alle rechten voorbehouden. Het is geoorloofd gegevens uit dit rapport te gebruiken in artikelen en dergelijke, mits daarbij de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld.

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b> .....	<b>i</b>
<b>1 Inleiding</b> .....	<b>5</b>
<b>2 Hoe kan het Rijk doelmatigheid sturen?</b> .....	<b>7</b>
2.1 Inleiding .....	7
2.2 Doelmatig alloceren van budgetten.....	8
2.3 Doelmatig indiceren.....	13
2.4 Zorgen dat partijen doelmatig willen zijn.....	19
2.4.1 Inkoper stimuleren tot doelmatigheid.....	20
2.4.2 Zorgverlener stimuleren tot doelmatigheid.....	21
2.5 Zorgen dat partijen doelmatig <i>kunnen</i> zijn.....	25
2.5.1 Inleiding.....	25
2.5.2 Inkoper ondersteunen met kennis en kunde.....	26
2.5.3 Inkoper ondersteunen met instrumenten .....	27
2.5.4 Inkoper ondersteunen met onderhandelingsmacht .....	28
<b>3 Als er doelmatigheidswinst is, waar komt dat dan terecht?</b> .....	<b>31</b>
3.1 Inleiding .....	31
3.2 Waar blijft doelmatigheidswinst curatieve sector? .....	32
3.3 Waar blijft de doelmatigheidswinst Wmo?.....	34
3.4 Waar blijft de doelmatigheidswinst langdurige zorg? .....	36
<b>4 Conclusie</b> .....	<b>39</b>
<b>Bijlage A Literatuur</b> .....	<b>43</b>
<b>Bijlage B Deelnemers expertbijeenkomsten</b> .....	<b>45</b>
<b>Bijlage C Gespreksonderwerpen</b> .....	<b>47</b>



# Samenvatting

## Inleiding

Dit rapport is *geen* resultaat van een onderzoek van SEO Economisch Onderzoek. Dit rapport is een analytische bewerking van de meningen van verschillende partijen (zie bijlage B) uit het veld. De rol van SEO Economisch Onderzoek was het uitvragen van al deze verschillende meningen. Zoals het inzichten van verschillende partijen betaamt, lopen zij (soms sterk) uiteen. Vervolgens heeft SEO Economisch Onderzoek de meningen analytisch bewerkt tot een samenhangend geheel. Het ministerie heeft bewust gekozen om voor dit rapport geen onderzoek te laten verrichten. Dit omdat zij juist de meningen uit het veld wilde horen.

De twee hoofdvragen die gesteld zijn aan deze experts uit het veld zijn: welke maatregelen heeft de overheid tot haar beschikking om microdoelmatigheid te stimuleren? Via welke kanalen kunnen de behaalde doelmatigheidswinsten vervolgens terugvloeiën naar de samenleving, en daarmee bijdragen aan de macrokostenbeheersing? Hierbij gaat het niet om allerlei nieuwe plannen, maar juist om mogelijkheden binnen (een eventueel lichte wijziging van) bestaand beleid. Verdelingsvraagstukken als pakketmaatregelen en eigen betalingen zijn hierbij niet meegenomen.

## Over welke maatregelen beschikt het Rijk om microdoelmatigheid te stimuleren?

Het Rijk kan volgens de deelnemers met een lichte aanpassing van bestaand beleid meer doelmatigheidswinst realiseren.

Ten eerste kan zij – volgens de deelnemers – doelmatigheidswinst behalen door doelmatiger dan nu budgetten te alloceren. Doelmatigheidswinst is in ieder geval te behalen op plaatsen waar partijen toch achteraf gecompenseerd worden voor overschrijding van hun budgetten. De ex post risicoverevening, het opvangen van faillissementen en de macro nacalculatie zouden dus onmiddellijk afgeschaft moeten worden, aldus de deelnemers. Door het afschaffen hiervan zal de prikkel tot doelmatigheid sterker worden. Ook zou de overheid overlappende budgetten moeten voorkomen. Daarnaast zou het Rijk per budget kunnen nagaan of de budgetten logisch samenvallen met het nemen van beslissingen over doelmatigheid. Zo zou een gezamenlijk budget voor een complexe doelgroep, zoals dak- en thuislozen, helpen om doelmatige beslissingen te kunnen nemen. Ten slotte zou het Rijk per partij kunnen nagaan hoeveel vrijheid van budget een partij aankan. Dit hangt af van in hoeverre deze in staat is en gemotiveerd is om doelmatig te zijn. Hoe meer vrijheid een partij aankan, hoe doelmatiger het is deze ook te geven.

De tweede manier waarop het Rijk doelmatigheid kan stimuleren met bestaand beleid is – aldus de deelnemers – doelmatig indiceren. Beheersing van het volume is een belangrijke manier om de kosten te beheersen. Bij doelmatig indiceren is er echter een afruil tussen transactiekosten en belangen. Zorgverleners en inkopers hebben belang bij een bepaalde indicatie, inkopers en onafhankelijke partijen kennen veel transactiekosten. Een deel van de experts geeft aan dat indicatie het doelmatigst vormgegeven kan worden door de zorgverlener de indicatie te laten stellen en vervolgens de inkoper deze indicatiestelling te laten controleren. Dit kan bijvoorbeeld via benchmarking en/of via steekproefsgewijze controle van het naleven van indicatierichtlijnen.

De derde manier waarop het Rijk doelmatigheid kan stimuleren met bestaand beleid is volgens de deelnemers het stimuleren van partijen om doelmatig te *willen* zijn. Het Rijk kan een wettelijke plicht op doelmatigheid opleggen, maar dit heeft naar verwachting van de deelnemers op zichzelf weinig effect. Zij verwachten meer van het financieel prikkelen van de inkoper. Een voorbeeld hiervan is de Wmo. Nadat de huishoudelijke zorg ondergebracht was bij partijen die lagere kosten mochten houden, is de prijs fors omlaag gegaan. Hoewel de deelnemers dit onwenselijk vonden (er ontstond een te lage prijs) is duidelijk dat er een sterke prikkel tot kostenreductie uitgaat van het mogen houden van kostenbesparingen. Daarnaast verwachten de deelnemers ook veel van de patiënt als inkoper. Deze heeft er inherent belang bij binnen zijn budget zo doelmatig mogelijk in te kopen. Een helder voorbeeld is uiteraard het persoonsgebonden budget. In beide gevallen is het echter wel zo dat er wel een duidelijke prikkel tot doelmatigheidswinst ontstaat, maar dat de eventueel gemaakte doelmatigheidswinst ten goede komt aan de inkoper en niet terugvloeit naar de belasting- en premiebetaler. Dit is nodig om de prikkel te laten werken.

De vierde manier waarop het Rijk doelmatigheid kan stimuleren met bestaand beleid, aldus de deelnemers, is ervoor zorgen dat partijen doelmatiger *kunnen* zijn. Hierbij is alleen gesproken over de inkopers. Inkopers zouden doelmatiger kunnen inkopen als zij ondersteund worden met kennis en kunde. Hierbij hebben deelnemers met name kennis over een goede zorginkooprol (voor gemeenten) en transparantie over kwaliteit (voor verzekeraars) genoemd als belangrijke ondersteuning. Het Rijk kan daarnaast de inkoper instrumenten geven om doelmatig te zijn door bijvoorbeeld hem vrijheid te geven in de eenheid van contracten, de prijsvorming, vrij te laten en minder regels te stellen aan offerteprocedures. Hiermee kan de inkoper doelmatiger inkopen. Deze vrijheid geeft hem echter ook de mogelijkheid minder doelmatig in te kopen. Essentieel voor de vraag of deze instrumenten doelmatigheid stimuleren, is daarom dat deze instrumenten alleen worden gegeven aan inkopers die doelmatig willen zijn en voldoende mogelijkheden hebben doelmatig te zijn. Ten slotte kan het Rijk de onderhandelingsmacht van de inkoper stimuleren. Hierdoor heeft hij meer mogelijkheden een doelmatig volume af te dwingen. Het Rijk kan deze onderhandelingsmacht versterken door kwaliteitsinformatie beschikbaar te stellen, geen contracteerplicht in te stellen en verticale integratie toe te staan.

Als het gaat om het motiveren van zorgverleners zijn de deelnemers verdeeld: een deel van de deelnemers zegt dat zij het best financieel geprikkeld kunnen worden. Zorgverleners moeten risico lopen. Een ander deel van de deelnemers zegt dat zorgverleners juist intrinsiek gemotiveerd moeten worden en een budget moeten krijgen dat zij optimaal naar wens van de cliënt mogen invullen.

### **Waar gaan eventuele doelmatigheidswinsten in de zorg op dit moment naartoe?**

Waar gaan doelmatigheidswinsten nu naar toe? In de curatieve sector gaat volgens de deelnemers een klein deel van de doelmatigheidswinst naar burgers (de premiebetalers). Dit geldt echter alleen voor de efficiëntiewinst die naar zorgverzekeraars gaat. Zij opereren op een concurrerende markt en concurreren met hun premies. Een groot deel van de efficiëntiewinst gaat naar zorgaanbieders. Met name de medisch specialisten in maatschappen: als zij efficiënter werken resulteert dit in een hoger inkomen. Efficiëntiewinsten bij zelfstandige behandelcentra worden vaak geïnvesteerd in gebouwen en machines, aldus enkele deelnemers.



In de langdurige zorg worden volgens de deelnemers weinig efficiëntiewinsten gemaakt. Er zijn in het systeem weinig prikkels voor doelmatigheid ingebouwd. Als ze al worden gemaakt, worden ze volgens de deelnemers met name ingezet voor investeringen. Dit zijn niet zozeer investeringen in doelmatigheid, maar met name investeringen in gebouwen, aldus de deelnemers. Daar waar wel doelmatigheidswinsten worden gemaakt in de langdurige zorg en deze niet worden geïnvesteerd is het wel mogelijk deze af te romen, waardoor deze ten goede komt aan het macrobudget.

In de Wmo gaat een groot deel van eventueel behaalde doelmatigheidswinst naar de gemeenten. Deze zullen dit meestal ten goede laten komen aan de lokale bevolking. Het is ook mogelijk dat de zorgaanbieders (beperkt) wat van de efficiëntiewinst kunnen houden, maar dat zal naar verwachting niet veel zijn en in ieder geval tijdelijk (gedurende de contractperiode), omdat er daarna weer een nieuwe aanbestedingsronde begint. Bij het PGB is er nauwelijks prikkel geld over te houden, de patiënt kan wel efficiëntiewinst omzetten in zo veel mogelijk zorg binnen zijn budget. Het is mogelijk, via korting op het macrobudget, dat efficiëntiewinst terugvloeit naar de belasting- en premiebetaler. Dit dempt echter wel de prikkel voor gemeenten om efficiëntiewinst af te dwingen.

### **Hoe kan eventuele doelmatigheidswinst terugvloeien naar het macrozorgbudget?**

De deelnemers geven aan dat het terugvloeien van doelmatigheidswinsten naar het macrozorgbudget niet eenvoudig te realiseren is. Dit komt omdat ten minste een deel van de doelmatigheidswinsten in de sector nodig is als beloning voor de partij om doelmatigheidswinst te behalen. Deze beloning moet gegeven blijven worden, want zij prikkelt de partij om in de toekomst nog meer doelmatigheidswinst te blijven realiseren.

De deelnemers geven aan dat het hierbij van cruciaal belang is een beloning te kiezen die past bij de partij. Alleen een beloning die past bij de partij zal deze partij optimaal motiveren. Zo zal een meer commerciële partij (bijvoorbeeld het management van een ZBC of een maatschap specialisten) of een partij die het geld graag ook op een andere manier besteedt (zoals gemeenten) het liefst een beloning in zo vrij mogelijk besteedbaar geld zien. Andere soorten spelers (zoals veel zorgpersoneel in de langdurige zorg en in de huishoudelijke zorg en de meeste patiënten met een persoonsgebonden budget) zullen liever een beloning zien in de vorm van betere kwaliteit en kwantiteit van zorg.

Dit betekent dat een deel van de te behalen doelmatigheidswinst nodig zal zijn voor het financieren van deze beloningen. Of het nu gaat om financiële beloningen of om het mogelijk maken van meer en betere zorg. Als iedere vorm van doelmatigheidswinst direct wordt afgeroomd is er geen beloning en zal hiervan geen extra motivatie uitgaan op partijen om doelmatigheidswinst te laten ontstaan.

Dat een deel van de doelmatigheidswinst hiervoor noodzakelijk is, betekent tegelijkertijd dat de mogelijkheden tot het laten terugvloeien van doelmatigheidswinsten naar het macrozorgbudget hierdoor duidelijk gelimiteerd worden.



# 1 Inleiding

## Aanleiding

De zorguitgaven groeien sneller dan het bruto nationaal product, en zullen dit naar verwachting ook in de toekomst blijven doen. *Ceteris paribus* betekent dit dat de zorguitgaven steeds meer druk zullen leggen op andere collectieve uitgaven, zoals onderwijs en veiligheid, met het risico dat deze worden verdrongen. Dit is niet per definitie een probleem, het kan zelfs maatschappelijk gewenst zijn als daar bijvoorbeeld veel gezondheidswinst tegenover staat. In het verleden is een stijging van het aandeel zorg in de collectieve uitgavenquote politiek aanvaardbaar gebleken. De vraag hoe de uitgaven in de zorg worden beheerst en beïnvloed, blijft echter hoogst relevant. Daarover gaat dit rapport.

## Doel

De twee hoofdvragen die worden beantwoord in dit rapport zijn: welke maatregelen heeft de overheid tot haar beschikking om microdoelmatigheid te stimuleren? Via welke kanalen kunnen de behaalde doelmatigheidswinsten vervolgens terugvloeiën naar de samenleving, en daarmee bijdragen aan de kostenbeheersing op macroniveau?

## Methodiek

Dit rapport is *geen* resultaat van een onderzoek van SEO Economisch Onderzoek. Dit rapport is een analytische bewerking van de opvallendste en belangrijkste meningen van verschillende partijen uit het veld. Deze meningen zijn uitgevraagd tijdens twee vier uur durende sessies met experts uit het veld. In bijlage B staat aangegeven welke partijen dit waren. Bijlage C is de presentatie van de gespreksonderwerpen die in deze sessies zijn besproken. De rol van SEO Economisch Onderzoek in deze sessies was het uitvragen van al deze verschillende meningen. Zoals het inzichten van verschillende partijen betaamt, lopen zij (soms sterk) uiteen. Sommige meningen worden breder gedeeld door de deelnemers. Andere meningen zijn van een enkeling. Echter, soms kan juist de mening van een eenling in het debat zorgen voor nieuwe inzichten.

Vervolgens heeft SEO Economisch Onderzoek de meningen analytisch bewerkt tot een samenhangend geheel. Het ministerie heeft bewust gekozen om voor dit rapport geen onderzoek te laten verrichten. Dit omdat zij juist de meningen uit het veld wilde horen.

## Afbakening en terminologie

Bij kostenbeheersing in de sector zorg en welzijn wordt veelal verwezen naar twee bekende soort maatregelen: pakketmaatregelen en eigen betalingen. Deze soorten maatregelen worden in dit project *niet* meegenomen. De reden daarvoor is niet alleen dat hierover al veel informatie beschikbaar is, maar vooral dat dit in essentie verdelingsvraagstukken betreft. Het snoeien in het pakket en het toenemen van de eigen betalingen beïnvloeden de verhouding tussen collectief en privaat gefinancierde zorg. Een verschuiving richting meer privaat gefinancierde zorg zal de solidariteit tussen groepen burgers beïnvloeden. Deze afweging is daarom in hoge mate politiek.

