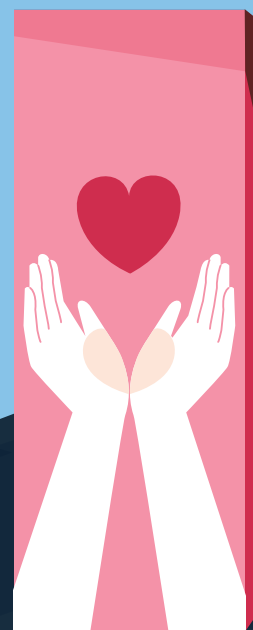


# Kiezen voor houdbare zorg

Online appendices bij  
WRR-Rapport 104

---

WRR



*Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak* is een advies aan de regering uit naam van de voltallige Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. WRR-Rapport 104 is voorbereid en geschreven door:

Prof. dr. M. (Marianne) de Visser (raadslid),  
Prof. dr. A.W.A. (Arnoud) Boot (raadslid),  
Dr. G.D.A. (Gijsbert) Werner (projectcoördinator),  
Dr. A. (Arthur) van Riel (projectmedewerker),  
Prof. dr. M.I.L. (Mérove) Gijsberts (projectmedewerker).

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid werd in voorlopige vorm ingesteld in 1972. Zijn positie is definitief vastgelegd bij wet van 30 juni 1976 (Stb. 413). De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) is een onafhankelijk adviesorgaan. De WRR informeert en adviseert de regering en het parlement over sectoroverstijgende vraagstukken die grote impact hebben op de samenleving. De adviezen zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en gericht op een langetermijnperspectief.

De huidige zittingsperiode loopt tot 31 december 2022.  
De samenstelling van de raad is:

Prof. dr. mr. C.C.J.H. (Catrien) Bijleveld,  
Prof. dr. A.W.A. (Arnoud) Boot,  
Prof. dr. mr. M.A.P. (Mark) Bovens,  
Prof. dr. G.B.M. (Godfried) Engbersen,  
Prof. dr. S.J.M.H. (Suzanne) Hulscher,  
Prof. mr. J.E.J. (Corien) Prins (voorzitter),  
Prof. dr. M. (Marianne) de Visser,  
Prof. dr. C.G. (Casper) de Vries,

Secretaris: Prof. dr. F.W.A. (Frans) Brom.

© Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid,  
Den Haag 2021

De inhoud van deze publicatie mag (gedeeltelijk) worden gebruikt en overgenomen voor niet-commerciële doeleinden. De inhoud mag daarbij niet veranderen. Citaten moeten altijd aangegeven zijn, bij voorkeur als: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021) *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*, WRR-Rapport 104, Den Haag: WRR

# Kiezen voor houdbare zorg

Online appendices  
bij WRR-Rapport 104

---

Deze appendices behoren bij het WRR-rapport 104 *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*.

Het rapport *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak* (isbn 978-94-90186-97-5) is op 15 september 2021 door de raad aangeboden aan de regering. Het rapport kan gratis worden gedownload van [wrr.nl](http://wrr.nl).

Vormgeving binnenwerk: Ready for take-off, Den Haag

Omslagafbeelding: Steffi Padmos, Amsterdam

Figuren en tabellen: Ready for take-off, Den Haag

Uitgever: WRR

**Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid**

Buitenhof 34

Postbus 20004

070-356 46 00

[info@wrr.nl](mailto:info@wrr.nl)

2500 EA Den Haag

[wrr.nl](http://wrr.nl)

## Inhoud

<b>Appendix 1</b>	<b>7</b>
Aspecten van kwaliteit en toegankelijkheid van zorg	
<b>Appendix 2</b>	<b>13</b>
Verschillende definities van zorguitgaven	
<b>Appendix 3</b>	<b>17</b>
Projectie van arbeidstekorten in de zorg	
<b>Appendix 4</b>	<b>23</b>
Organisatie van Het Nederlandse Zorglandschap	
<b>Appendix 5</b>	<b>49</b>
Het aandeel van arbeidskosten in de zorguitgaven	
<b>Appendix 6</b>	<b>51</b>
Internationale vergelijking pakketbeslissingen in Europese landen	
<b>Literatuur Online Appendices</b>	<b>61</b>



## Appendix 1

### Aspecten van kwaliteit en toegankelijkheid van zorg

We onderscheiden in dit rapport kwaliteit en toegankelijkheid als de twee centrale publieke waarden van zorg. Beide begrippen zijn weer onder te verdelen in verschillende deelaspecten, die ieder weer op verschillende manieren te meten en inzichtelijk te maken zijn. In deze appendix geven we daarvan een kort overzicht.

#### Kwaliteit van zorg

Kwaliteit van zorg kan worden gemeten op basis van indicatoren. Met deze indicatoren kan bijvoorbeeld de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) haar toezicht uitvoeren. Maar ook zorgverzekeraars, wetenschappelijke en andere beroepsverenigingen en externe accreditatieorganisaties gebruiken indicatoren om de kwaliteit van zorg te beoordelen. In toenemende mate worden daarnaast patiëntervaringen (*Patient Reported Experience Measures, PREM's*) met het zorgproces, en met de uitkomsten van de zorgverlening (*Patient-reported outcome measures prom's*) gemeten.<sup>1</sup> Het meetbaar maken van al te veel indicatoren kan echter leiden tot registratieoverlast en geeft inmiddels aanleiding tot een tegenbeweging bij zorgverleners. In ziekenhuizen vinden experimenten plaats om tot een kern van zinvolle kwaliteitsindicatoren te komen die van toegevoegde waarde zijn voor patiënten en daadwerkelijk gebruikt worden voor kwaliteitsverbeteringen.<sup>2</sup> In het vervolg kijken we naar veiligheid, effectiviteit en patiëntgerichtheid als componenten van kwalitatief goede zorg. Deze drie waarden zijn niet absoluut en conflicteren in sommige gevallen met elkaar.

#### Veiligheid

De zorg die we ontvangen, moet veilig zijn. Veiligheid kan op basis van allerlei indicatoren beoordeeld worden, zoals het voorkomen van vermijdbare sterfte, een onverwacht lange ligduur en heropnamen. Welke precieze indicatoren gebruikt worden, hangt af van de vorm van zorg, bijvoorbeeld van de behandeling en de zorgsector. Over het algemeen zijn veiligheidsindicatoren relatief objectief te scoren en hierdoor goed te vergelijken tussen instellingen, landen en zorgstelsels. Veiligheid van zorg heeft een plaats in de overwegingen over de kwaliteit van zorg; veiligheid is dan een waarde tussen andere waarden, die in samenhang bijdragen aan goede zorg. Die balans raakt wel eens zoek, vooral in de ouderenzorg. Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) wees op het belang van het bewaken van een balans tussen veiligheid en patiëntgerichtheid. Een voorbeeld is bijvoorbeeld te vinden in de ouderenzorg, waar het risico op vallen moet worden afgewogen tegenover bewegingsvrijheid.<sup>3</sup> Er komt – ook internationaal – een beweging op gang waarbij de focus minder komt te liggen op het signaleren en analyseren van fouten, maar veeleer op een cultuuromslag en een lerend systeem. Het gaat dan om de verantwoordelijkheid om bepaalde risico's te accepteren en het ontwikkelen van 'moreel actorschap' door zorgprofessionals.<sup>4</sup>

---

1 De Boer et al. 2018.

2 Radboudumc 2021.

3 CEG 2019.

4 CEG 2019.

## Effectiviteit

Effectiviteit gaat over de vraag of zorg daadwerkelijk bijdraagt aan een betere gezondheid of aan verbetering van de kwaliteit van leven. Dan gaat het bijvoorbeeld om de vraag of mensen na een behandeling minder klachten ervaren, of dat een functie of vaardigheid hersteld is. De relevantie van indicatoren is sterk afhankelijk van de specifieke behandeling of vorm van zorg. Het gaat dan zowel om patiëntervaringen (PROM's) als om objectievere maatstaven, zoals longfunctie. Er zijn niettemin manieren om de effectiviteit van behandelingen onderling vergelijkbaar te maken, ook al zijn de onderliggende gezondheidsbaten ongelijksoortig van aard. Die manieren spelen een belangrijke rol bij de prioritering in de zorg en komen aan de orde in hoofdstuk 8 van dit rapport. Om de effectiviteit in de langdurige zorg (gehandicaptenzorg, verpleging, verzorging en thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg) te beoordelen, kan van groot belang zijn om het gesprek aan te gaan en ervaringen te delen, al is dat niet altijd gemakkelijk (zie box A1.1).