Dit rapport kijkt steeds naar de situatie in de curatieve zorg, de langdurige zorg en het deel huishoudelijke verzorging binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De totale

(wettelijke) structuur en financiering van deze drie beleidsterreinen, gericht op de ontwikkeling van de doelmatigheid, vormt de focus van dit onderzoek. Dat is in de curatieve zorg dus niet alleen de zorgverzekeringswet (ZVW), maar zeker ook de wet marktordening gezondheidszorg (WMG) en de wet toelating zorginstellingen (Wtzi). Tijdens de discussiebijeenkomsten en de voorbereidingen daarvan, zijn de ZVW en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) echter veelal gebruikt als synoniemen voor de curatieve zorg, respectievelijk de langdurige zorg. In dit rapport duiden de termen curatieve en langdurige zorg op de totale institutionele configuratie die relevant is voor de ontwikkeling van de doelmatigheid. In de overige gevallen hanteren we de verschillende wetsafkortingen.

Dit project concentreert zich op de relatie tussen microdoelmatigheid en macrokostenbeheersing. Microdoelmatigheid kan verschillende dingen betekenen. Het kan betekenen meer volume en/of kwaliteit van zorg tegen dezelfde kosten. Het kan ook betekenen: dezelfde kwaliteit en hetzelfde volume tegen minder kosten. Dit rapport beschrijft de zoektocht naar het laatste. De deelnemers is gevraagd ideeën te delen over hoe met minder kosten dezelfde kwaliteit en volume gerealiseerd zouden kunnen worden. Soms blijkt dat deze doelmatigheid niet bereikt wordt, en er in plaats daarvan wel meer kwaliteit en/of volume tegen dezelfde kosten bereikt wordt. In die gevallen zullen we dit expliciet opnemen in de tekst over welk soort doelmatigheid het gaat. In alle andere gevallen betekent het woord doelmatigheid in dit rapport dus: minder kosten voor hetzelfde volume tegen dezelfde kwaliteit.

### **Leeswijzer**

Dit rapport is opgesplitst in twee delen. Het eerste deel (beschreven in hoofdstuk 2) behandelt de ideeën van de deelnemers over hoe het Rijk met (een lichte verandering van) bestaand beleid kan sturen op doelmatigheid. Dit hoofdstuk bespreekt aan de hand van een analytisch kader stapsgewijs de verschillende sturingsmogelijkheden. Dit leidt tot zeven invalshoeken van waaruit het Rijk doelmatigheid kan bevorderen. Het tweede deel (beschreven in hoofdstuk 3) bespreekt de inzichten van de deelnemers over of eventuele doelmatigheidswinst ook terugvloeit naar de belasting- en premiebetaler in de vorm van een verlaging van het macrozorgbudget. Het rapport eindigt in hoofdstuk 4 met een conclusie over deze twee onderwerpen.

## 2 Hoe kan het Rijk doelmatigheid sturen?

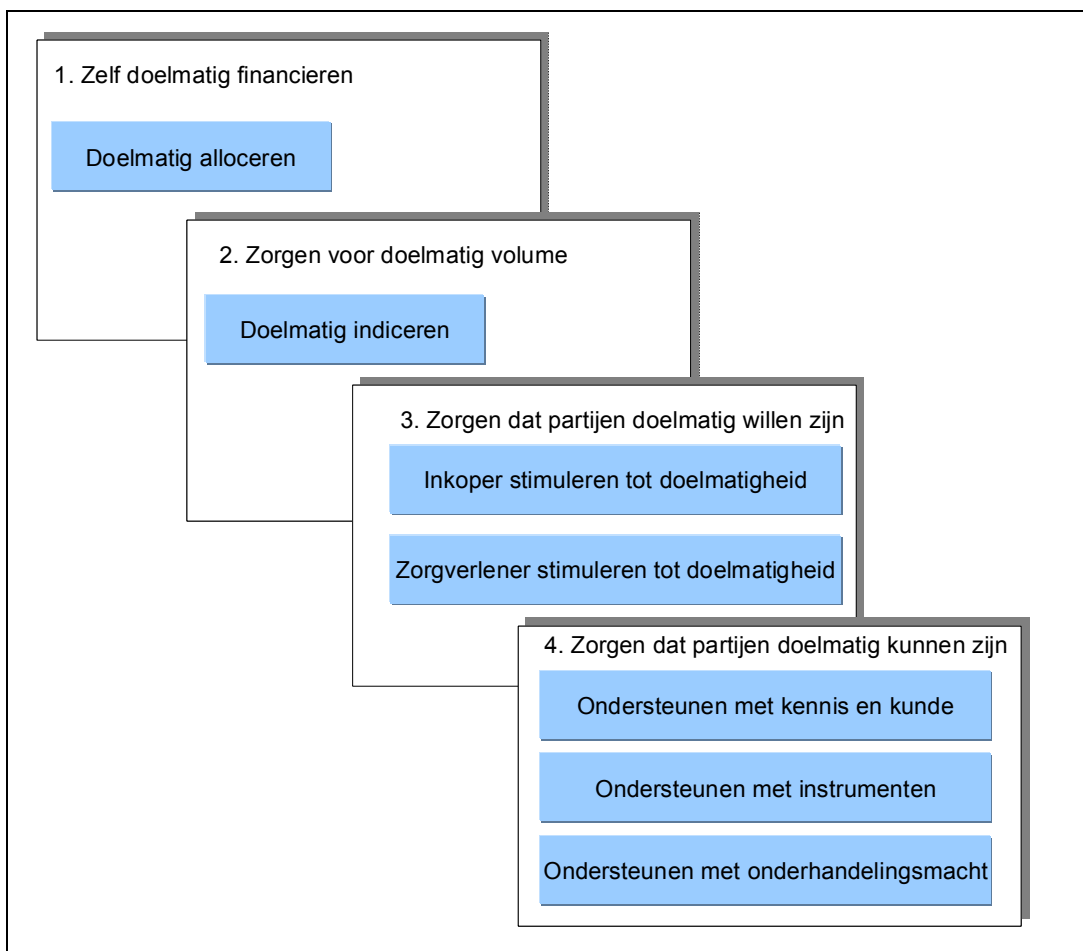
### 2.1 Inleiding

Welke maatregelen heeft het Rijk om doelmatigheid in de zorg te stimuleren? In de expertbijeenkomsten zijn vier terreinen besproken waarop het Rijk de mogelijkheid heeft om doelmatigheid te bevorderen. Het Rijk kan:

- I. doelmatig alloceren;
- II. doelmatig (laten) indiceren;
- III. zorgen dat partijen doelmatig *willen* zijn
  - a. inkoper stimuleren tot doelmatigheid
  - b. zorgverlener stimuleren tot doelmatigheid
- IV. Zorgen dat partijen doelmatig *kunnen* zijn
  - a. partijen ondersteunen met kennis en kunde
  - b. partijen ondersteunen met instrumenten
  - c. partijen ondersteunen met voldoende onderhandelingsmacht

We werken deze onderwerpen uit in de volgende paragrafen:

**Figuur 2.1. Indeling van dit hoofdstuk**



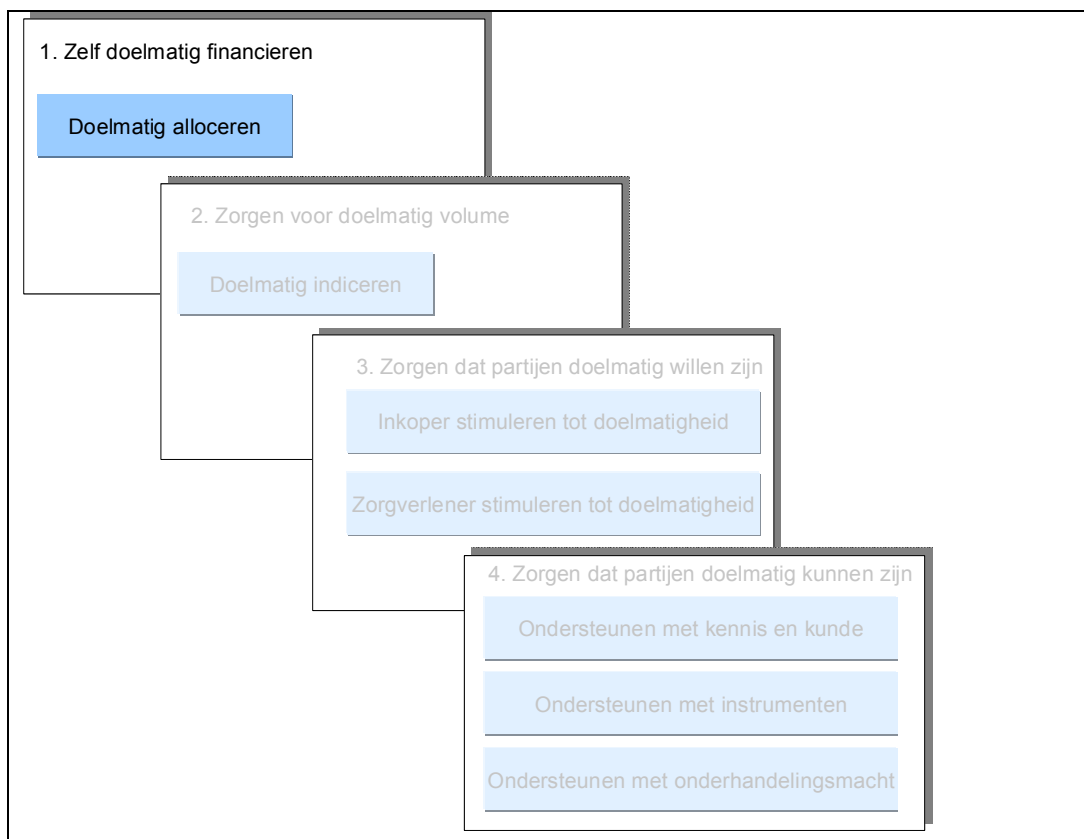
## 2.2 Doelmatig alloceren van budgetten

### Inleiding

De eerste manier waarop het Rijk doelmatigheid kan stimuleren met bestaand beleid is door budgetten zodanig te verdelen over de verschillende partijen dat een doelmatige inzet van deze middelen optimaal gestimuleerd wordt. Uiteraard is het Rijk niet de enige die budgetten allocceert in de zorg. Vaak heeft het Rijk deze taken gedelegeerd aan andere partijen. Het is echter uiteindelijk wel het Rijk dat bepaalt welke partij verantwoordelijk is voor welk budget.

In deze paragraaf behandelen we aan welke voorwaarden een doelmatige allocatie van budgetten moet voldoen. Hoewel het financieren van *outcome* (gezondheidswinst of welzijnswinst bijvoorbeeld) door de meeste deelnemers als de meest doelmatigheidsbevorderende financieringswijze wordt gezien, is dit niet op alle terreinen van de gezondheidszorg al bestaand beleid. Budgetallocatie speelt nog steeds een grote rol. Daarom is het zinvol na te gaan onder welke voorwaarden budgetten zo doelmatig mogelijk verdeeld kunnen worden. In deze paragraaf gaan we dit na.

Figuur 2.2. Onderwerp deze paragraaf



### **Intelligent budgetsysteem prikkelt doelmatigheid mits...**

Hoewel financieren met budgetten niet de meest doelmatigheidsbevorderende manier van financieren is, lokt budgetfinanciering wel meer doelmatigheid uit dan een declaratiemechanisme, waarbij partijen alle gemaakte kosten mogen declareren.

*“In de AWBZ moet het zorgkantoor uitkomen met het regiobudget. Dat is een prikkel voor doelmatigheid.” (mening deelnemer)*

Partijen worden door een budget namelijk in ieder geval gedwongen binnen hun ‘huishoudboekje’ te blijven. De manier waarop budgetten verdeeld worden, heeft echter effect op hoeveel doelmatigheid wordt afgedwongen. In de expertbijeenkomsten zijn enkele belangrijke voorwaarden voor een optimale doelmatige budgetallocatie gegeven.

### **...partijen niet achteraf toch nog gecompenseerd worden**

De eerste voorwaarde is dat partijen er niet op rekenen dat ze op een of andere wijze wel achteraf gecompenseerd zullen worden als ze toch overschrijden. Als zij daar wel op rekenen, ervaren ze het huishoudboekje niet als “bindend”. In dat geval vermindert de doelmatigheidsprikkel van het budget. Een voorbeeld van anticipatie staat beschreven in het onderstaande rode kader. Ondanks dat vooraf werd afgesproken dat er een bepaald aantal opleidingsplaatsen zou worden vergoed, anticipeerden instellingen er toch op – “de overheid kennende” – dat zij voor een overschrijding wel gecompenseerd zouden worden. Overigens is in dit geval geen compensatie verleend. In dit geval heeft het Rijk dus exact gehandeld conform deze voorwaarde.

*“Sommige instellingen hebben meer aiOS laten instromen dan door mij bij de subsidieverlening beschikt en zij lijken vervolgens verwonderd te zijn wanneer die plaatsen niet worden vergoed.” (Kamerstukken II 2008-2009, nr 483).*

### **...alle partijen verantwoordelijk zijn voor hun eigen budget**

De tweede voorwaarde is dat alle partijen verantwoordelijk zijn voor hun eigen budget. Als er een algemeen budget is voor alle partijen ligt *free riding* op de loer. Stel bijvoorbeeld dat alle mensen die nu een persoonsgebonden budget (PGB) krijgen volgend jaar hun PGB zouden moeten inleveren en er in plaats daarvan een totaalbudget zou komen. Stel nu dat al die voormalige PGB-houders vervolgens vrijelijk uit dat gemeenschappelijke totaalbudget zoveel zorg zouden mogen inkopen als zij zouden willen, totdat het totaalbudget op zou zijn. In dat geval zullen individuen minder geneigd zijn bij iedere inhuur een afweging te maken tussen zorg en kosten, dan in de werkelijkheid, waarin zij een individueel PGB krijgen. Dit komt omdat het huishoudboekje voor één partij niet bindend is. Iedere partij heeft immers de mogelijkheid op kosten van de andere partijen minder oplettend te zijn of alles wat hij of zij inhuurt wel doelmatig is.

### **...de kosten en baten van beslissingen binnen hetzelfde budget vallen**

Het is echter niet zo dat hoe meer aparte budgetten er zijn, hoe doelmatiger de budgetallocatie is. Budgetten kunnen ook te klein worden. De derde voorwaarde is dat de kosten en baten van beslissingen binnen hetzelfde budget vallen. Als budgetten te versplinterd zijn, kan het partijen weerhouden doelmatigheidsinvesteringen te doen waarvan de baten in andere budgetten terecht komen. Een voorbeeld. Stel dat persoon een PGB krijgt dat hij mag inzetten voor zorg waarbij vrij is te kiezen of hij de zorg overdag of ’s nachts wil inzetten. In dat geval zal hij bij iedere

zorginkoop een rationele afweging maken voor welk tijdstip hij hulp zal inkopen. Als hij echter twee aparte budgetten krijgt: één voor uitsluitend hulp overdag en één voor uitsluitend hulp 's nachts, zal hij deze rationele keuze niet meer maken zodra één van de budgetten op is.

*“Tien tot vijftien jaar geleden waren er integrale zorgteams. Sindsdien is versplintering opgetreden, omdat de financiële kaders veranderd zijn” (mening deelnemer)*

Dat beslissingen tussen verschillende budgetten niet volledig met elkaar worden afgewogen geldt in de gezondheidszorg bijvoorbeeld voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de zorgverzekeringswet (ZVW). Dit komt omdat deze wetten betaald worden uit premiegelden. Omdat premie-inkomsten geormerkt zijn voor zorguitgaven, vindt er geen afweging plaats met andere begrotingsposten. Kostenstijgingen kunnen daardoor zonder al te veel politieke pijn worden afgewenteld op premiebetalers. Uit internationaal vergelijkend onderzoek (Van der Geest 2008) blijkt dat landen met een zorgstelsel dat (voornamelijk) uit belastingen wordt gefinancierd er beter in slagen macro-uitgaven aan gezondheidszorg te beheersen dan landen waar het zorgstelsel wordt gefinancierd via een publieke of private verzekering. Budgettaire krapte en concurrentie zorgen voor een neerwaartse druk op de zorguitgaven. Voor premiegefinancierde zorg geldt dit minder. Uiteraard kent ook een op belastingen gefinancierd systeem vaak problemen met gesplitste budgetten, omdat ook daar het totaalbudget vaak weer in kleinere budgetten wordt opgesplitst.