### **Box A1.1 Meten van kwaliteit van leven bij mensen met ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen**

Bij deze groep is het moeilijk vast te stellen wat kwaliteit van leven voor hen zelf inhoudt omdat zij zich niet verbaal kunnen uiten en hun uitdrukkingen of gedragingen vaak moeilijk te interpreteren zijn. Hoe kan de kwaliteit van leven voor hen dan toch in kaart gebracht worden? Uit onderzoek blijkt dat emotionele, relationele en fysieke elementen en de mate van zelfstandigheid belangrijke aspecten van kwaliteit van leven zijn, en dat een balans tussen deze elementen als een goede kwaliteit van leven wordt beschouwd. De omgeving heeft invloed op kwaliteit van leven omdat mensen met ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen volledig afhankelijk zijn van hun omgeving. Een narratieve benadering is het meest geschikt voor deze groep. Door de verhalen van zorgprofessionals en naasten te combineren, kan een betekenisvolle evaluatie van kwaliteit van leven opgesteld worden die de beslissingen voor het individuele behandelplan ondersteunen.<sup>5</sup>

Een voorbeeld van zorg waar kwaliteit van leven het primaire doel is, is de palliatieve zorg.<sup>6</sup> Deze vorm van zorg werd aanvankelijk in het Verenigd Koninkrijk geïntroduceerd bij mensen met kanker die rond het einde van hun leven in hospices werden verpleegd ('hospice care'). In toenemende mate wordt palliatieve zorg ook aangeboden aan mensen die lijden aan andere ziektes die voor een grote ziektelast zorgen en niet (meer) te genezen zijn.<sup>7</sup> Door vroegtijdige signalering en behandeling van symptomen zoals pijn, benauwdheid of delier, maar ook van problemen van fysieke, psychische, sociale of spirituele aard, blijkt de kwaliteit van leven van patiënten met een ongeneeslijke ziekte en hun naasten toe te nemen.<sup>8</sup>

5 Willems et al. Onderzoeksproject in NWO/ZonMw Programma Kwaliteit van Leven.

6 WHO 2021.

7 Clark 2007.

8 Seeber et al. 2019; Kaasalainen *et al.* 2020.



### Cliënt-/patiëntgerichte zorg

Een belangrijk aspect van goede zorg is de omgang met de patiënt met respect voor diens autonomie en opvattingen, keuzes en leefwijze. Respect voor autonomie is belangrijk, omdat mensen zonder dwang van anderen beslissingen moeten kunnen nemen over welke zorg zij wel, maar ook welke zorg zij niet willen. Essentiële voorwaarden daarbij zijn dat de patiënt wilsbekwaam is en goed geïnformeerd is over de situatie, de prognose, en de voor- en nadelen van de verschillende behandelmogelijkheden. Respect voor autonomie betekent ook dat wilsbekwame patiënten een behandeling altijd mogen weigeren. De termen 'patiëntgericht', 'cliënt centraal', en 'eigen regie' impliceren vraag- in plaats van aanbodgestuurde zorg. Vraaggerichte zorg is een gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverleners, die erin resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt die tegemoetkomt aan zijn wensen en verwachtingen.

We spreken dan over 'samen beslissen' of 'gedeelde besluitvorming' (zie box A1.2). Daar verstaan we in de praktijk onder dat de arts of een andere zorgverlener informatie geeft over de mogelijkheden en de voor- en nadelen hiervan, en zich ervan vergewist dat de patiënt goed geïnformeerd is. De patiënt bespreekt dan samen met de arts wat dit betekent voor zijn eigen situatie en wat zijn persoonlijke voorkeur is. Vervolgens beslist de patiënt samen met de arts over de zorg die hij wenst te ontvangen. Overigens gaat een dergelijk gesprek niet alleen over behandeling, maar kan het ook gaan om een diagnostisch onderzoek of een verwijzing naar een andere arts. Het is belangrijk dat de zorgverlener zich realiseert dat zowel de patiënt als hijzelf de nadelen van een behandeling kunnen onderschatten en de voordelen kunnen overschatten. En dat er ook een wereld van verschil kan zitten tussen wat de patiënt wil en wat de zorgverlener denkt waarnaar de voorkeur van de patiënt uitgaat. Dat wordt 'preference misdiagnosis' genoemd.<sup>9</sup> Het kan zo uitpakken dat patiënten een andere afweging maken over de balans tussen risico's, voor- en nadelen van de behandeling dan de behandelaar.

#### **Box A1.2 Gedeelde besluitvorming, een onderdeel van de dagelijkse praktijk?**

Waarom is gedeelde besluitvorming zo belangrijk in de zorg? Er is allereerst een morele overweging. Wij noemden het al eerder: respect voor de autonomie van de patiënt, maar ook de plicht voor de zorgverlener tot goed medisch handelen en het vermijden van schade. Inmiddels is 'samen beslissen' ook wettelijk verankerd. Per 1 januari 2020 is de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) gewijzigd. Een belangrijke wijziging is de aanvulling van de informatieplicht van de hulpverlener. Er moet evenwel nog wel actie worden ondernomen om gedeelde besluitvorming een vast onderdeel van de dagelijkse praktijk te laten zijn. Het Nivel Consumentenpanel gezondheidszorg 2020 laat zien dat de score van de gezamenlijke besluitvorming tussen 2016 en 2019 niet is gestegen of gedaald.

Gedeelde besluitvorming, ten slotte, speelt niet alleen in de curatieve zorg, maar kan ook worden toegepast in de GGZ, de langdurige zorg en de jeugdzorg. Ook een kind heeft het recht zijn mening te geven over een voorgestelde behandeling en daarbij is leeftijd niet bepalend. In de langdurige zorg, en vooral bij kwetsbare mensen, vergt gedeelde besluitvorming wel extra stappen en gesprekken.<sup>10</sup> Het gaat dan om mensen met chronische aandoeningen, psychische problemen, verstandelijke beperkingen en dementie. Er zijn hulpmiddelen voor patiënten en hun mantelzorgers om zich op zo'n gesprek voor te bereiden (zie Box A1.1).<sup>11</sup> Omdat samen beslissen onderdeel van de reguliere zorg moet worden, zijn zorgaanbieders en -verzekeraars hierover in gesprek.<sup>12</sup> Verwachtingen over mogelijke financiële baten moeten daarbij getemperd worden. Implementatie van 'samen beslissen' vergt immers investeringskosten om patiënten te ondersteunen (bijvoorbeeld met keuzehulpen), maar ook voor deskundigheidsbevordering voor zorgverleners. Of 'samen beslissen' uiteindelijk ook tot kostenbesparing leidt, is vooralsnog onzeker.

### **Toegankelijkheid van zorg**

Toegankelijkheid van zorg is de tweede centrale publieke waarde. Toegankelijkheid wordt veelal opgedeeld in een temporele component (wachttijd), een geografische (reistijd) en een financiële (persoonlijke betaalbaarheid). De gedachte is dat patiënten binnen een redelijke termijn en reisafstand toegang moeten hebben tot zorg, en dat zij niet op grond van persoonlijke kosten hoeven af te zien van zorg. Ook toegankelijkheid naar behoefte (diversiteit aanbod zorgarrangementen en inzicht bij patiënten/burgers in opties) en keuzevrijheid (mate waarin keuzevrijheid wordt ervaren/zorg van eerste keuze beschikbaar was) kunnen onder toegankelijkheid ingedeeld worden.

Er zijn diverse prestatie-indicatoren die inzicht geven in de toegankelijkheid van de zorg. Denk aan indicatoren als wachttijden voor de polikliniek, voor behandeling in het ziekenhuis, voor vervoer naar het ziekenhuis in geval van een bevalling, voor het krijgen van een donornier, en vele andere. Net als voor kwaliteit van zorg geldt dat de gepaste indicatoren – en vooral wat we als acceptabele ondergrens zien – afhangen van de vorm van zorg en het type behandeling. Zo verwachten we voor acute zorg een veel kortere wachttijd dan voor planbare zorg. In de ambulancezorg wordt bijvoorbeeld de zogeheten 45-minutennorm gehanteerd: binnen maximaal drie kwartier na melding zou een patiënt met een ambulance de spoedeisende hulp moeten kunnen bereiken.<sup>13</sup> Voor niet-spoedeisende hulp hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken gemaakt over maximaal aanvaardbare wachttijden per zorgsector. Zo zou iemand in 80 procent van de gevallen binnen drie weken naar het ziekenhuis moeten kunnen voor een eerste gesprek en is de maximale wachttijd vier weken. En in 80 procent van de gevallen zou iemand binnen vijf weken naar het ziekenhuis moeten kunnen voor een behandeling waarvoor een opname in het ziekenhuis nodig is, met een maximale wachttijd van zeven weken.

10 Pel-Littel et al. 2020.

11 Zie bijv. KBO-PCOB en Villans 2021. Zorgverleners kunnen zich door middel van een training hierin ook bijscholen – zie Pel-Littel et al. 2020.

12 Savelberg en De Bruijn 2019.

13 Over het medische belang en noodzaak van deze norm is overigens wetenschappelijke controverse. Zie Gezondheidsraad 2020.

Eén van de indicatoren van individuele betaalbaarheid is het aantal zorgmijders. De Nivel Consumentenmonitor laat zien dat het percentage zorgmijders (mensen die van zorg afzagen, zoals bezoek aan arts, medicijnen afhalen of onderzoek/behandeling ondergaan) in 2016 nog 16 procent bedroeg en over de jaren heen is gedaald naar 9 procent.<sup>14</sup>

Een aparte categorie qua (financiële) toegankelijkheid zijn wanbetalers en onverzekerden. De Regeling wanbetalers die onderdeel uitmaakt van de Zorgverzekeringswet (zvw) is bedoeld om het aantal onverzekerden in Nederland terug te dringen. Verzekerden met een premieschuld blijven door deze regeling verzekerd voor medische zorg. Verzekerden vallen onder de regeling wanbetalers als zij meer dan zes maanden de premie van hun zorgverzekering niet betalen.<sup>15</sup> Van de ruim 13,5 miljoen Nederlanders die premieplichtig zijn voor de zorgverzekering, is 1,4 procent aangemerkt als wanbetaler.<sup>16</sup> Het aantal wanbetalers is significant gedaald doordat gemeenten en zorgverzekeraars nauwer samenwerken om bijstandsgerechtigden met premieschulden te helpen, bijvoorbeeld bij het treffen van een betalingsregeling. De verwachting is evenwel dat door het selectieve verlies aan werk en inkomen als gevolg van de coronacrisis het aantal wanbetalers weer zal toenemen.<sup>17</sup>

---

14 Meijer et al. 2020.

15 CBS 2020.

16 Bron: CBS statline <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/81062ned/table?ts=1601907176641>.

17 Kuijper 2020.



## Appendix 2

### Verschillende definities van zorguitgaven

De afbakening van gezondheidszorg en van de daaraan verbonden uitgaven is niet altijd vanzelfsprekend. Wanneer in het publieke debat over uitgaven aan zorg gesproken wordt, doen dan ook nogal eens verschillende getallen de ronde. In Nederland bestaan vier verschillende definities van zorguitgaven gebruikelijk.<sup>1</sup> Van veelomvattend naar beperkt zijn dat (1) de Zorgrekeningen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), (2) het perspectief van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), (3) het budgettaire uitgavenplafond zorg (UPZ), dat het Centraal Planbureau (CPB) hanteert en dat in de miljoenennota wordt gebruikt, en (4) het internationale System of Health Accounts (SHA). Welke afbakening het meest waardevol is, hangt af van de doelstelling van een analyse of vergelijking. Zo worden zowel het RIVM-perspectief als het UPZ veelal gebruikt voor ramingen en is de SHA (het OECD-perspectief) bij uitstek geschikt voor internationale vergelijkingen. In deze appendix bespreken we de doelstellingen en sterke en zwakke punten van elke definitie. Tabel A2.1 geeft de kernpunten.

**Tabel A2.1** Definities van zorguitgaven in Nederland

Definitie	Primaire doelstelling	Omvat	Raming	Overige opmerkingen
<b>Zorgrekeningen (CBS)</b>	Historische vergelijkbaarheid, volledigheid	Totale uitgaven, collectief en privaat, naar financiering en aanbieder.	Geen	Omvat zaken die gewoonlijk niet als zorg gezien worden (kinderopvang, delen van welzijnsbeleid)
<b>RIVM-perspectief</b>	Historische vergelijkbaarheid overzicht en ramingen van totale uitgaven	Zorgrekeningen minus welzijn, kinderopvang en de jeugdzorg	Ramingen naar 2040 in reële termen o.b.v. extrapolatie trends en demografisch model*	
<b>Uitgavenplafond Zorg (UPZ/CPB)</b>	Inzicht geven in collectieve zorg-uitgaven & politieke verantwoordelijkheid	Premie- en begrotings-gefinancierde zorg (m.n. Zvw, Wlz en Wmo†)	Houdbaarheidsanalyse CPB tot 2060 o.b.v. constante arrangementen en van constant +1% groei.	Bruto-UPZ omvat verplichte eigen risico en betalingen (Zvw en Wlz), netto niet‡.
<b>System of Health Accounts (SHA/OECD)</b>	Internationale vergelijkbaarheid	Grofweg UPZ minus delen langdurige zorg, plus delen private betalingen en verzekeringen.	Geen	Delen van wat in NL als zorg gezien wordt, zit internationaal in andere beleidsvelden.

\* In de door het RIVM uitgevoerde voorstudie voor dit rapport wordt het RIVM-perspectief gehanteerd. Voor internationale vergelijkingen gebruiken we de SHA (OECD).

† zvw: Zorgverzekeringswet (ziektelkostenverzekering), Wlz: Wet langdurige zorg (voorheen AWBZ), wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning.

‡ Het UPZ sluit grofweg aan bij de verantwoordelijkheid van de minister van vws. In een politieke context wordt, wanneer aan 'zorguitgaven' wordt gerefereerd, dan ook veelal het bruto- of netto-UPZ bedoeld.

### Zorgrekeningen (CBS)

De meest uitgebreide definitie van zorg, en daarmee van zorguitgaven, zijn de Zorgrekeningen die het CBS bijhoudt.<sup>2</sup> In deze definitie worden alle collectieve en private uitgaven bijeengebracht, uitgesplitst naar type zorgaanbieder (zoals ziekenhuizen, fysiotherapeuten en de thuiszorg, maar ook leveranciers van geneesmiddelen) en financieringsbronnen (stelselwetten, privaat). Dit betekent dat ook zorgactiviteiten van bedrijven meetellen die niet alleen of primair een zorgfunctie hebben. Een voorbeeld is een drogist die ook vrij verkrijgbare medicijnen verkoopt. Een groot voordeel van de Zorgrekeningen is dat de totale uitgaven in grote mate historisch vergelijkbaar zijn: verschuivingen van uitgaven tussen wetten of overheidsniveaus of tussen collectieve en private verantwoordelijkheid hebben op dit totaal immers geen direct effect. Een nadeel van de zorgrekeningen is dat een aantal domeinen meegerekend wordt die in het maatschappelijk debat gewoonlijk niet als zorg gezien worden, zoals de kinderopvang en delen van maatschappelijk welzijn. Overigens is het relatief simpel deze onderdelen te isoleren en verandert dat, door de relatieve omvang daarvan, het algemene beeld slechts beperkt.<sup>3</sup> De zorgrekeningen worden niet rechtstreeks gebruikt voor ramingen naar de toekomst toe, hun kracht zit vooral in hun volledigheid en de toewijsbaarheid van historische en recente kosten.