Een van de deelnemers geeft aan dat een voorbeeld van te veel aparte budgetten in Nederland de budgetten voor verslaafde dak- en thuislozen zijn. De doelgroep heeft te maken met een veelheid aan problemen en ongeveer evenveel budgetten die niet op elkaar aansluiten. Een veel effectievere en doelmatigere aanpak zou mogelijk zijn als deze budgetten voor deze doelgroep samengevoegd werden.

*“Bij sommige chronische doelgroepen (verslaafde dak- en thuislozen bijvoorbeeld) zou het goed zijn aan alle budgetten één regie toe te voegen.”(mening deelnemer)*

### **...de budgethouder de vrijheid heeft het geld zo doelmatig mogelijk te besteden**

De vierde voorwaarde is dat het budget niet zo strak geormerkt is dat doelmatigere alternatieven niet uit het budget gefinancierd mogen worden. Wie alleen nachtelijke zorg vergoed krijgt, maakt geen rationele afweging meer tussen zorg overdag of 's nachts. Soms is dit een bewuste beleidskeuze. In gevallen dat het geen bewuste beleidskeuze is, leidt het echter tot onnodig doelmatigheidsverlies.

*“Door deze versnippering is een goede afstemming van het gehandicaptenvervoer onmogelijk en blijven mogelijkheden voor schaalvoordelen liggen. Zo kan er bijvoorbeeld geen doelmatige afweging plaatsvinden tussen het bereik van het collectief vraagafhankelijk vervoer en de opzet van het lijngebonden openbaar vervoer, omdat de aansturing organisatorisch en/of financieel gescheiden is. Dit alles staat een doelmatige besteding van het overheidsgeld in de weg.”(Peeters 2002)*

*“Er is te weinig ruimte voor diversificatie in de manier van zorg aanbieden, en teveel druk op institutionalisering. Het zou goed zijn deze belemmeringen deels weg te nemen. Zo kan vraagsturing ook meer effect hebben, door innovaties die niet gehinderd worden door een bepaalde organisatievorm. Een zorgverzekeraar zou bijvoorbeeld ook afzonderlijke maatschappen kunnen contracteren. Of zorg in het buitenland aanbieden.” (mening deelnemer)*



Als investeringen van de eerste partij baten bij een tweede partij brengen zou de tweede partij een deel van zijn budget moeten mogen besteden om de investeringen van de eerste partij te financieren. Of anders zou er een partij boven deze twee partijen moeten zijn die verantwoordelijk is voor beide budgetten en de baten van de ene partij kan afromen ten behoeve van de investeringen van de andere partij. Op deze manier worden kosten en baten van een bepaalde investeringsbeslissing uiteindelijk weer bij elkaar gebracht. Dit brengt uiteraard wel weer extra transactiekosten met zich mee. Het is dus belangrijk per specifiek geval na te gaan of de baten van een extra partij opwegen tegen de kosten.

### **...budgetten verstrekt worden voor doelmatige zorg**

Volledige vrijheid van de besteding van geld levert echter ook niet altijd de meeste doelmatigheid op. Een vijfde voorwaarde is daarom dat budgetten met name besteed worden aan zorg die doelmatig wordt uitgevoerd. Doelmatigheid zou (steekproefsgewijs) gemeten kunnen worden. Partijen zullen transparant moeten maken hoe doelmatig zij zijn.

### **...budgetten niet met elkaar overlappen**

Een laatste voorwaarde is dat budgetten niet overlappen. Als budgetten overlappen kan dit ertoe leiden dat bepaalde zorg dubbel gefinancierd wordt. Dit is ondoelmatig. Wellicht is dit een bewuste keuze, bijvoorbeeld om de instellingen bestaansgarantie te geven, maar het leidt wel tot ondoelmatigheid. Daarnaast kan het voorkomen dat door het hanteren van verschillende criteria voor de budgettering van deelbudgetten binnen één regeling ondoelmatigheid gaat ontstaan. Zo zijn de uitgaven voor zorg in natura en persoonsgebonden budgetten (PGB) in de AWBZ apart gebudgetteerd. Na de indicatiestelling kan de cliënt kiezen uit een PGB of zorg in natura. Het zorgkantoor, dat de AWBZ uitvoert, maakt daarbij geen integrale afweging uitgaande van de totale zorgvraag. Ook kan de zorgaanbieder uit onder volumebeleid van het zorgkantoor. Zo kan het voorkomen dat het zorgkantoor besluit een beperkt contract af te sluiten met een zorgaanbieder en vervolgens de zorgaanbieder cliënten adviseert om een PGB aan te vragen en zo alsnog zorg bij hem af te nemen.

*“Het regiobudget werkt beter als prikkel tot doelmatigheid bij de inkoop van intramurale zorg, en minder voor extramurale zorg. Bij extramurale zorg kan de instelling naast het regiobudget PGB-houders aantrekken. Bij intramurale zorg niet“ (mening deelnemer)*

### **Conclusie**

De deelnemers onderscheiden zes soorten voorwaarden voor doelmatig alloceren. Twee voorwaarden gelden in het algemeen:

- a) Partijen moeten er niet op kunnen rekenen dat hun budget aangevuld wordt als zij hun budget overschrijden, tenzij er sprake was van overmacht;
- b) Budgetten mogen elkaar niet overlappen.

Voor de andere vier voorwaarden geldt dat er telkens twee aan twee sprake is van een afruil.

- c) Aan de ene kant hebben partijen een eigen budget nodig, een algemeen budget is niet bindend. Aan de andere kant mogen budgetten niet zo versplinterd zijn dat kosten en baten van belangrijke beslissingen niet binnen hetzelfde budget vallen. Anders worden investeringen die binnen het ene budget vallen niet gedaan, omdat de baten binnen een ander budget vallen;

- d) Aan de ene kant mag het budget mag niet te geoormerkt zijn; de budgethouder moet vrij zijn om telkens een doelmatige beslissing te kunnen maken tussen alternatieven. Aan de andere kant mag het budget niet zo vrij zijn dat de budgethouder ook de meest ondoelmatige zorg mag inkopen.

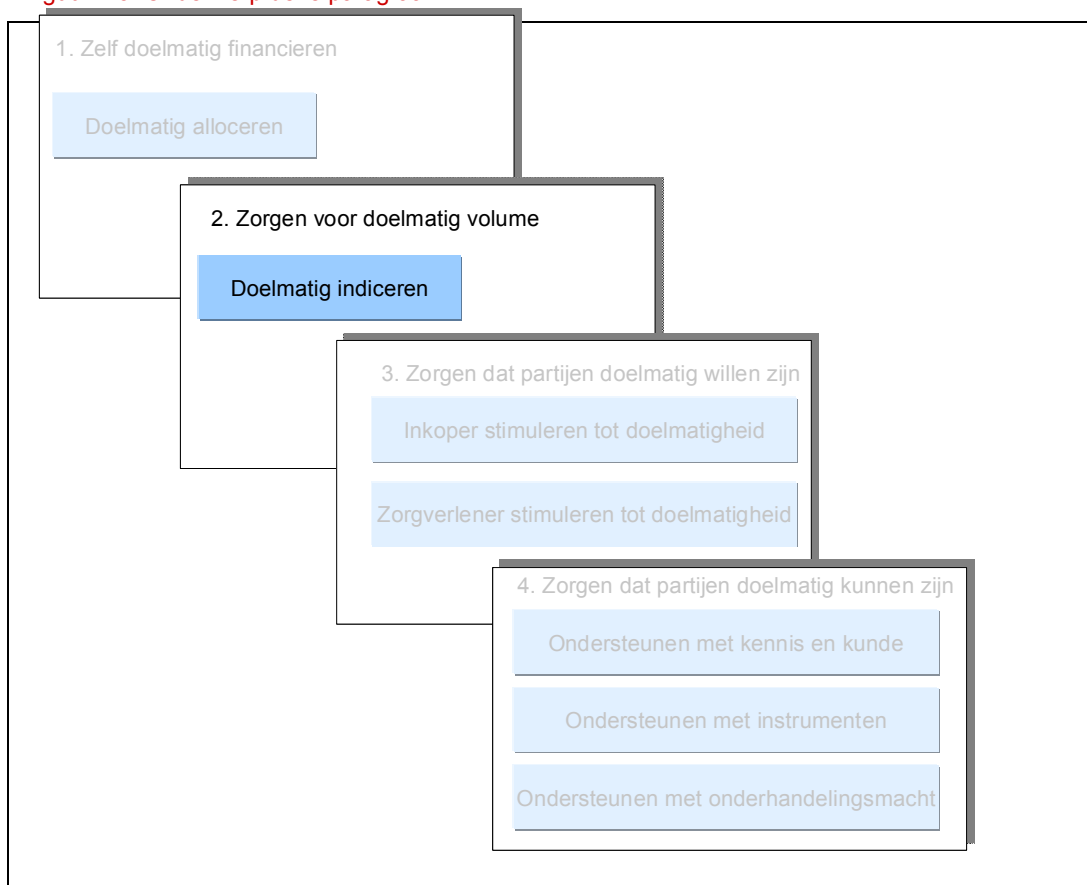
## 2.3 Doelmatig indiceren

### Inleiding

De kosten voor de gezondheidszorg worden naast de prijs bepaald ook bepaald door het volume. Wat is een doelmatig zorgvolume? De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ 2004) definieert een gepaste hoeveelheid zorg aan de hand van drie criteria. De zorg moet effectief zijn (werkzaam voor de patiënt), doelmatig zijn (baten in termen van *outcome* wegen op tegen de kosten) en noodzakelijk zijn (een substantiële hoeveelheid ziektelast wordt afgewenteld door de behandeling) is. Een doelmatig volume is in deze definitie zorg waarvan de *outcome* (gezondheidswinst of welzijnswinst) opweegt tegen de kosten.

De deelnemers van de bijeenkomst tekenen daarbij aan dat deze *outcome* niet te smal mag worden gemeten. In zo'n kosten/batenberekening moeten niet alleen de kosten van de behandeling afgezet worden tegen de onmiddellijke gezondheidswinst. Ook bespaarde kosten van behandelingen die ingezet zouden moeten worden als deze ziekte niet behandeld zou worden en de ziekte zou verergeren moeten meegeteld worden. Om te komen tot een doelmatig zorgvolume is het belangrijk enkele voorwaarden te stellen aan degene die de indicatie stelt. Indicering kan plaatsvinden door de inkoper (zoals bij de Wmo), een onafhankelijke instantie (zoals in de langdurige zorg) of door de zorgverlener (zoals in de curatieve sector).

Figuur 2.3. Onderwerp deze paragraaf



### **Meest doelmatig indicatiestellen gebeurt..**

Bij het vaststellen van wat de meest doelmatige manier van indicatiestellen is, is er een afruil tussen transactiekosten en belangen. Er zijn drie partijen die de indicatie kunnen stellen: een onafhankelijke partij, de zorgverlener en de inkoper. De onafhankelijke partij heeft (theoretisch) geen belang. De zorgverlener kan belang hebben bij ruime indicering (als dit hem meer geld oplevert) of krappe indicering (als hij een vast inkomen heeft en hij zijn werklust wil verminderen). De inkoper heeft geen belang als hij geen risico loopt en een belang om krap te indiceren als hij wel risico loopt.

Als een onafhankelijke partij of de inkoper de indicatie stellen, zijn er extra transactiekosten: namelijk kosten voor de overdracht van informatie van de indicatiesteller naar de zorgverlener. De indicatiesteller is een extra schakel tussen de patiënt en de zorgverlener.

Deze afruil tussen transactiekosten en belangen betekent dat de meest doelmatige keuze afhangt van de eenvoud, eenduidigheid en transparantie van de indicatieprocedure. Hoe eenvoudiger, eenduidiger en transparanter de indicatieprocedure is, hoe minder transactiekosten er zijn, want er hoeft weinig overgedragen te worden en er zijn weinig meningsverschillen mogelijk. Als er weinig transactiekosten zijn, is het doelmatig de indicatie door een onafhankelijke partij te laten doen, omdat er dan niet via belangen doelmatigheid weglekt. Hoe ingewikkelder, diffuser en minder transparant, hoe meer ervoor te zeggen is om de zorgverlener de indicatie te laten stellen. De hoge transactiekosten bij een indicatie door een onafhankelijke partij wegen dan niet meer op tegen de doelmatigheid die weg zou kunnen lekken door belangen.

### **...bij veel transactiekosten (zoals in de curatieve zorg) indicatie door zorgverlener**

In de curatieve zorg is het indicatieproces ingewikkeld. Er is veel medische kennis nodig om de juiste diagnose te kunnen stellen. Als een onafhankelijke instantie deze indicaties zou doen, zijn er veel transactiekosten. Dit is de reden dat in de curatieve zorg de zorgverlener de indicaties zelf stelt. Uiteraard heeft de klinisch specialist als poortwachter nog de huisarts voor zich. Hij kan daardoor niet vrijelijk het aantal patiënten bepalen. Hij bepaalt echter wel hoeveel en welke zorg een eenmaal naar hem doorverwezen patiënt krijgt. Dit blijkt bijvoorbeeld uit een studie naar het effect van opening van het ziekenhuis in Lelystad. Ondanks dat huisartsen exact even vaak bleven verwijzen naar een ziekenhuis, bleek het aantal ziekenhuisopnames van mensen uit de regio na opening van het ziekenhuis gestegen met 33% en het aantal verpleegdagen zelfs met 48% (Post, 1997). In de curatieve zorg heeft de indicatiesteller belang bij voldoende volume.

*“Er is door concurrentie wel een prikkel op prijs ontstaan, maar bijna niet op volume. Hierdoor zie je veel volumegroei. De specialist en meestal ook de patiënt vinden het extra volume prettig en zullen de volumegroei niet remmen. De zorgverzekeraar heeft te weinig invloed om er echt iets aan te doen.” (mening deelnemer)*

*“Doordat de specialist zelf indiceert heeft hij een prikkel om het volume te vergroten. De specialist heeft teveel belang bij de indicatiestelling. Veel patiënten kunnen door de huisarts behandeld worden. De specialist heeft echter een prikkel om toch een DBC uit te voeren. Dit is een zwakte van de Zorgverzekeringswet.” (mening deelnemer)*

**...bij weinig transactiekosten (zoals bij de langdurige zorg) door een onafhankelijke partij**

In de langdurige zorg is het indicatieproces over het algemeen eenvoudiger en eenduidiger dan in de curatieve zorg, aldus enkele deelnemers. Er zijn daarom theoretisch minder transactiekosten bij het overdragen van informatie uit de indicatie van indicatiesteller naar zorgverlener. Dit is dan ook de reden dat in de langdurige zorg de indicatiestelling niet door de zorgverlener wordt verricht. Voor de AWBZ wordt de indicatiestelling uitgevoerd door een onafhankelijke organisatie: het centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Theoretisch gezien hebben zij geen belang bij een bepaald volume. Volgens enkele deelnemers is dit echter in praktijk anders: ook een onafhankelijke partij wordt geprikkeld, namelijk door de patiënt. Met name in de langdurige zorg, waarbij soms geldt: “hoe meer zorg, hoe aangenamer voor de patiënt”, heeft een indicatiesteller die verder geen prikkels voelt, de neiging om niet al te sober te indiceren en op deze manier maximaal te zorgen voor het welzijn van de patiënt.