### Volksgezondheid Toekomst Verkenning (het RIVM-perspectief)

Het RIVM hanteert een perspectief op de zorguitgaven dat grofweg overeenkomt met dat van de zorgrekeningen, minus de uitgaven aan kinderopvang, maatschappelijke opvang en sociaal werk.<sup>4</sup> In tegenstelling tot de zorgrekeningen wordt dit perspectief wel gebruikt om toekomstige uitgaven te ramen. Dit gebeurt op basis van verwachtingen over toekomstige demografische ontwikkelingen, epidemiologische gegevens over de prevalentie van aandoeningen op basis van historische trends in de groei. Deze ramingen zijn het meest geschikt om de vraag te beantwoorden hoe bij constant beleid de totale zorguitgaven zich in de toekomst ontwikkelen, aannemende dat ook in de toekomst technologische ontwikkelingen in de zorg blijven plaatsvinden. Wat mist in deze ramingen, is het effect van verwachte relatieve prijsontwikkelingen op de (nominale) zorguitgaven. Ook wordt geen raming van de algemene inkomensontwikkeling gemaakt, waardoor een berekening van de zorgquote (het percentage van het nationaal inkomen dat we aan zorg uitgeven) voor deze definitie afhankelijk is van de prognoses van het CPB met betrekking tot de algehele welvaartsontwikkeling.

### Het uitgavenplafond zorg en CPB-ramingen

Een derde definitie biedt het uitgavenplafond zorg (UPZ, voorheen Budgettair Kader Zorg – BKZ). Deze definitie is aanzienlijk beperkter dan de twee voorafgaande, maar is politiek veelal de relevantste. Het UPZ komt namelijk grofweg overeen met het deel van de zorg waarvoor de minister rechtstreeks politiek verantwoordelijk is.<sup>5</sup> Binnen het UPZ valt ten eerste de zorg die gefinancierd wordt via de verplichte premies voor (volks)verzekeringen

<sup>2</sup> CBS 2018; Polder 2018.

<sup>3</sup> Het gaat qua omvang met name om de kinderopvang. De volledige zorgrekeningen over 2019 komen uit op 106,2 miljard euro, zonder kinderopvang is dit 101,4 miljard, zonder alle overige vormen van maatschappelijke opvang en sociaal werk 95,8 miljard.

<sup>4</sup> RIVM 2018.

<sup>5</sup> Polder 2018. In de praktijk kan die verantwoordelijkheid natuurlijk breder opgevat worden, en zullen ook Kamervragen gesteld worden over delen van de zorg die formeel buiten het UPZ vallen, bijvoorbeeld met betrekking tot vrijwillige aanvullende verzekeringen.

en werkgeverspremies (zvw en wlz).<sup>6</sup> Deze beslaat het grootste deel van het UPZ (zie tabel 3.1). Vrijwillige aanvullende verzekeringen, zoals een tandartsverzekering, worden niet meegerekend, omdat deze worden gezien als een vorm van private zorgconsumptie. De keuze om een dergelijke verzekering aan te gaan of om het financiële risico te dragen is immers vrij. Daarnaast worden uitgaven aan zorgopleidingen en de uitgaven voor zorg, welzijn en jeugdzorg in Caribisch Nederland toegerekend aan het UPZ. Middelen die via het Gemeentefonds werden uitgekeerd aan gemeenten voor hun uitgaven voor huishoudelijke hulp in het kader van de wmo, vielen onder het UPZ, maar sinds 2019 maken de uitgaven binnen het kader van de Jeugdwet en de wmo hier geen deel meer van uit (met uitzondering van de uitgaven voor beschermd wonen). Het bovenstaande vormt het zogeheten bruto-UPZ. Om het netto-UPZ te bepalen worden de verplichte eigen betalingen afgetrokken die verzekerden rechtstreeks aan aanbieders of verzekeraars betalen, zoals het eigen risico. Een verhoging of verlaging van het verplichte eigen risico heeft dus geen invloed op de hoogte van het bruto-UPZ (buiten eventuele indirecte effecten via een effect op de zorgvraag), maar wel op het netto-UPZ. Hieruit blijkt dat het uitgavenplafond gevoelig is voor de precieze definitie en afbakening van wetten. Verschuivingen in de organisatie van collectieve verantwoordelijkheden, zoals een verschuiving naar andere bestuurslagen (bijv. van Rijk naar gemeente of provincie), kunnen in sommige gevallen leiden tot (forse) aanpassingen van het UPZ, zonder dat er materieel veel veranderd is.<sup>7</sup>

Ondanks deze beperking speelt het UPZ in de Nederlandse begrotingscyclus een belangrijke rol. Dit maakt de inschatting van de omvang van het plafond van groot politiek en praktisch belang (zie ook hoofdstuk 8 van dit rapport). Het CPB maakt die inschatting jaarlijks als onderdeel van de reguliere begrotingscyclus. Naast deze kortetermijnraming voor begrotingsdoeleinden, voert het CPB op gezette tijden een langjarige ‘houdbaarheidsanalyse’ uit, ook primair op basis van het UPZ en vanuit de aanname van ‘constante arrangementen’. Het doel van deze analyse is om vast te stellen of de collectieve zorguitgaven, waarover politieke verantwoordelijkheid gedragen wordt, op de lange termijn financieel houdbaar zijn. De vraag die deze analyse beoogt te beantwoorden is of toekomstige generaties van *hetzelfde* voorzieningenniveau gebruik kunnen maken zonder dat daartoe belastingen of premies moeten worden verhoogd. Met andere woorden, is het huidige pakket aan collectieve voorzieningen financieel te dragen in 2040 of 2060, gegeven de verwachte demografische en economische ontwikkelingen?<sup>8</sup> Op de lange termijn gezien heeft deze aanname voor de zorgkostenramingen forse implicaties. Hoewel afwezigheid van een budgettair effect van technologische ontwikkelingen op de kortere termijn van een begrotingscyclus verdedigbaar is, wringt dit bij ramingen voor de lange termijn. In het verleden is immers gebleken dat technologische ontwikkelingen de medische mogelijkheden – en daarmee samenhangend de maatschappelijke verwachtingen – verruimen (hoofdstuk 2). De relevantere vraag lijkt dan ook niet zozeer of we in 2040 het verzekerde pakket van 2019 *zouden* kunnen betalen, maar of we dat van 2040 *kunnen* betalen. Om deze redenen voegt het CPB aan zijn ramingen een variant toe waarin de zorguitgaven met 1 procent extra per jaar toenemen. Deze variant is te zien als een ruwe inschatting (gebaseerd op het verleden) van een ontwikkeling in de collectieve zorguitgaven waarin de ‘kwaliteit van arrangementen’ blijvend toeneemt.

6 Het gaat bij het UPZ dus expliciet niet om ‘uitgavenplafonds’ zoals die soms op lagere organisatieniveaus worden opgelegd aan aanbieders, bijvoorbeeld wanneer een zorgverzekeraar en een ziekenhuis een maximumomzet over een jaar afspreken. In het publieke debat wordt hier soms ook de term ‘uitgavenplafond’ voor gebruikt.

7 Polder 2018.

8 Wouterse en Ter Rele 2016; Van Ewijk et al. 2013.

### Internationaal vergelijken

Ten slotte kijken we kort naar het System of Health Accounts (SHA), gedefinieerd door de OECD. De primaire doelstelling van deze definitie van zorg is internationale vergelijkbaarheid van zorgstelsels en -uitgaven.<sup>9</sup> De SHA wordt dan ook veelvuldig gebruikt in wetenschappelijk onderzoek, vooral in internationaal vergelijkend onderzoek, en in internationale en Europese beleidsstukken. Binnen de Nederlandse beleidscontext wordt minder vaak een beroep gedaan op het SHA-perspectief, vermoedelijk omdat het minder goed aansluit bij afbakeningen die in Nederland als logisch of zelfs vanzelfsprekend ervaren worden. Om data internationaal vergelijkbaar te maken moet de SHA namelijk geharmoniseerde definities hanteren. Dit betekent dat de afbakeningen in geen enkel land precies aansluiten op die van de SHA. Zo plaatst de OECD een deel van de uitgaven die de bovenstaande perspectieven meetellen als zorguitgaven, onder 'social care'. In tegenstelling tot de definitie van het netto-UPZ worden in de SHA de vrijwillige aanvullende verzekeringen en delen van eigen betalingen wel meegenomen. Daarnaast is er nog een hele reeks aan kleinere verschillen. Het netto-effect van deze verschillen is dat de SHA-inschatting gewoonlijk boven het netto-UPZ, maar (ver) onder het niveau zitten dat volgt uit de definities van het RIVM of de Zorgrekeningen. In de meeste jaren is het netto-effect van die verschillen overigens dat het SHA niet ver afwijkt van het bruto-UPZ.

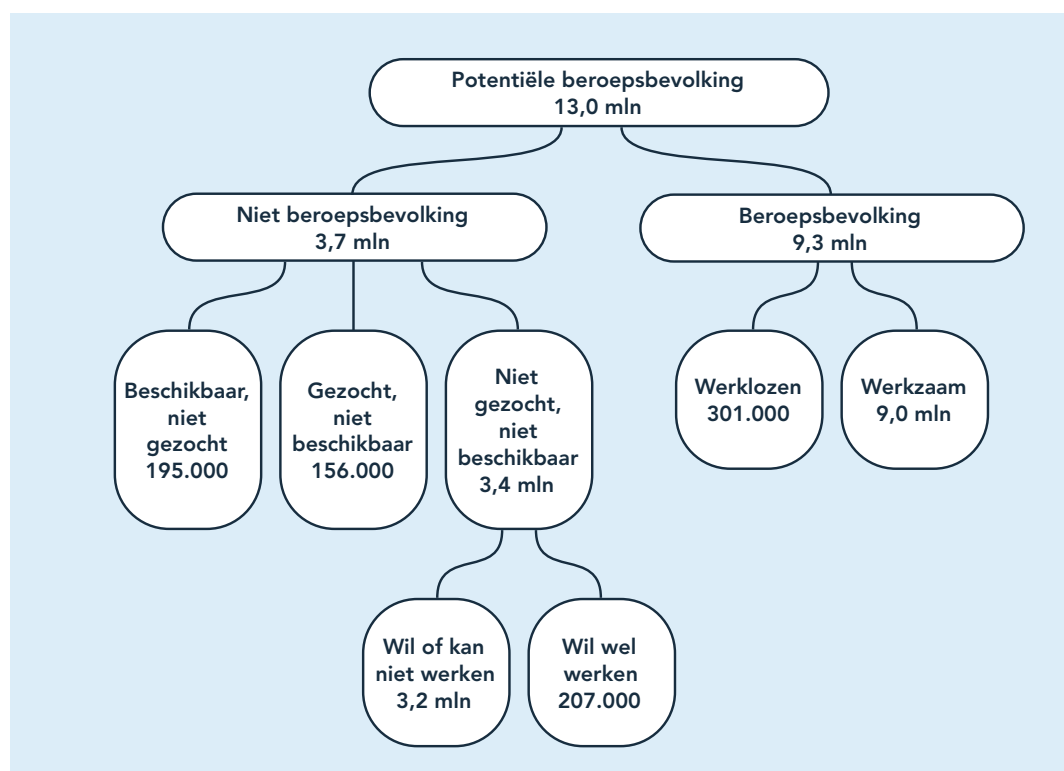


## Appendix 3

### Projectie van arbeidstekorten in de zorg

Het centrale probleem bij het inschatten van het effect van een sterk groeiende zorg op de arbeidsvraag is dat het ontbreekt aan ramingen daarvan voor de lange termijn. Het CPB gebruikt de eigen houdbaarheidsraming niet als input voor een schatting voor de langere termijn. Dat is ingegeven door de onzekerheid ten aanzien van de mate waarin kapitaal (bijvoorbeeld robotica, e-health) arbeid kan vervangen of ten aanzien van de besparingen in de zorg bij een veranderende schaarste en het effect daarvan op de arbeidsproductiviteit (zie hoofdstuk 7 voor nadere toelichting). Wel zijn er scenario's ontwikkeld, zoals in de studie *Toekomst voor de Zorg*, waarin onder twee verschillende sets van aannames met betrekking tot het uitgavenpad voor 2040 aandelen in de beroepsbevolking werden gevonden van respectievelijk 22 en 29 procent.<sup>1</sup> De door het ministerie van VWS aanbestede ramingen van de arbeidsvraag, het arbeidsaanbod en verwachte tekorten kunnen weliswaar tot op een laag aggregatieniveau worden uitgesplitst, maar deze hebben een horizon van slechts enkele jaren; in het geval van het recente ontwikkelde prognosemodel *Zorg en Welzijn* is dat voor het eerst tot 2030.<sup>2</sup>

**Figuur A3.1.** Structuur van de potentiële beroepsbevolking naar zoekgedrag en beschikbaarheid in het derde kwartaal van 2019



Bron: cbs, Statline

- 1 Van Ewijk et al. 2013, 56. In het behoudende scenario 'trendmatige groei' werd aangenomen dat de zorg-uitgaven zich in de toekomst zullen ontwikkelen als tussen 1980 en 2010. In het minder conservatieve 'betere zorg'-scenario werd aangenomen dat door het formele recht op zorg en de stelselwijziging van 2006 de uitgaven zich zouden ontwikkelen zoals vanaf de eeuwwisseling.
- 2 <https://www.prognosemodelzw.nl/>. Zie voor een bespreking van de verschillen in definities van begrippen (ook in uitkomsten als het 'tekort') en aannames tussen dit model en onze projectie het einde van deze appendix.

Om een projectie te kunnen maken van de arbeidsvraag en de arbeidstekorten op de langere termijn, is het aan de aanbodzijde noodzakelijk om de statistische indeling van de beroepsbevolking voor ogen te hebben. Het is langs die lijnen dat we met behulp van de bevolkingsprognose van het CBS en enkele door het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (nidi) uitgewerkte scenario's het potentiële zorgaanbod ramen. Figuur A3.1 toont de indeling die het CBS hanteert in zijn arbeidsrekeningen. Kernpunt is dat de potentiële beroepsbevolking (de totale bevolking tussen 15 en 70 jaar) zowel de werkenden en werklozen (9,3 miljoen) als een grote groep niet-werkenden omvat (3,7 miljoen). Binnen die laatste groep waren er op het voorlopige hoogtepunt van de arbeidsmarktkrapte (in het derde kwartaal van 2019) ruim 400.000 mensen die of wel beschikbaar waren terwijl ze niet hebben gezocht (195.000), of wel wilden werken maar niet hebben gezocht of niet beschikbaar waren (207.000). Samen met de groep werklozen vormt deze groep het zogeheten onbenutte arbeidspotentieel.

Het startpunt van de huidige projectie van het macro-economisch arbeidsaanbod is de meeste actuele bevolkingsprognose van het CBS naar leeftijdsklassen (stand juni 2021). Hieruit volgt de totale potentiële beroepsbevolking tot 2060. De opdeling daarvan naar beroepsbevolking en niet-actieve beroepsbevolking volgt uit de toepassing van de bruto-arbeidsparticipatie aan de vooravond van de coronapandemie (75,4 procent). De cijfers voor het onbenutte arbeidspotentieel volgen uit de verhoudingsgetallen die eind 2019 (bij sterke krapte) golden. Deze geven daarmee een realistische bovengrens van het keuzegedrag ten aanzien van latente arbeidsparticipatie. Hierbij rekenen we de werkloosheid niet mee als onbenut potentieel, aangezien die zich op het moment van meting op het niveau van frictiewerkloosheid bevond en er ook in de toekomst een dergelijke groep zal zijn. De arbeidsmarkt wordt in elke situatie gekenmerkt door stromen, en dus is er altijd een groep die zich tussen twee banen in bevindt.<sup>3</sup> Uit deze raming van het arbeidsaanbod en de projectie van de arbeidsvraag, zoals beschreven in de hoofdtekst, volgen de cijfers in tabel 3.4 in de hoofdtekst. Zie onderstaande box A3.1 voor de daarbij gehanteerde begrippen en de specifieke ramingsystematiek.