*“Niet alleen de inkopers, maar ook de indiceerders zouden op doelmatigheid moeten letten. Het CIZ heeft echter weinig prikkels om het volume in de hand te houden. Dit wordt versterkt doordat er voornamelijk mensen uit de zorg werken.” (mening deelnemer)*

**..of door de inkoper**

Ook in de Wmo is het indicatieproces eenvoudiger en eenduidiger dan in de curatieve zorg. Ook hier is daarom de indicatiestelling niet in handen van de zorgverleners. In de Wmo is de indicatiestelling de verantwoordelijkheid van de inkoper: de gemeente. Het voordeel van indicatie door de inkoper is dat hij het budget hierdoor volledig onder controle heeft en daarmee doelmatigheid kan afdwingen. Nadeel is dat de inkoper belang zou kunnen hebben bij onderindicatie. In de Wmo is in 2007 een onderuitputting geweest van het budget met 124 miljoen. In 2008 was er een verwachte onderuitputting van 201,3 miljoen (Pommer, 2009). Eén van de belangrijkste oorzaken was de “downcoding” die plaats vond onder de nieuwe indicatiesteller. Waar voor invoering van de Wmo 70% van de cliënten geïndiceerd werd voor de duurdere variant thuiszorg, was dit in het jaar na uitvoering nog maar 15%. Het is lastig uit te maken of dit kwam omdat er voor invoering van de Wmo te veel dure zorg werd geïndiceerd of erna te weinig.

*“Gemeenten indiceren veel te streng, hanteren te lage tarieven en nemen geen zorgvuldige overgangstermijn in acht. Bovendien gaat het proces van berindiceren heel onzorgvuldig. Met een telefonische diagnose valt geen goede indicatie vast te stellen. Ouderen zeggen: “het gaat wel goed met mij”. Daar zijn ze trots op. Alleen met huisbezoeken krijg je een betrouwbaar beeld.” (zorgvisie januari 2008)*

Als de inkoper zich moet verantwoorden naar de patiënt, is deze neiging tot onderuitputting minder. Gemeenten verantwoorden zich naar hun burgers. Die hebben echter niet allemaal zorg nodig. Als ze wel zorg nodig hebben en erachter komen dat het niet goed geregeld is in hun gemeente is de drempel om over te stappen naar een andere gemeente groot. Zij moeten hiervoor immers verhuizen. Verzekeraars verantwoorden zich ook in eerste instantie naar verzekerden en niet alleen maar naar patiënten. Maar als iemand patiënt wordt, kan hij wel gemakkelijk overstappen naar een andere verzekeraar. Als gevolg van het massale overstappen van verzekerden in het eerste jaar van invoering van de zorgverzekeringswet, zijn de verschillen tussen verzekeraars genivelleerd. De gemiddelde verzekerde ziet zowel qua prijs (het verschil tussen individuele jaarpremies is maximaal € 183,-) als qua product weinig verschil tussen de verschillende zorgverzekeraars (Vektis (2009)).

### Er is ook een combinatie van beide voordelen mogelijk

Het is ook mogelijk om de voordelen van indicatiestelling door de zorgverlener te combineren met flankerend beleid waardoor de nadelen minder gelden. Zorginkopers zouden de zorgverleners kunnen laten indiceren en vervolgens deze indicering kunnen toetsen. Sommige deelnemers aan de expertbijeenkomsten geven aan dat zorginkopers dit zouden kunnen doen via benchmarking. Andere deelnemers wijzen er echter op dat benchmarking ook een volumeopdrijvend effect kan hebben (vergelijk salarisbekendmaking veelverdieners). Overigens geldt dit nadeel alleen als de benchmark openbaar wordt gemaakt. Als inkopers de benchmark geheim houden en alleen gebruiken om instellingen met een hoog volume aan te spreken, geldt het volumeopdrijvende effect niet. Ook een *capitation fee* (vaste prijs per patiënt, ongeacht diagnose) en intervisie tussen zorgverleners over indicatiestelling bij moeilijke casuïstiek wordt door enkele deelnemers genoemd als oplossing.

*“Het is doelmatiger om de indicatie in de hand te leggen van de zorginkopers. Zorginkopers kunnen de indicatie vervolgens in de hand houden door toetsen via benchmarking.” (mening deelnemer)*  
*“Nee, dat is geen goed idee: benchmarking kan een volumeopdrijvend effect hebben.” (mening andere deelnemer)*

Ook in de langdurige zorg gaan stemmen op om de indicatie weer in de hand te leggen van de zorgverlener. Het buurtzorg-initiatief doet dit en zegt dat dit – geflankeerd met een steekproefsgewijze controle – veel doelmatiger is dan een onafhankelijke indicatie.

*De indicatiestelling kan ook veel simpeler, als het aan De Blok (directeur Buurtzorg) ligt. Leg die indicatiestelling zo veel mogelijk neer bij daarvoor gecertificeerde verpleegkundigen die het eerste contact met de cliënt hebben. Natuurlijk moet je daar steekproefsgewijs toezicht op houden. Ze moeten laten zien dat ze het goed doen. De inzet van hoogopgeleid personeel levert veel effectievere en betere zorg op, waardoor organisaties tot dertig procent goedkoper kunnen werken (zorgvisie mei 2008).*

### ...hoe transparanter de indicatiecriteria, hoe doelmatiger de indicatie

Los van de vraag wie de indicatie uitvoert, bevorderen transparante indicatiecriteria ook de doelmatigheid van indicatie.

Het opstellen van landelijke kwaliteitsnormen is overigens niet eenvoudig. Voor veel behandelingen geldt dat de hoeveelheid zicht of andere gezondheidswinst vooraf moeilijk te voorspellen is, terwijl de kostenafweging wel vooraf gemaakt moet worden. In de zorg is een groot aantal partijen actief op het gebied van richtlijnontwikkeling. Denk aan het CBO, kwaliteitsinstituut voor de zorg, het Nederlands Huisartsengenootschap, het Trimbosinstituut, het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging etc. Zij ondersteunen beroepsgroepen van zorgverleners bij de ontwikkeling van – waar mogelijk *evidence based* – richtlijnen. Deze richtlijnen expliciteren goed medisch handelen en bevorderen de kwaliteit van zorg. In toenemende mate wordt ook gestimuleerd (bv. door de onlangs door de minister van VWS geïnstalleerde Regieraad Kwaliteit van Zorg – dat deze richtlijnen waar mogelijk heldere normen voor verantwoorde zorg bevatten. Maar nog lang niet overal zijn dergelijke heldere normen al beschikbaar.

*“Heldere zorgstandaarden als gids voor indicatiestelling ontbreken. Gekoppeld aan zorgbrede transparantie zou dit sterke doelmatigheidsprikkels kunnen opleveren, die er nu nog niet zijn. De discussie over zo’n optimale kwaliteitsstandaard komt niet op gang. Nu is er geen prikkel tot een goede afweging van kosten en kwaliteit; geen enkele zorgverzekeraar wil iemand een staaroperatie afpakken.”  
(mening deelnemer)*

Daarnaast gaan de kwaliteitsnormen van de beroepsgroepen altijd over effectiviteit van zorg. Dit is uiteraard een noodzakelijke voorwaarde voor een doelmatig volume, maar met alleen richtlijnen voor effectiviteit is het volume nog niet doelmatig. Deelnemers wijzen er echter op dat doelmatigheid ook (met name zelfs) te maken heeft met hoeveel geld de maatschappij over heeft voor bepaalde zorg, hoe effectief deze ook is. Zo levert een staaroperatie meestal meer zicht op. Maar voor hoeveel meer zicht wil de maatschappij betalen? Een heup van bijzonder goede kwaliteit gaat twintig jaar mee. Voor welke leeftijdsgroep is een heup die tien jaar mee gaat ook goed genoeg? Patiënten willen meestal zo veel mogelijk zekerheid over hun diagnose. Hoe meer tests, hoe meer zekerheid. De marginale meeropbrengsten van de testen nemen echter af naarmate een patiënt er meer krijgt. Waar ligt de grens? Voor hoeveel zekerheid willen we als maatschappij betalen? Zolang er geen gedragen landelijke standaardantwoorden op dit soort vragen zijn, zal de individuele zorgverzekeraar zich niet willen branden aan overijverig doelmatig zijn. Als hij de naam krijgt de verzekeraar te zijn die tweederangs heupen laat plaatsen, is hij zijn verzeerden snel kwijt. Deels is dit natuurlijk een pakketdiscussie.

### **Conclusie**

Bij doelmatig indiceren is er een afruil tussen transactiekosten en belangen. Alleen als de zorgverlener zelf indiceert zijn er geen transactiekosten. Hoe ingewikkelder de indicatie, hoe hoger de transactiekosten worden als een ander dan de zorgverlener de indicatie stelt. Zorgverleners kunnen echter belang hebben bij over- of onderindiceren, afhankelijk van de manier waarop ze gefinancierd worden. Dit is ook niet doelmatig. Dit nadeel zou deels ondervangen kunnen worden door controle door de inkoper, bijvoorbeeld via benchmarking. Inkopers kunnen, afhankelijk van de wijze van financieren, belang hebben bij onderindicatie. Alleen een onafhankelijke partij heeft in theorie geen belang bij iets anders dan de juiste indicatie. De deelnemers geven echter aan dat in praktijk ook een onafhankelijke indicatiesteller geprikkeld wordt licht te overindiceren, omdat hij zich betrokken voelt bij de patiënt. De transactiekosten kunnen verminderd worden door het opstellen (en naleven) van indicatierichtlijnen.



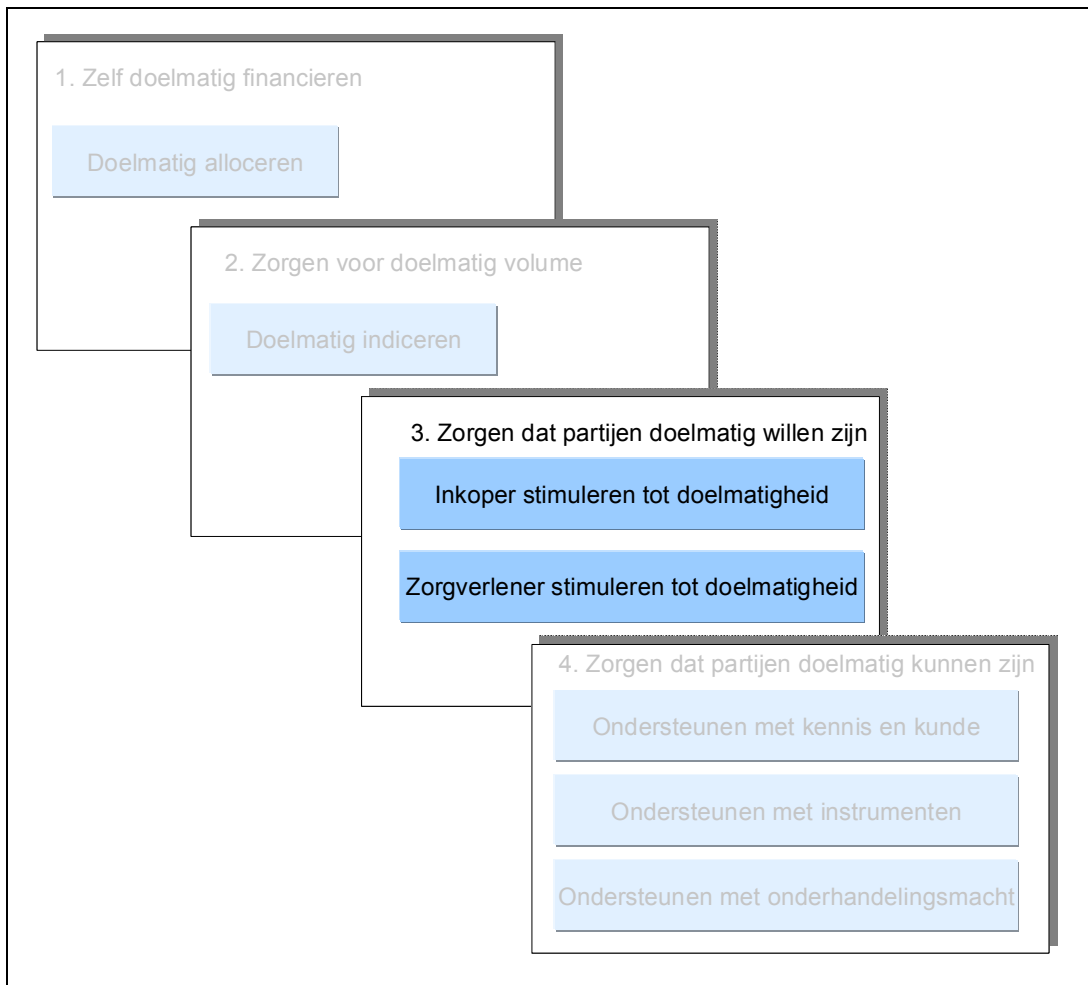


## 2.4 Zorgen dat partijen doelmatig willen zijn

### Inleiding

Het Rijk kan inkoper en zorgverlener stimuleren tot doelmatigheid. In deze paragraaf behandelen we eerst de manier waarop het Rijk de inkoper kan stimuleren tot doelmatigheid en daarna de manier waarop het Rijk de zorgverlener kan stimuleren tot doelmatigheid.

Figuur 2.4. Onderwerp deze paragraaf



## 2.4.1 Inkoper stimuleren tot doelmatigheid

### Inleiding

Een derde manier waarop het Rijk doelmatigheid kan sturen met haar huidige beleidsmogelijkheden is ervoor te zorgen dat de inkoper doelmatiger wil inkopen.

### Het Rijk kan zorgen dat de inkoper doelmatigheid wil, door...

Het Rijk kan hier op verschillende manieren voor zorgen. Het Rijk kan dit op verschillende manieren doen:

#### ...de patiënt inkoper te maken

Ten eerste kan het Rijk de patiënt inkoper maken. De patiënt heeft direct belang bij zo veel mogelijk effectieve zorg. Bij het persoonsgebonden budget (PGB) is dit al het geval. Als de patiënt voldoende informatie heeft over de effectiviteit van zorg, zal hij daarom binnen een PGB zo efficiënt mogelijk zorg inkopen, zodat hij zo veel mogelijk zorg kan inzetten. Hij heeft wel belang bij het (bijna) volledig uitgeven van het budget, omdat hij (bijna) alleen dat deel van het budget mag houden dat hij aantoonbaar besteedt aan zorg. Het alternatief zou zijn dat mensen het resterende bedrag mogen houden. Het risico is dan echter dat patiënten zichzelf noodzakelijke zorg gaan onthouden. Onderbehandeling is echter uiteindelijk ook niet doelmatig.

*“Het PGB kent redelijke doelmatigheidsprikkels, omdat verzekerden daarmee uit moeten komen bij de inkoop van hun zorg (of zelf geld bijleggen).” (CPB 2004)*

#### ..de inkoper te verplichten

Ten tweede kan het Rijk doelmatigheid de wil<sup>1</sup> tot doelmatigheid bij de inkoper stimuleren door hem wettelijk te verplichten doelmatig in te kopen. Dit gebeurt bijvoorbeeld in de langdurige zorg. Het wettelijk verplicht stellen van doelmatigheid alleen, levert echter nog niet heel veel sturingsmogelijkheden op. Doelmatigheid is gradueel (het is mogelijk meer en minder doelmatig te zijn. Het absolute toppunt van doelmatigheid of ondoelmatigheid bestaat niet) en is relatief (iets is altijd al dan niet doelmatig ten opzichte van alternatieven). Een wettelijk gebod op doelmatigheid geeft daarom vooral richting aan, maar zegt nog niet veel over de precieze mate van doelmatigheid die nagestreefd zou moeten worden.

#### ...de inkoper risico laten lopen

Ten derde kan het Rijk de inkoper stimuleren tot doelmatigheid door de inkoper financieel belang te geven bij doelmatigheid en dus risico te laten lopen. Het Rijk kan de inkoper op verschillende zaken risico laten lopen. Een inkoper loopt alleen geen risico als hij volledig nagecalculeerd wordt. In alle andere gevallen loopt hij risico. Een inkoper kan op drie manieren al dan niet risico lopen:

1. de kostprijs per behandeling/zorgproduct kan anders uitvallen dan gebudgetteerd;
2. het aantal patiënten kan anders zijn dan waarvoor betaald wordt;
3. de gemiddelde zwaarte van de patiënten kan anders zijn dan gebudgetteerd.

<sup>1</sup> De filosofische discussie of er een werkelijk sprake van “willen” als iemand verplicht wordt tot iets beantwoorden we hier niet. Het gaat hier om het verschil tussen gemotiveerd zijn iets te doen (desnoods vanwege angst voor wettelijke sancties) en in staat zijn iets te doen (zie de volgende paragraaf).