3

---

Ook de groep werkenden die aangeeft meer te willen werken is hierin niet meegerekend, aangezien urenkeuze een apart vraagstuk vormt, het meerekenen van hele personen voor een beperkte potentiële winst in uren een onrealistisch beeld geeft, en er ook een grote groep is die minder wil werken (per saldo daalt de urenkeuze in de economie al sinds midden jaren negentig, zie de hoofdtekst).

### Box A3.1 Begrippen en systematiek van de raming van de beroepsbevolking en de arbeidsvraag in de zorg

**Potentiële beroepsbevolking:** CBS-bevolkingsprognose naar leeftijdsklassen (15 tot 70 jaar).

**Beroepsbevolking:** potentiële beroepsbevolking \* aandeel beroepsbevolking in potentiële beroepsbevolking (bruto-arbeidsparticipatie) in 2018/2019 (75,4 procent).

**Niet-actieve beroepsbevolking:** potentiële beroepsbevolking minus beroepsbevolking.

**Onbenut arbeidspotentieel:** niet-actieve beroepsbevolking \* aandeel van het onbenutte arbeidspotentieel in de niet-actieve beroepsbevolking in 2018/2019 (13,4 procent). Het onbenutte arbeidspotentieel zoals hier gedefinieerd omvat niet werklozen, noch werkenden die aangeven bereid te zijn meer uren te werken (waardoor een persoon met een potentieel hogere urenkeuze in zijn geheel als onbenut zou worden geteld), maar wel de groepen 'beschikbaar maar niet gezocht' en 'niet gezocht, niet beschikbaar maar wil wel werken' (zie de tekst).

**Arbeidsvraag zorg:** raming op basis van de geschatte trend in de ontwikkeling van het zorgvolume per werkzaam persoon over 1995-2019, geëxtrapoleerd met de RIVM-raming van de totale zorguitgaven in constante prijzen van 2015 tot 2060 vanaf het niveau van 2019.<sup>4</sup> De geraamde langetermijngroeivoet in het zorgvolume per werkzaam persoon bedraagt 0,56 procent per jaar.

**Werkgelegenheid zorg bij huidig aandeel:** beroepsbevolking \* aandeel van de zorg in de beroepsbevolking 2019 (16,0 procent); veronderstelt impliciet ook aandeel huidige werkloosheid constant.

**Totaal tekort zorg:** arbeidsvraag zorg minus werkgelegenheid bij gelijkblijvend aandeel zorg in beroepsbevolking (uren en participatie constant).

De uitkomsten veranderen slechts beperkt indien niet de CBS-prognose als input wordt gebruikt voor het arbeidsaanbod, maar de hogere varianten van de op verzoek van de Tweede Kamer door het NIDI ontwikkelde scenario's voor 2050 (tabel A3.1).<sup>5</sup> In deze scenario's wordt gevarieerd met aannames ten aanzien van het geboortecijfer, de levensverwachting en het migratiesaldo. Van de zeven varianten gebruikt 'asiel' een hogere asielmigratie, 'arbeid' een hogere arbeids- en studiemigratie, en 'groei' hogere cijfers voor kindertal, levensverwachting en migratie.

4 De kernstatistieken van de geschatte trend in het zorgvolume per werkende waren als volgt:  $R^2$  0.952;  $\beta$  0.450 (t 20.80); F 432.68.

5 Beer et al. 2020.

**Tabel A3.1.** Langetermijnprojectie van arbeidstekorten in de zorg binnen de nidi-scenario's voor 2050

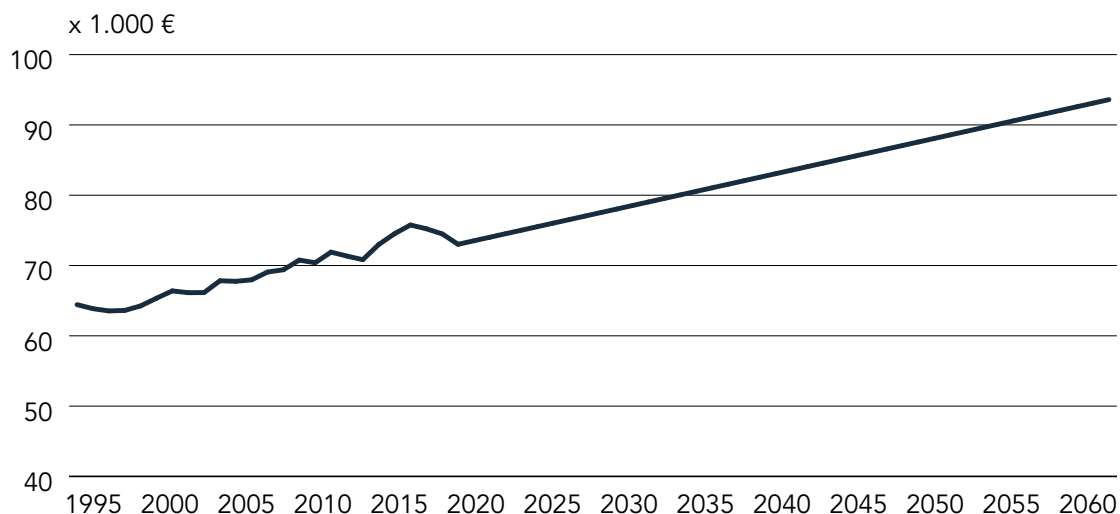
	2019	2050	2050	2050	2050
		CBS prognose	'asiel'	'arbeid'	'groei'
Potentiële beroepsbevolking	12.221	12.620	12.913	13.498	13.789
Beroepsbevolking	9.267	9.512	9.733	10.174	10.393
Niet-actieve beroepsbevolking	2.954	3.108	3.180	3.324	3.395
Onbenut potentieel in personen	402	417	427	446	456
Arbeidsvraag zorg	1.485	2.897	2.897	2.897	2.897
Arbeidsaanbod zorg bij huidig aandeel	1.485	1.524	1.560	1.630	1.665
Totaal tekort bij huidig aandeel		1.373	1.337	1.267	1.232
Totaal tekort als % beroepsbevolking		14,4%	13,7%	12,4%	11,8%
Aandeel zorg in beroepsbevolking	16,0%	30,5%	29,8%	28,5%	27,9%

Bron: NIDI en CBS 2020. Zie ook: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/28/verkenning-bevolking-2050-meer-inwoners-met-een-migratieachtergrond>; berekening als in tabel 3.3.

Alleen voor deze drie scenario's ligt de bevolkingsgroei boven die van de centrale prognose. In tabel A3.1 zijn de bovenstaande berekeningen opnieuw uitgevoerd met deze cijfers als input. Zoals verwacht mocht worden, zorgen de hogere geprojecteerde bevolkingcijfers in het scenario 'groei' voor een toename van de geraamde beroepsbevolking, en wel met ruim 1 miljoen personen ten opzichte van de middenprognose van het CBS. Maar tenzij deze personen in veel hogere mate dan nu kiezen voor werken in de zorg, neemt het geprojecteerde personeelstekort slechts beperkt af. Bij een significant hogere gerichte arbeidsmigratie ('arbeid') loopt dat tekort terug met niet meer dan 106.000. En zelfs bij extreme aannames met betrekking tot het geboortecijfer blijft die afname beperkt tot 141.000 (10 procent van de geraamde omvang van het tekort in de centrale prognose, samen met de grotere beroepsbevolking goed voor een daling van het werkgelegenheidsaandeel met 2,6 procentpunten).