Als een inkoper een budget krijgt per patiënt, dat wordt gecorrigeerd voor de zorgzwaarte van die patiënt loopt hij alleen kostprijrisico. Als een inkoper een vast budget per patiënt krijgt, ongeacht de zorgzwaarte van de patiënt, loopt hij daarnaast risico op de patiëntenmix. Als de inkoper een budget krijgt, ongeacht het aantal patiënten dat hij helpt loopt hij risico op alle drie de punten. Naast deze drie soorten risico is het de vraag wat er gebeurt als een zorginkoper failliet dreigt te gaan. Moet hij dan zichzelf redden, of is er een vangnet?

*“Bij inkoop door zorgkantoren, die nog steeds het grootste deel van de AWBZ-zorg beslaat, zijn de prikkels voor doelmatigheid echter relatief gering, omdat financiële prikkels ontbreken.” (CPB 2004)*

Hoe meer risico een inkoper loopt, hoe sterker de prikkels voor de inkoper om doelmatig te zijn. Het is wel essentieel dat de inkoper alleen risico loopt op zaken die hij kan beïnvloeden. Daarnaast is het belangrijk in welke mate een inkoper de mogelijkheid heeft om risico te lopen: heeft hij reserves of een eigen inkomen naast zijn zorgbudget?

### **Conclusie**

Het Rijk kan inkoopende partijen stimuleren doelmatig te willen zijn door wettelijke of financiële sancties op ondoelmatig gedrag te leggen. Daarnaast kan het Rijk ervoor kiezen de patiënt inkoper te maken. De patiënt heeft inherent belang bij effectieve zorg. Als hij deze binnen een bepaald budget moet inkopen, is hij geprikkeld dit efficiënt te doen. Hij wordt echter niet geprikkeld minder budget uit te geven. Dit zou alleen het geval zijn, als hij het resterende bedrag mocht houden. Het risico is dan echter dat patiënten zichzelf noodzakelijke zorg gaan onthouden. Dat is ook niet doelmatig.

## **2.4.2 Zorgverlener stimuleren tot doelmatigheid**

### **Inleiding**

Om de zorgverlener te stimuleren doelmatig te zijn, wordt vaak gedacht aan economische prikkels. Deze hebben hun effectiviteit duidelijk bewezen. Economische prikkels werken in onze hele maatschappij. Mensen gaan werken omdat ze salaris ontvangen, bedrijven spelen in op de wensen van de klanten, omdat ze daarmee winst kunnen maken. Uiteraard spelen er ook andere motieven mee, maar de economische prikkels zorgen ervoor dat een economie werkt. Het is dus goed om na te denken over de manier waarop de zorgverlener gefinancierd wordt. Uit onderzoek (Nguyen 1997, Dumont 2008, Pomp 2009) blijkt dat de wijze waarop zorgverleners (en anderen) betaald worden, invloed heeft op hun werk. Een deel van de experts in beide sessies geeft echter aan dat er ook gevaren kleven aan het economisch prikkelen van zorgverleners. We behandelen hieronder de beide zienswijzen.

### **Economisch prikkelen kan doelmatigheid brengen...**

Zorginstellingen kunnen economisch geprikkeld worden door de manier waarop ze gefinancierd worden. Uit empirisch onderzoek blijkt dat artsen meer zorg verlenen als zij per zorgverrichting worden betaald, dan als zij een *lump sum* bedrag krijgen (Hickson, 1987). Artsen in maatschappen verlenen meer zorg dan artsen in loondienst (Pomp, 2009). Nadat in Nederland de budgetfinanciering werd verlaten en alle verrichte zorg (mits in pakket) voor financiering in aanmerking kwam, is het zorgvolume sterk gestegen (RIVM, 2006).

*Nederland springt er echter uit met een wel zeer sterke stijging van de zorgquote. Deze kostenontwikkeling is zonder twijfel het gevolg van de verruimde financiering in het kader van onder andere wachlijstmiddelen en het 'boter bij de vis' beleid. Met dit beleid zette minister Borst een punt achter de jarenlange periode van budgetfinanciering. Daarin werd de zorg ieder jaar op voorhand aan een maximum gebonden en kon het bijvoorbeeld voorkomen dat er vanaf oktober in een ziekenhuis geen heupoperaties meer werden uitgevoerd. Het 'boter bij de vis' beleid houdt in dat alle feitelijk geleverde zorg in aanmerking komt voor financiering, uiteraard alleen voor zover die zorg binnen het verstrekkingenpakket valt (RIVM 2006).*

Medisch specialisten krijgen een standaardtarief maal een normtijd vergoed. Dit prikkelt hen tot doelmatigheid. Specialisten die de behandeling sneller verrichten dan de normtijden of laten verrichten door goedkopere krachten dan zichzelf (bijvoorbeeld artsen in opleiding als specialist (AIOS)) besparen kosten en vergroten daarmee hun opbrengst.

Een deel van de deelnemers uit de expertbijeenkomsten vond dat de financiering nog wel een stap verder kon gaan. De financiering op basis van diagnosebehandelcombinaties (DBC's) vonden zij slechts een stap op de juiste weg. Maar uiteindelijk zou de interne bedrijfsvoering volledig de verantwoordelijkheid moeten worden van de zorginstellingen. Zij zouden enkel moeten worden gefinancierd op basis van gezondheidswinst. Dit levert uiteindelijk de beste prikkels op. De zorginstelling zou dan zelf de meest doelmatige manier kunnen kiezen waarop deze gezondheidswinst gerealiseerd zou kunnen worden.

*"Het basisprincipe van de financiering van de ZVW leidt tot meer doelmatigheid dan voorheen. Maar DBC's zijn wel een tussenstap, want het blijft een vorm van inputfinanciering. Uiteindelijk wil de zorginkoper voor gezondheidswinst betalen." (mening deelnemer)*

De deelnemers gaven daarbij wel aan dat als het Rijk ervoor kiest de zorginstellingen risico te laten dragen, het Rijk ze dan ook echt risico moet laten dragen. Het achteraf toch weer compenseren van ondoelmatigheid vinden zij geen goed idee. De ex post risicoverevening, het opvangen van faillissementen en de macro nacalculatie zouden dus onmiddellijk afgeschaft moeten worden. Zodra dit nog beleid is, anticiperen partijen hierop, aldus de deelnemers.

*"De overheid komt te vaak met ex post steunbeleid. Dit is inconsistent: er worden bezuinigingen opgelegd en de instelling die dat niet haalt wordt beloond met financiële steun." Natuurlijk is een overheid in principe verantwoordelijk voor haar beleidskeuzes. Daarom zijn er ook overgangperiodes. Maar daarna is ex post steunbeleid niet meer op z'n plaats. Overigens geeft het traject naar overheidssteun natuurlijk wel een disincitieve. Deze is echter onvoldoende." (mening deelnemer)*

Eén van de deelnemers wil nog een stap verder gaan. Volgens hem heeft de zorgmarkt een klein deel private partijen nodig die het goede voorbeeld geven en daarmee de andere instellingen stimuleren hun voorbeeld te volgen. 10% tot 15% private partijen zou hiervoor al voldoende zijn.

*Als 10-15% van de instellingen in handen van private partijen zouden zijn, zou er meer concurrentiedruk zijn in de hele markt. In private partijen bestaat meer hiërarchie (artsen in loondienst, wel met sterke targets), wat meer mogelijkheden geeft om te sturen op doelmatigheid. De private partijen kunnen extra concurrentiedruk geven, wat doelmatigheidswinst bij publieke partijen als spillover-effect heeft. Een voorwaarde hiervoor is het toestaan van winstuitkering.” (mening deelnemer)*

Meerdere deelnemers van de expertbijeenkomsten geven aan dat in de curatieve sector de risico's voor zorginstellingen en zorgverzekeraars op dit moment te beperkt zijn. Ten eerste vinden de onderhandelingen plaats over een heel klein deel van de totale omzet. Ten tweede worden verzekeraars ex post verevend, waardoor ze nauwelijks baat hebben van investeringen. Ten derde kunnen zorginstellingen erop rekenen dat ze achteraf toch wel gesteund worden door de overheid als er iets mis zou dreigen te gaan.

### **...mits economische prikkels nauwkeurig worden ingezet**

Economische prikkels moeten echter wel heel nauwkeurig worden ingezet. Zodra er te veel te verdienen is met ongewenst gedrag, werkt het systeem averechts. Zo bleek uit een recente studie (Dumont, 2008) uit Canada dat artsen hun inkomen verhoogden nadat ze van een verrichtingentarief overgingen op een gemengd systeem van een vast bedrag + een bijdrage per verrichting. Na deze overgang bleek dat de Canadese artsen het zorggebruik met ruim 6% verlaagden, hun werktijd verkortten met 1,4% en dat tegelijkertijd hun inkomen steeg met 8%. De Canadese artsen zijn minder patiënten gaan zien, maar besteedden per patiënt 4% meer tijd. Ze besteedden 8% meer van hun tijd aan administratieve taken. Kortom, het verlaten van een volledige verrichtingenfinanciering leidde in Canada tot minder zorggebruik en tegelijkertijd hogere macrokosten voor zorg. In Nederland hebben we gezien dat bij de invoering van DBC's door een te ruime definitie van sommige normtijden in DBC's de inkomens van specialisten onbedoeld zo sterk stegen dat ze leidden tot een kostenpost van 400 miljoen euro (Kiers, 2009).

### **...en mits economische prikkels transparant zijn**

Een ingewikkeld systeem waarbij partijen niet goed weten waar ze aan toe zijn, werkt niet. Een deel van de deelnemers op de expertbijeenkomsten vindt het huidige DBC-systeem te ingewikkeld. Er zijn zoveel DBC's dat instellingen hier niet op kunnen sturen. Hierdoor werkt het systeem onvoldoende.

Bij de introductie van een nieuw financieringssysteem voor huisartsen blijkt dat intransparantie en inkomensonzekerheid kan leiden tot risicomijdend gedrag en overcalculatie. Uit onzekerheid over het nieuwe declareringssysteem zijn huisartsen 17% meer gaan declareren, terwijl ze evenveel zorg leverden (NIVEL 2007).

### **Economisch prikkelen kan ook averechts werken**

Economisch prikkelen van mensen kan goed werken, maar kan ook helemaal averechts werken, aldus een ander deel van de deelnemers. Zij gaven aan dat het probleem van economisch prikkelen is dat het ervoor zorgt dat mensen zich gaan gedragen als economische actoren. Hun intrinsieke motivatie kan hierdoor onder druk komen te staan. Uit een beroemd onderzoek dat gedaan is naar kinderopvang in Israël (Gneezi, 1998) blijkt dat economisch prikkelen van actoren averechts kan werken. Ouders kregen een boete voor het te laat ophalen van hun kinderen. Vóór invoering van de boete probeerden zij zo veel mogelijk op tijd te komen, om de leidsters niet te

veel te belasten. Na invoering van de boete kwamen zij significant veel vaker te laat. Door introductie van de boete werden zij economische actoren. Ze interpreteerden de boete als een prijs die zij konden betalen voor extra kinderopvang. Toen na een tijdje de boete weer werd opgeheven, bleven zij te laat komen. Zij bleven economische actoren, nu geconfronteerd met een hele lage prijs.

Gawande (Gawande, 2009) is van mening dat economische prikkels ook in de gezondheidszorg een zeer averrechts effect hebben op doelmatigheid (zie onderstaand kader).

*Medisch ingrijpen heeft altijd risico's op bijwerkingen. In gevallen waarin niets doen een even goede optie is, is de kwaliteit dus gediend met niet ingrijpen. Als artsen echter betaald worden om wel iets te doen, prikkelt het systeem hen om meer te doen. In Amerika zijn klinieken die alle financiële prikkels voor artsen die het ziekenhuis binnenkomen dempen. Ze poolen al het geld en nemen de artsen in loondienst. Het blijkt dat deze ziekenhuizen beter scoren op kwaliteit en tegelijkertijd beduidend lagere kosten maken. (Gawande, 2009).*

Een deel van de experts geeft daarom aan dat de zorginstelling misschien wel met financiële prikkels gestimuleerd mag worden, maar dat het ook verstandig is de zorgverlener in de langdurige zorg juist aan te spreken op verantwoordelijk gedrag. Verschillende experts geven aan dat zorgverleners in de langdurige zorg niet zoveel hebben met marktwerking, maar zich wel sterk betrokken voelen met de klant. Het is daarom volgens deze deelnemers het beste om aan te sluiten bij hun intrinsieke motivatie om de klant te helpen. Omdat zij zich graag laten inspireren door de cliënt, kan wie hen wil motiveren tot doelmatigheid, het beste bij deze inspiratie aansluiten. Uiteraard wil een klant het liefst de beste zorg en de meeste verzorging. Het is echter prima uit te leggen aan de zorgverlener dat er een eindig budget is, mits dit budget dan niet op bureaucratische wijze besteed moet worden, maar optimaal naar wens van de cliënt ingezet kan worden.

*“Met meer vraagsturing kun je personeel beter prikkelen tot doelmatigheid. Mensen die in de intramurale AWBZ werken hebben meestal niet het gevoel dat marktwerking goed werkt. Hierdoor ziet men alleen de negatieve prikkels die ervan uitgaan, en is het lastig hen de positieve prikkels duidelijk te maken. In een systeem van vraagsturing wordt dit makkelijker. Het is prima mogelijk personeel uit te leggen dat inkomsten en uitgaven in verband staan, mits hij binnen dat budget optimaal kan voldoen aan de wensen van de cliënt. In principe wil elke medewerker zo veel mogelijk zorg voor de cliënt, maar als de medewerker begrijpt dat het budget grenzen heeft en de instelling in concurrentie opereert is de medewerker geprikkeld tot doelmatigheid.” (mening deelnemer)*

*“Zorgprofessionals laten zich graag inspireren door de cliënt. Het zou goed zijn daarbij aan te sluiten, als je wilt dat zij iets voor je doen, bijvoorbeeld letten op doelmatigheid.” (mening deelnemer)*

*“Een probleem is dat er te weinig aansluiting is tussen de budgetbewaking op concernniveau en het gevoel van het huishoudboekje op werkloerniveau.” (mening deelnemer)*

## Conclusie

De deelnemers zijn verdeeld over de vraag hoe zorgverleners gestimuleerd moeten worden tot doelmatigheid. Een deel van de deelnemers zegt dat zij het beste financieel geprikkeld kunnen worden. Zorgverleners moeten risico lopen. Een ander deel van de deelnemers zegt dat

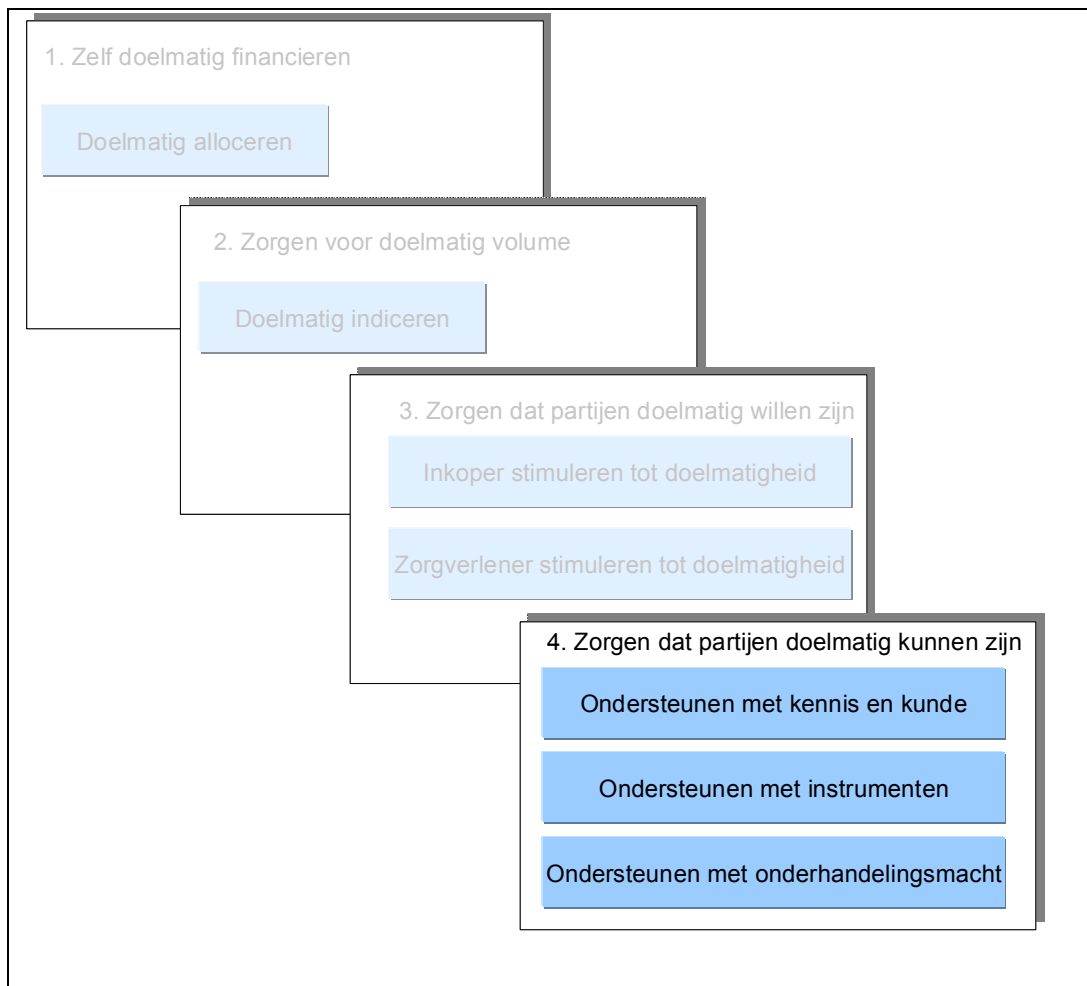
zorgverleners juist intrinsiek gemotiveerd moeten worden en een budget moeten krijgen dat zij optimaal naar wens van de cliënt mogen invullen.

## 2.5 Zorgen dat partijen doelmatig *kunnen* zijn

### 2.5.1 Inleiding

Het is nodig om ervoor te zorgen dat partijen niet alleen doelmatig willen zijn, maar vervolgens hiertoe ook in staat zijn. In de sessies is alleen gesproken over hoe het Rijk inkopers zou kunnen ondersteunen doelmatig te zijn. Dit heeft geen inhoudelijke reden, maar meer een praktische. De sessies duurden twee maal vier uren. Hierin is veel aan de orde geweest, maar niet alles. De komende paragraaf behandelt onder meer het zorgen dat meer partijen doelmatig kunnen zijn dan alleen de inkoper.

Figuur 2.5. Onderwerp deze paragraaf



## 2.5.2 Inkoper ondersteunen met kennis en kunde

### **Inkoop wordt doelmatiger als inkoper ondersteund wordt met..**

Een eerste voorwaarde waaraan voldaan moet worden wil een inkoper doelmatig kunnen inkopen is het hebben van de juiste kennis en kunde.

#### **..kennis over een goede professionele zorginkooprol**

De inkoper moet een professionele inkoper zijn met kennis van het inkoopproces, kennis van de effecten van zijn handelen op de aanbieder en natuurlijk kennis van het in te kopen product. Bij onervarenheid van partijen zou het Rijk een rol kunnen spelen in het faciliteren van deze kennis en kunde.

*“VWS zou de doelmatigheidsprikkel beter kunnen laten werken door gemeenten beter te faciliteren in hun rol als verantwoordelijke zorginkoper. Hierdoor zou de gemeente beter in staat moeten zijn de brede definitie van doelmatigheid voor ogen te houden en niet alleen goedkoop uit te willen zijn.”(mening deelnemer)*

Een voorbeeld waarbij gebrek aan zorginkoopexpertise in sommige gevallen heeft geleid tot doelmatigheid is de invoering van de Wmo. Gemeenten werden van het ene jaar op het andere ingezet als inkopers van thuiszorg. Dit was een terrein waarop ze nog niet eerder expertise hadden kunnen opbouwen. Hierdoor kochten niet alle gemeenten op een professionele manier zorg in. Hoewel er veel geld bespaard is op de korte termijn, is op de lange termijn doelmatigheid in gevaar geweest in sommige gemeenten. Te goedkope inkoop kan negatieve effecten hebben op de andere kolommen. Zo loopt iemand waarvoor te weinig thuiszorg is ingekocht meer kans op een spoedopname. Het is daarom belangrijk doelmatigheidswinst in de Wmo te zien in de context van het effect op de andere kolommen, en goed te kijken wanneer doelmatigheidswinst in de brede zin wordt behaald.

*“Veel gemeenten hebben in het eerste jaar van de invoering van de Wmo te goedkoop zorg ingekocht. Ze hebben sterk en onverstandig ingekocht. Voornaamste reden hiervan was dat zij een arme en onervaren zorginkooppartij waren die wel volledig risicodragend werd, zowel wat betreft de kosten, als de opbrengsten, als het volume. Kosten en volume besparen lijkt doelmatig, maar dat was het in dit geval niet overal. Er is in sommige gemeenten te zuinig zorg ingekocht. Hierdoor zouden de macrokosten van zorg wel eens kunnen stijgen.”(deelnemer)*

#### **...transparantie over kwaliteit**

Als zorgverlener transparant maakt welke kwaliteit hij levert, waar het geld aan besteed wordt etc. is het makkelijker voor de inkoper om doelmatig in te kopen. Het Rijk zou deze transparantie kunnen afdwingen, mogelijk maken of zelf geven.

In de curatieve zorg is er bij zorgverzekeraars weinig inzicht in kwaliteit, aldus één van de deelnemers van de expertbijeenkomsten. Meer transparantie over kwaliteit is belangrijk voor de doelmatigheid, omdat zorgverzekeraars dan meer kunnen sturen.



*“Transparantie en differentiatie zijn belangrijk om de consument actief te laten kiezen. Door differentiatie zijn er echte keuzes te maken en door meer transparantie worden deze keuzes inzichtelijk.” (mening deelnemer)*

### **Conclusie**

Inkopers zouden doelmatiger kunnen inkopen als zij ondersteund worden met kennis en kunde. Hierbij hebben deelnemers met name kennis over een goede zorginkooprol (voor gemeenten) en transparantie over kwaliteit (voor verzekeraars) genoemd als belangrijke ondersteuning.

### **2.5.3 Inkoper ondersteunen met instrumenten**

#### **Het Rijk kan de inkoper ondersteunen doelmatig te zijn door...**

Het Rijk kan de inkoper instrumenten geven om het inkoopproces doelmatig te kunnen vormgeven.. Dit kan het Rijk doen door:

##### **...de eenheid van contracten vrij te laten**

Als zorginkopers vrij zijn de eenheid van zorginkoop te bepalen kunnen zij makkelijker doelmatig inkopen. In de curatieve zorg kunnen zorginkopers niet op gerealiseerde gezondheidswinst inkopen, maar zijn ze verplicht op DBC's in te kopen. Als zorginkopers wel op gezondheidswinst zouden kunnen inkopen zou de prikkel tot doelmatigheid veel groter zijn, aldus één van de deelnemers. Nadeel is dat inkopers als zij vrij zijn ook kunnen kiezen voor contracteenheden waarbij de zorginstellingen minder risico lopen. Een tweede nadeel is dat als zorginkopers alle verschillende contacteenheden inkopen de administratieve lasten voor de zorginstellingen vergroot worden.

##### **...de prijsvorming vrij te laten**

Als zorginkopers kunnen onderhandelen over prijzen, kunnen ze deze wellicht laten dalen. Dit hangt wel af van hun onderhandelingsmacht (zie volgende paragraaf).

##### **...minder regels te stellen aan de offerteprocedure**

Aldus één van de deelnemers maakt de eis dat offertes anoniem moeten zijn in de Wmo concurrentie lastig. Op deze manier miskent de overheid het spel tussen organisaties, dat bij concurrentie hoort. Degene met de mooiste beloften wint dan de offerteprocedure, terwijl ervaring met deze partij wellicht leert dat deze zijn beloften regelmatig niet nakomt.

### **Conclusie**

Het Rijk kan de inkoper instrumenten geven om doelmatig te zijn door bijvoorbeeld hem vrijheid te geven in de eenheid van contracten, de prijsvorming vrij te laten en minder regels te stellen aan offerteprocedures. Hiermee kan de inkoper doelmatiger inkopen. Deze vrijheid geeft hem echter ook de mogelijkheid minder doelmatig in te kopen. Essentieel voor de vraag of deze instrumenten doelmatigheid stimuleren, is daarom dat deze instrumenten alleen worden gegeven aan inkopers die doelmatig willen zijn en voldoende mogelijkheden hebben doelmatig te zijn.

## 2.5.4 Inkoper ondersteunen met onderhandelingsmacht

### Het Rijk kan de onderhandelingsmacht van inkopers stimuleren door...

Als inkopers zorgverleners moeten stimuleren tot doelmatigheid moeten zij hiervoor wel voldoende macht hebben over de zorgverlener. Er zijn enkele zaken die ervoor kunnen zorgen dat deze macht onvoldoende is:

#### ...informatie over kwaliteit beschikbaar te stellen

In de curatieve sector hebben zorgverzekeraars niet zo'n sterke greep op zorginstellingen dat zij hen zouden kunnen sturen op efficiëntie. Dat komt doordat zorgverzekeraars patiënten nauwelijks kunnen sturen. Patiënten denken vaak dat alle zorgverleners dezelfde kwaliteit zorg leveren. Pas als informatie over kwaliteit van zorgverleners bekend is bij patiënten, zal het voor verzekeraars mogelijk zijn patiënten te sturen. Het is dan echter ook de vraag wat er gebeurt met de efficiëntie. Kwalitatief goede ziekenhuizen zullen meer klanten trekken. Dit hoeven echter niet noodzakelijk de meest efficiënte ziekenhuizen te zijn.

*“De verzekeraar wil wat de klant wil. De klant wil kwaliteit. Grotere transparantie is nodig om de klant aan te tonen wat kwaliteit is.” (mening deelnemer)*

Daarnaast hebben zorgverzekeraars niet echt belang bij meer efficiëntie in de zorgsector. Als een ziekenhuis zijn processen beter op orde heeft, zal dit leiden tot een beter resultaat van alle verzekeraars die in dat ziekenhuis patiënten hebben. De verzekeraar heeft echter alleen financieel belang bij een efficiënter proces als hij hierdoor zijn premie ten opzichte van andere verzekeraars kan verlagen. Hij heeft er niets aan als alle zorgverzekeraars hun premie verlagen. Dit zal niet leiden tot in totaal meer verzekerden (en dus ook een groter deel van de totale omzet voor deze verzekeraar) omdat iedereen al verplicht verzekerd is.

*“Verzekeraars en ziekenhuizen weten toch wel dat ze met elkaar in zee gaan. Daardoor staat er geen enkele druk op de onderhandelingen. Bij zelfstandige behandelcentra is dat overigens anders.” (mening deelnemer)*

#### ... hen geen contracteerplicht op te leggen

Als inkopers niet vrij zijn in de keuze wie ze contracteren beperkt dit sterk hun onderhandelingsmacht en hun mogelijkheden op doelmatigheid te sturen. Het Rijk zou hen hierin (gedeeltelijke) vrijheid kunnen geven.

*“De farmacie vindt de apotheken een verschrikkelijk duur distributiekanaal. Maar ze hebben geen keuze, ze moeten met ze in zee.” (mening deelnemer)*

#### ...verticale integratie toe te staan

Verticale integratie kan een middel zijn om transactiekosten te verlagen. Het kan de inkopers in een directe gezagsverhouding plaatsen tot de zorgaanbieders. Verticale integratie heeft ook nadelen; het kan macrodoelmatigheid verstoren als partijen hierdoor te veel macht zouden krijgen. De commissie verticale integratie in de zorg (Baarsma, 2009) heeft echter geconcludeerd dat een verbod op verticale integratie niet noodzakelijk en niet proportioneel is voor het borgen van kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid in de zorg.

**Conclusie**

Het Rijk kan de onderhandelingsmacht van de inkoper stimuleren door kwaliteitsinformatie beschikbaar te stellen, geen contracteerplicht in te stellen en verticale integratie toe te staan.



## 3 Als er doelmatigheidswinst is, waar komt dat dan terecht?

### 3.1 Inleiding

#### **Als er doelmatigheidswinst is komt dat terecht bij:**

Als er doelmatigheidswinst gemaakt wordt, leidt dit dan uiteindelijk ook tot een verlaging van het macrobudget?

#### **..degene die verantwoordelijk is voor de doelmatigheidswinst**

Wie partijen financieel wil prikkelen doelmatig te zijn zal moeten toestaan dat een deel van de doelmatigheidswinst bij deze partijen blijft. Alleen dan blijft de prikkel werken. Als te veel van deze doelmatigheidswinst afgeroomd wordt, zal de prikkel doelmatigheidswinst te behalen gedempt worden.

*“Een deel van de doelmatigheidswinst moet aan de strijkstok blijven hangen om de zorgverlener te belonen en daarmee te blijven prikkelen nieuwe doelmatigheidswinst te realiseren.” (mening deelnemer)*

Efficiëntiewinsten die afgeroomd worden zodra ze behaald zijn, werken niet efficiëntiebevorderend. Budgetten die het volgend jaar niet uitgekeerd worden als ze niet zijn uitgegeven, prikkelen instanties om ze vooral wel uit te geven, zinvol of niet.

#### **.. degene die het financiële risico draagt**

Waar doelmatigheidswinst terecht komt, hangt af van wie het financiële risico draagt. Bij een persoonsgebonden budget komt doelmatigheidswinst in eerste instantie terecht bij de patiënt. Bij vaste budgetten komt doelmatigheidswinst in eerste instantie terecht bij de zorginstelling. Bij financiering op declaratiebasis komt de doelmatigheidswinst in eerste instantie terecht bij de inkoper of het Rijk.

#### **Leeswijzer**

In dit hoofdstuk behandelen we één voor één de drie besproken wetten: zorgverzekeringswet (ZVW), Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Per wet gaan we na waar, als er doelmatigheidswinst gemaakt zou worden, deze doelmatigheidswinst terecht zou komen. Bij de zorgverlener, bij de inkoper, bij de patiënt of bij de belasting-/premiebetaler. Alleen in dat laatste geval komt de doelmatigheidswinst ten goede aan het macrobudget.

## 3.2 Waar blijft doelmatigheidswinst curatieve sector?

### Inleiding

De Zorgverzekeringswet is per 1 januari 2006 ingevoerd en gaat uit van een kritische en kiezende consument en een zorgplicht voor verzekeraars.

Als er doelmatigheidswinst is binnen de curatieve sector, bij wie komt dat dan terecht?

### Gaat eventuele efficiëntiewinst naar de inkopers?

In de curatieve sector heeft het Rijk een belangrijke rol bedacht voor de zorgverzekeraar. Gedwongen door de concurrentie op de verzekeringsmarkt zou de verzekeraar moeten zoeken naar de meest doelmatige inzet van zijn beperkte hoeveelheid premiemiddelen. Dit kan hij doen door zijn eigen bedrijfsvoering efficiënter in te richten of zorg goedkoper in te kopen. Tot nu maakt de verzekeraar deze rol maar ten dele waar. De verzekeraar heeft wel efficiëntie gerealiseerd in de eigen processen, maar nog nauwelijks in de zorginkoop zelf.

Effectievere zorg zouden zij kunnen bevorderen door medisch specialisten te verplichten te werken volgens de door henzelf opgestelde *evidence based* richtlijnen. Effectievere zorg hoeft echter niet te leiden tot minder macrokosten. Effectievere zorg kan ook meer beslag leggen op het macrobudget.