Het gebruik van het zorgvolume (gemeten als uitgaven in constante prijzen) per werkende in de zorg als centrale variabele in de raming van de arbeidsvraag roept een theoretisch bezwaar op dat potentieel ook empirisch van betekenis is. De vraag is in hoeverre de arbeidsvraag in de zorg gevoelig is voor verandering in de relatieve schaarste van arbeid en de inzet van kapitaal als gevolg daarvan ('factorsubstitutie'). Zoals figuur A3.2 laat zien, vormt de gebruikte projectie een voortzetting van een vrijwel lineaire ontwikkeling in de productiviteit per werkende. Op geaggregeerd niveau lijkt de arbeidsintensiteit in de zorg althans sinds de jaren negentig daarmee weinig variabel. Alleen de effecten van het budgettaire beleid na 2012 en de inhaalvraag van arbeid zoals die zich vanaf 2016 voordeed, vormden hierop een uitzondering.

**Figuur A3.2.** Realisatie en projectie van de totale zorguitgaven in constante prijzen per werkzame persoon, 1995-2060 (in duizenden euro's van 2019)



### Verschillen tussen projecties van arbeidstekorten in de zorg

Er zijn aanzienlijke verschillen in aannames en uitkomsten tussen de WRR-projectie uit deze appendix en hoofdstuk 3 en de uitkomsten van het door het ministerie van VWS aanbesteedde prognosemodel Zorg en Welzijn van ABF-Research, dat recent voor het eerst een raming heeft gemaakt voor 2030.<sup>6</sup> Deze verschillen vloeien voort uit de verschillende achterliggende doelstellingen. Voor een goed begrip van de cijfers is het van belang om deze verschillen voor ogen te hebben. De essentie is dat, afgezien van aannames ten aanzien van een voortgaande verandering in de arbeidsparticipatie en de arbeidsvraag (ABF), verschillen in definities van begrippen ertoe leiden dat de uitkomsten verschillende zaken voorstellen. Waar wij proberen een beeld te geven van de arbeidsvraag en het aanbod in de zorg op lange termijn (tot 2060) en de noodzakelijke verandering ten opzichte van het aandeel van de zorg in de werkgelegenheid in 2019 om deze twee in overeenstemming te brengen, richt het prognosemodel zich op een gedetailleerd beeld (ook naar regio en sector) van wat op de veel kortere termijn (tot 2030) het tekort feitelijk verwacht wordt te zijn. Het begrip 'tekort' stelt in de beide gevallen dan ook iets anders voor.

Als we de uitkomsten voor het jaar 2030 niettemin vergelijken, dan zien we een arbeidsvraag van 1,873 miljoen (WRR) versus 1,728 (ABF), terwijl het bij het arbeidsaanbod gaat om 1,513 (vast aandeel 2019 beroepsbevolking) versus 1,632 miljoen personen (waarvan 1,580 gematcht). De 'tekorten' komen daarmee uit op 360 (WRR), versus 148 duizend (ABF). Deze verschillen komen, zoals gezegd, voort uit de gehanteerde methodiek en andere definities van de kernvariabelen. Ten eerste heeft het prognosemodel betrekking op werknemers in loondienst terwijl de WRR-projectie de totale werkgelegenheid in de sector zorg en welzijn betreft. De definitie van de werkgelegenheid daarbinnen is wel gelijk (CBS Standaard Bedrijfsindeling 2008 letter Q, bij ABF naar keuze met of zonder kinderopvang).

Het voornaamste verschil is echter dat het ABF-model veranderingen in participatiegedrag en het aandeel in de beroepsbevolking endogeen neemt, terwijl de WRR-projectie een 'no policy change'-perspectief (een scenario zonder wijzigingen in beleid of beleidsuitkomsten) hanteert: wat impliceren trends in vraag en aanbod zonder aanvullende aannames voor het toekomstig beslag op de totale beroepsbevolking? Daarnaast zijn de variabelen die arbeidsvraag en aanbod sturen anders. De WRR heeft de arbeidsvraag geraamd door het voorspelde zorgvolume per werkende op basis van 1995-2019 toe te passen op de RIVM-raming van het zorgvolume tot 2060. Het prognosemodel neemt een productiviteitsgroei aan (0,5 procent per jaar, wat dicht tegen de empirisch-historische 0,6 procent van de WRR zit), maar raamt zelfstandig het zorggebruik in branches in het recente verleden (waarin de zorggroei met name tot 2017 sterk is afgevlakt) aan de hand van verschillende indicatoren. Voor de verpleeghuizen zijn dit bijvoorbeeld de diverse zorgzwaartepakketten, voor de ziekenhuizen de verpleegdagen, opnamen en polikliniekbezoeken. Daarnaast projecteert het prognosemodel een verandering in de participatie (deeltijdfactor). Als deze verandert, verandert ook de vraag naar het aantal werknemers. Voor de komende jaren is geschat wat de ontwikkeling van de deeltijdfactor per branche is, door te kijken naar de verandering van de deeltijdfactor in de laatste vijf jaar.

Ook bij het arbeidsaanbod neemt de WRR een scenario zonder beleidswijzigingen (participatie, onbenutte arbeidsreserve en aandeel zorg in werkgelegenheid) vanuit 2019 als basis. Het prognosemodel daarentegen neemt, vanuit de wens om (ook op korte termijn) de feitelijke knelpunten te ramen, ook geschatte verschuivingen in arbeidsparticipatie, de instroom vanuit het onderwijs, uitstroom door pensioen, opscholing en stromen tussen branches en sectoren binnen de zorg mee (voor het totaal zijn alleen de eerste drie van belang). Ook de verdere opschuiving van de pensioengerechtigde leeftijd wordt hierin meegenomen (wat een vergroot aanbod tot gevolg heeft). De demografische component wordt daarbij bepaald door de Primos-prognoses van ABF, waar de WRR de CBS-prognose naar leeftijdsgroep gebruikt. Hoewel de raming van het arbeidsaanbod in het prognosemodel met dit alles complexer is (waardoor ramingen op een lager aggregatieniveau mogelijk zijn), is een nadeel dat de ontwikkeling in het arbeidsaanbod niet expliciet begrensd wordt door de bevolkingsontwikkeling.

## Appendix 4

### Organisatie van Het Nederlandse Zorglandschap

Het geheel aan instituties dat zorg verleent, organiseert, verzekert of reguleert, wordt ook wel het ‘zorglandschap’ genoemd. Denk aan: behandelaren en zorginstellingen, organisaties die indicaties vaststellen, reguleringsinstanties en toezichthouders. In het eerste deel van deze bijlage beschrijven we hoe het Nederlandse zorglandschap eruitziet. Dit doen we aan de hand van de vijf zogeheten ‘stelselwetten’ die de basis vormen van de organisatie van de zorg.<sup>1</sup> Deze stelselwetten definiëren de verantwoordelijkheden van de verschillende actoren. Duidelijk zal worden dat het geheel aan wetten, partijen, instituties en reguleringsmechanismen in hoge mate complex is. Aan het eind van deze appendix gaan we nader in op een belangrijk gevolg van de naast elkaar bestaande stelselwetten, ook wel de ‘schottenproblematiek’ genoemd. We hebben het dan ook over inspanningen en initiatieven om deze problematiek tegen te gaan – ‘ontschotting’ of integrale zorg genoemd – en op de vraag wat deze kunnen betekenen voor de houdbaarheid van de zorg.

#### A4.1 Het zorgstelsel als geheel

In het Nederlandse zorgstelsel worden uitvoerende en bestuurlijke taken vervuld door een veelheid aan overheden en (semi-)private partijen op lokaal, regionaal en landelijk niveau. Voorbeelden van zulke partijen zijn gemeenten, ggd'en, zorgverzekeraars en regionale zorgkantoren. Het daadwerkelijk leveren van zorg wordt in Nederland met name door een zeer divers en groot aantal private partijen uitgevoerd, de meeste zonder winstoogmerk.<sup>2</sup> Die private partijen verschillen in omvang van zelfstandig gevestigde individuele behandelaars tot grote complexe organisaties als ziekenhuizen en GGZ-instellingen. Op nationaal niveau ligt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor het stelsel bij het Rijk, specifiek bij de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws).<sup>3</sup> Dit betekent dat deze politiek verantwoordelijk is voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van het gehele stelsel. We noemen dit ook wel stelselverantwoordelijkheid. Zoals we zullen zien, betekent dit voor het grootste deel van de zorg dat het ministerie van vws niet direct betrokken is bij de dagelijkse uitvoering en het bestuur. Daarvoor zijn in verschillende delen van de zorg diverse uitvoerings- en controleorganisaties of decentrale bestuurslagen verantwoordelijk. Tijdens de coronacrisis is de sturende rol van vws overigens op sommige domeinen (tijdelijk) uitgebreid of versterkt – maar ook toen bleef het primaat over het algemeen bij zorgaanbieders en andere actoren. Ten slotte vallen sommige landelijke (uitvoerings)organisaties, zoals het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), het College Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), rechtstreeks onder de verantwoordelijkheid van de minister van vws.