Doelmatigere zorg zouden verzekeraars kunnen bevorderen door van de behandelingen waarvan de effectiviteit is aangetoond de precieze kosten en baten in kaart te brengen met behulp van technieken als de kostenutiliteitsanalyse en kosteneffectiviteitsanalyse en vervolgens van behandelingen met gelijke effectiviteit alleen de behandelingen te vergoeden die dezelfde gezondheidswinst met dezelfde kosten kunnen behalen.

Deze selectieve zorginkoop wordt in de praktijk door verzekeraars nog maar heel beperkt toegepast. Dit heeft twee oorzaken. De eerste oorzaak is dat verzekeraars weinig noodzaak voelen omdat a) zij weinig risico lopen, omdat ze ex post verevend worden, b) verzekerden verplicht verzekerd zijn, dus een premiestijging over alle verzekeraars geen verzekerden kost, c) er maar over een klein aandeel van de zorg onderhandeld kan worden, d) kwaliteit voor hen nog weinig transparant is en e) de zorgaanbieder het volume bepaalt. De tweede oorzaak is dat de verzekeraar de patiënten niet kan sturen. Patiënten hebben weinig inzicht in kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen en willen daardoor vaak geholpen worden in het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Dit betekent dat zorgverzekeraars alle ziekenhuizen moeten contracteren, omdat er altijd wel een verzekerde bij in de buurt woont. Ziekenhuizen weten dat ze toch wel gecontracteerd worden en dat geeft hen een sterke onderhandelingspositie.

### Gaat eventuele efficiëntiewinst naar de zorgaanbieders?

In het A-segment worden de prijzen per diagnosebehandelcombinatie (DBC) centraal vastgesteld door DBC onderhoud. Als de medisch specialist efficiëntiewinsten weet te realiseren (bijvoorbeeld door meer arts-assistenten of nurse practitioners in te zetten, die toch werken tegen het tarief van de medisch specialist) kan de medisch specialist het verschil tussen de DBC-prijs en

lagere kostprijs incasseren. Ook als de tijd per DBC omlaag gaat t.o.v. normtijden (door efficiëntiewinst) zal naast de winst per DBC ook het volume stijgen (de medisch specialist kan immers meer verrichtingen uitvoeren per dag). Een (groot) deel van de efficiëntiewinsten komt op die manier terecht bij de zorgaanbieder, met name bij de medisch specialist. Als dit zichtbaar is (bijvoorbeeld door een plotselinge stijging van het inkomen van een bepaalde groep medisch specialisten) kunnen normtijden worden aangepast of tariefmaatregelen worden genomen.

*“Investeringen in apparatuur en efficiëntieverbeteringen in de zorgverzekeringswet vertalen zich voornamelijk in een hoger salaris voor de specialist.” (mening deelnemer)*

In het B-segment zouden efficiëntiewinsten via onderhandelingen over de prijzen in theorie kunnen terugvloeien naar de zorgverzekeraar. Deze zou hiermee de premie kunnen verlagen en daarmee de efficiëntiewinst teruggeven aan de burger. Zoals hierboven beschreven is de macht van de verzekeraar niet voldoende om veel eisen te kunnen stellen aan doelmatigheid.

Daarnaast kunnen ze patiënten niet sturen en hebben ze ook weinig mogelijkheid om een deel van de efficiëntiewinsten naar zich toe te trekken.

*“De onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars zijn poppenkast. Ze zouden moeten kunnen onderhandelen over prijzen, hoeveelheden en kwaliteit. Die laatste twee komen niet aan de orde en wat betreft prijzen staat er haast niets op het spel.” (mening deelnemer)*

In zelfstandige behandelcentra (ZBC's) zijn artsen in loondienst en tevens aandeelhouder in de BV. Maar ook hier vloeit doelmatigheidswinst niet terug naar de belastingbetaler. In de praktijk zetten ZBC's doelmatigheidswinst om in investeringen in gebouwen en machines, aldus een deel van de deelnemers.

#### **Gaat eventuele efficiëntiewinst naar de patiënten?**

Als de zorgverleners de winsten investeren in innovaties in de zorg, zou dit de patiënt ten goede kunnen komen. De patiënt houdt geen geld over aan efficiëntiewinsten in de curatieve sector.

#### **Gaat eventuele efficiëntie winst naar de belasting/premiebetaler?**

De centrale filosofie achter de Zorgverzekeringswet is dat concurrerende verzekeraars efficiëntiewinsten op microniveau afdwingen, deze winsten weten af te romen en laten terugvloeien in lagere zorgpremies voor hun verzekerden. In de praktijk is te zien dat zorgverzekeraars inderdaad concurreren met hun premies. Dit betekent dus dat als er efficiëntiewinsten bij de verzekeraar terecht zouden komen, deze die waarschijnlijk vertaalt in een lagere premie. De doelmatigheidswinsten komen in dat geval dan terecht bij de burger.

#### **Conclusie**

In de curatieve sector gaat tot dusver een klein deel van de doelmatigheidswinst naar burgers (de premiebetalers). Dit geldt echter alleen voor de efficiëntiewinst die naar zorgverzekeraars gaat. Verzekeraars opereren op een concurrerende markt en concurreren met hun premies. Hierdoor gaat een groot deel van de doelmatigheidswinst op de verzekeringsmarkt naar de burgers.

Een groot deel van de efficiëntiewinst gaat naar zorgaanbieders. Deze gaat met name naar medisch specialisten in maatschappen: als zij efficiënter werken resulteert dit in een hoger inkomen. Efficiëntiewinsten bij zelfstandige behandelcentra worden vaak geïnvesteerd in gebouwen en machines, aldus enkele deelnemers.

### 3.3 Waar blijft de doelmatigheidswinst Wmo?

De Wmo is van kracht sinds 1 januari 2007 en verving de Welzijnswet, de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) en delen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De gemeenten voeren de Wmo uit. Zij hebben veel beleidsvrijheid om de uitvoering zelf vorm te geven waardoor de uitvoering per gemeente kan verschillen.

Als er doelmatigheidswinst is in de Wmo, bij wie komt dat dan terecht?

#### **Gaat eventuele efficiëntiewinst naar de inkopers?**

Bij de Wmo gaat in de naturazorg de meeste efficiëntiewinst naar de inkopers: de gemeenten. Dit komt omdat gemeenten als inkopers een grote inkoopmacht hebben. Zij zijn daardoor in staat om efficiëntiewinsten naar zich toe te trekken.

Gemeenten kunnen eventuele winsten bij zorginstellingen afromen doordat zij inkopen via aanbestedingsprocedures. Voorwaarde voor het kunnen afromen van efficiëntiewinsten is voldoende concurrentie (substitutiemogelijkheden) tussen zorgaanbieders. De marktmacht van individuele zorgaanbieders moet niet te groot zijn. Te kleine marktmacht heeft overigens ook negatieve gevolgen voor doelmatigheid, omdat dat de mogelijkheden om te innoveren in innovatie sterk beperkt.

*“Verpleegkundigen worden in de AWBZ veel beter betaald dan in de Wmo omdat de AWBZ een verzekering is en bij de Wmo wordt aanbesteed.” (mening deelnemer)*

Gemeenten hebben daarnaast een grote contracteervrijheid.. Deze vrijheid is overigens wel iets afgenomen sinds de maatregel in de huishoudelijke hulp, waarbij gemeenten cliënten niet ongevraagd (goedkope) alfa hulpen kunnen aanbieden. Dit neemt niet weg dat hun vrijheid nog steeds groot is.

Daarnaast zijn de gemeenten ook nog de indicerende partij. De zorgverleners kunnen hierdoor eventuele strakke prijsafspraken niet afwentelen op het volume. Integendeel, de gemeente kan ervoor kiezen om zijn efficiëntie winsten te vergroten door zuinig te indiceren.

Tenslotte mogen gemeenten alle efficiëntiewinst die zij naar zich toe weten te trekken houden en naar eigen inzicht besteden. In de praktijk wordt er over onderschrijdingen wel bestuurlijk overleg gevoerd.

#### **Gaat eventuele efficiëntiewinst naar de zorgaanbieders?**

Alle efficiëntiewinst die wordt gemaakt tijdens de contractperiode is voor rekening van de zorgaanbieder, omdat contracten worden gesloten voor een vaste prijs gedurende een bepaalde



looptijd. Omdat aanbieders echter scherp hebben moeten concurreren, is het de vraag of er veel efficiëntiewinst voor hen overblijft onder de toch al lage kostprijs die ze hebben afgesproken.

*“Een aantal thuiszorgorganisaties in de Wmo is onvoldoende zakelijk.” (mening deelnemer)*

#### **Gaat eventuele efficiëntiewinst naar de patiënten?**

Bij het persoonsgebonden budget (PGB) worden efficiëntiewinsten in eerste instantie verdeeld tussen patiënt en zorgaanbieder. De mate waarin het bij de patiënt, dan wel zorgaanbieder terecht komt hangt af van marktordening: bij weinig aanbieders komt veel terecht bij aanbieders, bij veel aanbieders komt het vooral terecht bij de patiënt in de vorm van meer volume per PGB.

Bij naturazorg gaat er geen efficiëntiewinst naar de patiënt. Omdat in de Wmo de zorginstellingen weinig marktmacht hebben ten opzichte van de inkoper, kunnen ze niet heel veel innoveren en daardoor de zorg van betere kwaliteit maken.

#### **Gaat eventuele efficiëntie winst naar de belasting/premiebetaler?**

De gemeenten kunnen ervoor kiezen (en zullen dit meestal doen) deze efficiëntiewinsten terug te geven aan hun lokale burgers door middel van verlaging van lokale belastingen of door het in stand houden van lokale voorzieningen.

*“In de Wmo gaat de doelmatigheidswinst vooral naar de lokale burger.” (mening deelnemer)*

Voor de Wmo geldt dat het SCP elk jaar bindend adviseert over de vaststelling van het macrobudget van het volgende jaar. Het SCP kan hierbij rekening houden met onderschrijdingen van het vorige jaar en aan de hand daarvan het macrobudget naar beneden bijstellen. In dat geval vloeien efficiëntiewinsten terug naar de belasting- en premiebetaler.

Voor het PGB geldt dat door middel van PGB-kortingen of korting op macrobudget (en daarmee lokaal budget) waaruit PGB betaald wordt, ook efficiëntiewinsten die gemaakt worden met het PGB alsnog leiden tot een verlaging van belasting en/of premies. Omdat de PGB-houder veel van zijn kosten moet specificeren zullen PGB's nauwelijks leiden tot een lagere zorgconsumptie.

#### **Conclusie**

In de Wmo gaat een groot deel van eventueel behaalde doelmatigheidswinst naar de gemeenten. Deze zullen dit meestal ten goede laten komen aan de lokale bevolking. Het is ook mogelijk dat de zorgaanbieders (beperkt) wat van de efficiëntiewinst kunnen houden, maar dat zal naar verwachting niet veel zijn en in ieder geval tijdelijk (gedurende de contractperiode), omdat er daarna weer een nieuwe aanbestedingsronde begint. Bij het PGB is er nauwelijks prikkel geld over te houden, de patiënt kan wel efficiëntiewinst omzetten in zo veel mogelijk zorg binnen zijn budget. Het is mogelijk, via korting op het macrobudget, dat efficiëntiewinst terugvloeit naar de belasting- en premiebetaler. Dit dempt echter wel de prikkel voor gemeenten om efficiëntiewinst af te dwingen.

### 3.4 Waar blijft de doelmatigheidswinst langdurige zorg?

Het doel van de AWBZ (1968) is het verzekeren van de langdurige zorg en de risico's die niet elders verzekerd kunnen worden.

Waar gaan eventuele efficiëntiewinsten in de langdurige zorg naartoe?

#### **Gaat eventuele efficiëntiewinst naar de inkopers?**

Efficiëntiewinst gaat niet naar de inkopers, want zij lopen geen risico over het budget. Als er efficiëntiewinst zou zijn, mogen zij deze niet houden.

#### **Gaat eventuele efficiëntiewinst naar de zorgverleners?**

Als er efficiëntiewinsten gemaakt worden in de langdurige zorg mogen zorgverleners deze niet houden. Deze winsten vloeien toe naar de zogenaamde “reserve aanvaardbare kosten” van de betreffende instelling. Deze reserve mag alleen gebruikt worden voor zorg. Als er geen aanwendingsmogelijkheden zijn van de reserve voor directe zorgverlening mogen de zorginstellingen investeren in kwaliteit, innovatie en onderzoek. Het hangt natuurlijk af van de precieze investeringen of dit de kwaliteit van de zorg ten goede komt, of dat er vooral (aldus deelnemers) “kastelen worden gebouwd”.

*“De doelmatigheidswinst blijft voor een groot deel bij de zorgaanbieder hangen.” (mening deelnemer)*

*“De zorgaanbieder heeft een sterke prikkel om te investeren omdat winst later weer wordt afgenomen. Investeren in kwaliteit, innovatie en wetenschappelijk onderzoek zijn het gevolg.” (mening deelnemer)*

#### **Gaat eventuele efficiëntiewinst naar de patiënten?**

De zorgverleners hebben binnen de langdurige zorg een sterke prikkel om het beschikbare geld zoveel mogelijk uit te geven. Op deze manier kan de patiënt profiteren door hogere kwaliteit, maar garanties daarop zijn er zeker niet. De verleiding om dit geld te besteden aan statusgoederen zoals luxere gebouwen is groot, aldus een aantal deelnemers.

Net als bij de Wmo geldt voor het PGB binnen de langdurige zorg dat eventuele efficiëntiewinsten worden verdeeld tussen patiënt en zorgaanbieder. De mate waarin het bij de patiënt dan wel zorgaanbieder terecht komt hangt af van marktordening: bij weinig aanbieders komt veel terecht bij aanbieders, bij veel aanbieders komt het vooral terecht bij de patiënt in de vorm van meer volume per PGB.

#### **Gaat eventuele efficiëntiewinst naar de belasting-/premiebetaler?**

Als er efficiëntiewinst wordt gemaakt wordt deze afgeroomd, als de zorgverlener deze niet heeft geïnvesteerd. Dit komt de burger ten goede.

**Conclusie**

In de langdurige zorg zullen efficiëntiewinsten – als ze er al zijn – ingezet worden in de zorg. Als dit niet gebeurt kunnen reserves afgeroomd worden, waardoor ze ten goede zouden komen aan het macrobudget. Deze dreiging tot afroming prikkelt instellingen hun reserves niet al te hoog te laten oplopen.



## 4 Conclusie

De twee hoofdvragen van dit rapport zijn: welke maatregelen heeft de overheid tot haar beschikking om microdoelmatigheid te stimuleren? Via welke kanalen kunnen de behaalde doelmatigheidswinsten vervolgens terugvloeien naar de samenleving, en daarmee bijdragen aan de kostenbeheersing op macroniveau?

### **Over welke maatregelen beschikt het Rijk om microdoelmatigheid te stimuleren?**

Het Rijk kan volgens de deelnemers met een lichte aanpassing van bestaand beleid doelmatigheidswinst realiseren.

Ten eerste kan zij – volgens de deelnemers – doelmatigheidswinst behalen door doelmatiger dan nu budgetten te alloceren. Doelmatigheidswinst is in ieder geval te behalen op plaatsen waar partijen toch achteraf gecompenseerd worden voor overschrijding van hun budgetten. De ex post risicoverevening, het opvangen van faillissementen en de macro nacalculatie zouden dus onmiddellijk afgeschaft moeten worden, aldus de deelnemers. Door het afschaffen hiervan zal de prikkel tot doelmatigheid sterker worden. Ook zou de overheid overlappende budgetten moeten voorkomen. Daarnaast zou het Rijk per budget kunnen nagaan of de budgetten logisch samenvallen met het nemen van beslissingen over doelmatigheid. Zo zou een gezamenlijk budget voor een complexe doelgroep, zoals dak- en thuislozen, helpen om doelmatige beslissingen te kunnen nemen. Tenslotte zou het Rijk per partij kunnen nagaan hoeveel vrijheid van budget een partij aankan. Dit hangt af van in hoeverre deze in staat is en gemotiveerd is om doelmatig te zijn. Hoe meer vrijheid een partij aankan, hoe doelmatiger het is, deze ook te geven.

De tweede manier waarop het Rijk doelmatigheid kan stimuleren met bestaand beleid is – aldus de deelnemers – doelmatig indiceren. Beheersing van het volume is een belangrijke manier om de kosten te beheersen. Bij doelmatig indiceren is er echter een afruil tussen transactiekosten en belangen. Zorgverleners en inkopers hebben belang bij een bepaalde indicatie, inkopers en onafhankelijke partijen kennen veel transactiekosten. Een deel van de experts geeft aan dat de indicatie het doelmatigst vormgegeven kan worden door de zorgverlener de indicatie te laten stellen en vervolgens de inkoper deze indicatiestelling te laten controleren. Dit kan bijvoorbeeld via benchmarking en/of via steekproefsgewijze controle van het naleven van indicatierichtlijnen.

De derde manier waarop het Rijk doelmatigheid kan stimuleren met bestaand beleid is volgens de deelnemers het stimuleren van partijen om doelmatig te *willen* zijn. Het Rijk kan een wettelijke plicht op doelmatigheid opleggen, maar dit heeft naar verwachting van de deelnemers op zichzelf weinig effect. Zij verwachten meer van het financieel prikkelen van de inkoper. Een voorbeeld hiervan is de Wmo. Nadat de huishoudelijke zorg ondergebracht was bij partijen die lagere kosten mochten houden, is de prijs fors omlaag gegaan. Hoewel de deelnemers dit onwenselijk vonden (er ontstond een te lage prijs) is duidelijk dat er een sterke prikkel tot kostenreductie uitgaat van het mogen houden van kostenbesparingen. Daarnaast verwachten de deelnemers ook veel van de patiënt als inkoper. Deze heeft er inherent belang bij binnen zijn budget zo doelmatig mogelijk in te kopen. Een helder voorbeeld is uiteraard het persoonsgebonden budget (PGB). In beide gevallen is het echter wel zo dat er wel een duidelijke prikkel tot doelmatigheidswinst ontstaat,

maar dat de eventueel gemaakte doelmatigheidswinst ten goede komt aan de inkoper en niet terugvloeit naar de belasting- en premiebetaler. Dit is nodig om de prikkel te laten werken.

De vierde manier waarop het Rijk doelmatigheid kan stimuleren met bestaand beleid aldus de deelnemers is ervoor zorgen dat partijen doelmatiger *kunnen* zijn. Hierbij is alleen gesproken over de inkopers. Inkopers zouden doelmatiger kunnen inkopen als zij ondersteund worden met kennis en kunde. Hierbij hebben deelnemers met name kennis over een goede zorginkooprol (voor gemeenten) en transparantie over kwaliteit (voor verzekeraars) genoemd als belangrijke ondersteuning. Het Rijk kan daarnaast de inkoper instrumenten geven om doelmatig te zijn door bijvoorbeeld hem vrijheid te geven in de eenheid van contracten, de prijsvorming vrij te laten en minder regels te stellen aan offerteprocedures. Hiermee kan de inkoper doelmatiger inkopen. Deze vrijheid geeft hem echter ook de mogelijkheid minder doelmatig in te kopen. Essentieel voor de vraag of deze instrumenten doelmatigheid stimuleren, is daarom dat deze instrumenten alleen worden gegeven aan inkopers die doelmatig willen zijn en voldoende mogelijkheden hebben doelmatig te zijn. Ten slotte kan het Rijk de onderhandelingsmacht van de inkoper stimuleren. Hierdoor heeft hij meer mogelijkheden een doelmatig volume af te dwingen. Het Rijk kan deze onderhandelingsmacht versterken door kwaliteitsinformatie beschikbaar te stellen, geen contracteerplicht in te stellen en verticale integratie toe te staan.

Als het gaat om het motiveren van zorgverleners zijn de deelnemers verdeeld: een deel van de deelnemers zegt dat zij het beste financieel geprikkeld kunnen worden. Zorgverleners moeten risico lopen. Een ander deel van de deelnemers zegt dat zorgverleners juist intrinsiek gemotiveerd moeten worden en een budget moeten krijgen dat zij optimaal naar wens van de cliënt mogen invullen.

### **Waar gaan eventuele doelmatigheidswinsten in de zorg op dit moment naartoe?**

Waar gaan doelmatigheidswinsten nu naar toe? In de curatieve sector gaat volgens de deelnemers een klein deel van de doelmatigheidswinst naar burgers (de premiebetalers). Dit geldt echter alleen voor de efficiëntiewinst die naar zorgverzekeraars gaat. Zij opereren op een concurrerende markt en concurreren met hun premies. Een groot deel van de efficiëntiewinst gaat naar zorgaanbieders. Met name voor de medisch specialisten in maatschappen: als zij efficiënter werken resulteert dit in een hoger inkomen. Efficiëntiewinsten bij zelfstandige behandelcentra worden vaak geïnvesteerd in gebouwen en machines, aldus enkele deelnemers.

In de langdurige zorg worden volgens de deelnemers weinig efficiëntiewinsten gemaakt. Er zijn in het systeem weinig prikkels voor doelmatigheid ingebouwd. Als ze al worden gemaakt, worden ze volgens de deelnemers met name ingezet voor investeringen. Dit zijn niet zozeer investeringen in doelmatigheid, maar met name investeringen in gebouwen, aldus de deelnemers. Daar waar wel doelmatigheidswinsten worden gemaakt in de langdurige zorg en deze niet worden geïnvesteerd is het wel mogelijk deze af te romen, waardoor deze ten goede komt aan het macrobudget.

In de Wmo gaat een groot deel van eventueel behaalde doelmatigheidswinst naar de gemeenten. Deze zullen dit meestal ten goede laten komen aan de lokale bevolking. Het is ook mogelijk dat de zorgaanbieders (beperkt) wat van de efficiëntiewinst kunnen houden, maar dat zal naar verwachting niet veel zijn en in ieder geval tijdelijk (gedurende de contractperiode), omdat er daarna weer een nieuwe aanbestedingsronde begint. Bij het PGB is er nauwelijks prikkel geld

over te houden, de patiënt kan wel efficiëntiewinst omzetten in zo veel mogelijk zorg binnen zijn budget. Het is mogelijk, via korting op het macrobudget, dat efficiëntiewinst terugvloeit naar de belasting- en premiebetaler. Dit dempt echter wel de prikkel voor gemeenten om efficiëntiewinst af te dwingen.

### **Hoe kan eventuele doelmatigheidswinst terugvloeien naar het macrozorgbudget?**

De deelnemers geven aan dat het terugvloeien van doelmatigheidswinsten naar het macrozorgbudget niet eenvoudig te realiseren is. Dit komt omdat ten minste een deel van de doelmatigheidswinsten in de sector nodig is als beloning voor de partij om doelmatigheidswinst te behalen. Deze beloning moet gegeven blijven worden, want zij prikkelt de partij om in de toekomst nog meer doelmatigheidswinst te blijven realiseren.

De deelnemers geven aan dat het hierbij van cruciaal belang is een beloning te kiezen die past bij de partij. Alleen een beloning die past bij de partij zal deze partij optimaal motiveren. Zo zal een meer commerciële partij (bijvoorbeeld het management van een ZBC of een maatschap specialisten) of een partij die het geld graag ook op een andere manier besteedt (zoals gemeenten) het liefst een beloning in zo vrij mogelijk besteedbaar geld zien. Andere soorten spelers (zoals veel zorgpersoneel in de langdurige zorg en in de huishoudelijke zorg en de meeste patiënten met een persoonsgebonden budget) zullen liever een beloning zien in de vorm van betere kwaliteit en kwantiteit van zorg.

Dit betekent dat een deel van de te behalen doelmatigheidswinst nodig zal zijn voor het financieren van deze beloningen. Of het nu gaat om financiële beloningen of om het mogelijk maken van meer en betere zorg. Als iedere vorm van doelmatigheidswinst direct wordt afgeroomd is er geen beloning en zal hiervan geen extra motivatie uitgaan op partijen om doelmatigheidswinst te laten ontstaan.

Dat een deel van de doelmatigheidswinst hiervoor noodzakelijk is, betekent tegelijkertijd dat de mogelijkheden tot het laten terugvloeien van doelmatigheidswinsten naar het macrozorgbudget hierdoor duidelijk gelimiteerd worden.





## Bijlage A Literatuur

- Buurtzorg Nederland Conclusies maatschappelijke Businesscase (mBC), juni 2009
- Douven, R. (2004), E. Mot, K. Folmer, *Momentopname van de AWBZ, Een analyse van de sterke en zwakke punten* CPB-publicatie, Den Haag
- Dumont, E., B. Fortin, N. Jacquemet, B. Shearer (2008), Physicians' multi-tasking and incentives : Empirical evidence from a natural experiment, *Journal of Health Economics* 27, 1436-1450
- Gawande, A., The cost conundrum, *annals of medicine, The New Yorker*, 1 juni 2009
- Kiers, B. (januari 2008) Het stille drama van de Wmo, *Zorgvisie* 1 januari 2008, nummer 1 jaargang 38
- Kiers, B. (mei 2008) Antwoord op malaise in thuiszorg, *Zorgvisie* nummer 8, jaargang 38
- Kiers, B. (2009) Medisch specialisten goochelen met DBC;s *Zorgvisie*, jaargang 39 15 april 2009
- <http://www.inoverheid.nl/artikel/nieuws/1220959/gemeenten-houden-200-miljoen-thuiszorggeld-over.html>
- [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o5449n30045.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o5449n30045.html)
- Meijer-Van Putten, B. (2004) Amandelen knippen heeft weinig nut bij milde keelklachten *NRC Handelsblad* 11 september 2004
- Nguyen, N.X. en F.W. Derrick (1997) Physician behavioral response to a Medicare price reduction, *Health Services Research* vol 32, p283-298
- Peeters, P., F. Bruinsma, L. Schipholt, E. de Boer en R. Rooij (2002), Valide Vervoer. Doelmatig gehandicaptenvervoer in de toekomst. In: *Verkeerskunde*, maart 2002
- Pommer, E. (2009), A. van der Torre, J. Stevens, *Definitief advies over het Wmo-budget*, SCP-publicatie, september 2009
- Pomp, M. (2009) *Aanbodgeïnduceerde vraag: feit of fictie?* Marc Pomp economische beleidsanalyse, Breda.
- Post, D. (1997) Verandering van patiëntstromen na sluiting ziekenhuis, *Medisch contact* no 12 p. 383-385

Tweede Kamer, jaargang 2008-2009, KVR 33846, Antwoorden op de vragen van het Kamerlid Zijlstra (VVD) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de regelgeving rond het opleidingsfonds. (Ingezonden 7 oktober 2008) 2080901960,

Van der Geest, L. Nyfer: *Economische effecten van de premiestructuur 2008*, RVZ achtergrondstudie bij uitgavenbeheer in de gezondheidszorg, Den Haag

Vektis (2009), *Mobiliteit en keuzegedrag 2009* Zorgthermometer, april 2009

## Bijlage B Deelnemers expertbijeenkomsten

Naam	Organisatie
Mr. W. Blauw	Voorzitter Raad van Bestuur Zorggroep Noorderbreedte
Dr. R. Douven	Onderzoeker gezondheidszorg Centraal Planbureau
Dr. E. Elsinga	Partner BMC consultants
Drs. K. Erends	Bestuurder gehandicaptenzorg De Baalderborg
Drs. W. ETTY	Partner Anderson, Elfers, Felix
Prof. W. Groot	Hoogleraar gezondheidseconomie Universiteit van Maastricht
Drs. P Hasekamp	Algemeen directeur Zorgverzekeraars Nederland
Dr. F. van Hoof	Senior wetenschappelijk medewerker Trimbosinstituut
Drs. J. Kroes	Divisie manager zorg Zorg en Zekerheid
Drs. M. Vos	Directeur Integraal Kankercentrum Oost
Drs. P. Vos	Algemeen secretaris Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
Drs. S. de Waal	Oprichter en uitvoerend partner Public Space
Drs. J. de Wild (†)	Lid directie Movisie
Dr. T. Witteveen	Raad van Bestuur Bartiméus
Drs R. Zimmerman	Manager Economie & Facilitaire Dienst Oogziekenhuis Rotterdam
Drs. T. Zwaan	Directeur Medisch Spectrum Twente



## Bijlage C    Gespreksonderwerpen

### **Prikkels in de gezondheidszorg**

**Expertmeetings VWS**

**Den Haag, 9 en 10 juli 2009  
Aenneli Houkes en Eske Scavenius**

www.seo.nl - secretariaat@seo.nl - +31 20 525 1630

seo economisch onderzoek



## seo economisch onderzoek

**1. Welke knoppen heeft de inkoper om budget te bewaken?**

Stel een inkoper (PGB-houder, verzekeraar, gemeente, zorgkantoor) wil met behoud van kwaliteit zijn budget bewaken. Welke knoppen heeft hij om dit te bereiken?

- 1a) Kan inkoper de het contract zo inrichten dat de aanbieder belang heeft bij budgetbewaking en gelijke kwaliteit?
- 1b) Kan de inkoper financieel risico bij de aanbieder leggen?
- 1c) Heeft de inkoper invloed op de indicatiestelling?

## seo economisch onderzoek

**1a) Kan de inkoper financiering zo inrichten dat doelmatigheid aantrekkelijk is voor aanbieder?**

	WMO	AWBZ	ZVW
Inkoopeenheid verplicht	uren?	ZZP	PGB
Mogen andere eisen financiële consequenties hebben?	ja	?	?
Waarom in praktijk wel/geen gebruik?			
Welke prikkels gaan hier vanuit op doelmatigheid?			

## seo economisch onderzoek

**1b) Kan de inkoper financieel risico bij de aanbieder leggen?**

	WMO	AWBZ	ZVW
In theorie		Budgetgarantie	Contracten
In praktijk	Compensatie Beginsel	zorgplicht	zorgplicht
Hoe sterk prikkels doelmatigheid?			

## seo economisch onderzoek

**1c) Heeft indicatiestelling prikkel op onderhandelingen?**

	WMO	AWBZ	ZVW
Indicatiestelling	Gemeente zelf	CIZ/jeugdzorg	Aanbieders
Invloed op onderhandeling?			

## seo economisch onderzoek

### 2) Heeft Rijk voldoende knoppen voor macrodoelmatigheid?

	WMO	AWBZ	ZVW
Voorwaarden stellen aan financiering?	Indexering macrobudget Verdeelmodel	Regionale contacteerruimtes	Bekostigingsstructuur
Risico leggen bij inkoper?		Knelpunten reserve steunbeleid	Risicoverevening Macro-nacalculatie steunbeleid
Inkoper verplichten	Compensatie beginsel	zorgbegin	

## seo economisch onderzoek

### Afbakeningsproblemen

- PGB en instellingsfinanciering
- A-segment en B-segment
- Eerstejaarsregel
- Geen prikkel tot substitutie 2<sup>e</sup> lijn met 1<sup>e</sup> lijn



## seo economisch onderzoek

### **Leidt meer microdoelmatigheid tot meer macrodoelmatigheid?**

- **Financieringswijze**
- **Risico**
- **Indicatiestelling**

## seo economisch onderzoek

### **Bestuurlijke criteria: is het het wel waard?**

- **Heeft het wel doelmatigheidswinst?**
- **Hoe zeker is deze doelmatigheidswinst?**
- **Wat zijn de consequenties:**
  - **Is er een verdelingsvraagstuk?**
  - **Heeft doelmatigheidswinst consequenties voor de gezondheidswinst?**
  - **Administratieve lasten?**
  - **Politieke turbulentie/verdeling bestuurlijke verantwoordelijkheden**



# seo economisch onderzoek

Roetersstraat 29 . 1018 WB Amsterdam . T (+31) 20 525 16 30 . F (+31) 20 525 16 86 . [www.seo.nl](http://www.seo.nl)