---

1 Boot 2013, 2018; Wessels, 2018.

2 Zo zijn de Nederlandse reguliere ziekenhuizen stichtingen zonder winstoogmerk; wel is er vanuit continuïteitsoverwegingen sprake van exploitatieoverschotten. Focusklinieken mogen wel winst maken.

3 In het huidige kabinet (Rutte III) delen voor het eerst twee ministers (en een staatssecretaris) binnen het ministerie van vws de verantwoordelijkheid voor de Nederlandse zorg. We spreken hier voor het gemak over ‘de minister van vws’.

### Indelingen van de zorg

Er zijn veel alternatieve manieren waarop we de zorg kunnen indelen. We bekijken er hier drie in meer detail. Sommige perspectieven sluiten vooral aan bij de leefwereld van de patiënten, burgers en zorgverleners. Zoals we zullen zien, sluiten ze soms echter maar beperkt aan bij de begrenzingen van de stelselwetten. Een eerste veelgebruikte zeer algemene indeling is die naar *aard en doel* van de geboden zorg. Het onderscheid tussen curatieve ('cure'), maatschappelijke ('welzijn') en langdurige zorg ('care') wordt dan vaak gemaakt. Curatieve zorg beoogt de handhaving of verbetering van de gezondheidstoestand van acuut en chronisch zieken. Maatschappelijke zorg ondersteunt mensen zo goed mogelijk om in de maatschappij te functioneren. Langdurige zorg, ten slotte, is gericht op blijvende of in ieder geval langdurige verpleging en verzorging van zorgafhankelijke mensen. Een andere belangrijke indeling is die naar *doelgroep* van de zorg, vaak gedefinieerd aan de hand van leeftijd of type aandoening. Dat speelt bijvoorbeeld wanneer we het hebben over gehandicaptenzorg, ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg (GGZ) of jeugdzorg. Een derde veelvoorkomende indeling is die naar *type zorgverlener*. Denk bijvoorbeeld aan huisartsen, medisch-specialisten, tandartsen of zorgverleners in de kraamzorg of thuiszorg. Ten slotte kunnen we de zorg nog opdelen naar locatie (bijvoorbeeld intramuraal of extramuraal<sup>4</sup>), lijn (eerstelijns, tweedelijns, derdelijns<sup>5</sup>) en urgentie (acute of spoedeisende versus niet-spoedeisende, ook wel electieve zorg).

Sommige van deze indelingen vallen nauw met elkaar samen. Zo werken medisch-specialisten in Nederland bijna alleen in de tweede- en derdelijns zorg<sup>6</sup>, terwijl huisartsen alleen eerstelijnszorg aanbieden. Andere indelingen zijn in de praktijk met name een onderverdeling vanuit een ander perspectief. Zo speelt het onderscheid in acuut versus niet-spoedeisend in de praktijk alleen binnen de curatieve zorg, omdat de andere vormen van zorg zelden spoedeisend van aard zijn. Op dezelfde manier wordt intra- versus extramurale zorg vooral gebruikt binnen de langdurige en curatieve zorg, om aan te geven waar de betreffende patiënten verblijven. Weer andere indelingen lopen volledig door alle andere indelingen heen. De GGZ is hier een voorbeeld van: GGZ is te vinden binnen (bijna) alle lijnen, stelselwetten en typen behandelaren (zie ook box 4.2 van de hoofdtekst van dit rapport).

Welke indeling we gebruiken, hangt af van wat we willen weten. Voor sommige vragen is een indeling naar brede sector nuttig, in andere gevallen focussen we op wie de zorgaanbieder is, op de urgentie, of de toegangsrouten van de patiënt. In deze bijlage kijken we naar de juridisch-bestuurlijke indeling. Sinds 2015 vormen vijf stelselwetten de kern van de organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg. Het gaat om de Zorgverzekeringswet (zvw), de Wet Langdurige Zorg (wlz), de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (wmo), de Wet Publieke Gezondheidszorg en de Jeugdwet. We kijken specifiek naar deze indeling, omdat de stelselwetten belangrijk zijn voor het toewijzen

4 Intramurale zorg is zorg die geleverd wordt via opname in een ziekenhuis of instelling. Extramuraal zorg (soms, ambulante zorg) vindt plaats buiten ziekenhuizen en instellingen. Soms wordt ook nog over transmurale en semimurale zorg gesproken. Transmurale zorg is bijvoorbeeld ketenzorg, die geleverd wordt door zorgverleners vanuit verschillende zorginstellingen, bijvoorbeeld continuïteit van zorg voor mensen die na een ziekenhuisopname naar huis gaan. Semimurale zorg is een tussenvorm, tussen intra- en extramuraal, bijvoorbeeld begeleid wonen.

5 Eerstelijnszorg is zonder verwijzing rechtstreeks toegankelijk voor patiënten, bijvoorbeeld huisartsen, tandartsen en sommige psychologen. Voor tweedelijns- (medisch-specialistisch, met name in ziekenhuizen) en derdelijnszorg (academisch ziekenhuis) is een verwijzing door de huisarts nodig. Sommigen onderscheiden daarnaast nog 'nuldelijnszorg'. Daarmee kunnen twee verschillende dingen worden bedoeld: soms gaat het om informele zorg, in andere gevallen om preventieve maatregelen ten behoeve van mensen zonder hulpvraag (bijvoorbeeld vaccinaties, jeugdgezondheidszorg).

6 Maar bijvoorbeeld electieve vormen van cosmetische chirurgie zijn zonder verwijzing toegankelijk.



van bestuurlijke verantwoordelijkheden, het organiseren van patiëntroutes, het houden van toezicht en het regelen van financieringsstromen. Daarmee is de indeling naar stelselwetten vanuit bestuurlijk en politiek oogpunt één van de meest relevante. Daarnaast zullen we zien dat juist in de grensgebieden – waar patiënten de overgang tussen stelselwetten maken – coördinatie- en transitieproblemen kunnen ontstaan.

### *Wat blijft buiten beeld?*

De vijf stelselwetten definiëren samen de contouren van het zorgstelsel. Dat betekent niet dat ze ook een uitputtend overzicht geven van alle partijen of wetten die een rol spelen in de zorg. In alle delen van de zorg zijn behalve partijen met formele verantwoordelijkheden en taken nog vele andere actoren actief. We kunnen dan denken aan belangen- en beroepsorganisaties (bijvoorbeeld de Federatie Medisch Specialist, of Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland), wetenschappelijke verenigingen (bijvoorbeeld het Nederlandse Huisartsen Genootschap) maar ook aan vakbonden (FNV Zorg) en patiëntenorganisaties (verenigd in de Patiëntenfederatie). Dergelijke partijen vervullen verschillende rollen, bijvoorbeeld rondom de uitwisseling van informatie tussen zorgaanbieders, patiënten en bestuurders.

Naast de stelselwetten zijn er nog legio andere wetten die de zorg reguleren. Enerzijds gaat het dan om algemene wetten die ook buiten de zorg werken. Denk bijvoorbeeld aan privacywetgeving, mededingingswetgeving of bestuursrecht. Anderzijds zijn er allerlei overige wetten die specifieke onderdelen van de zorg of zorginstellingen reguleren of die overkoepelend op de vijf stelselwetten aangrijpen. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om de geneesmiddelenwet, de wet bijzondere medische verrichtingen (wbmv), wetgeving rondom medisch-wetenschappelijk onderzoek bij mensen (WMO), de wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz), de wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG), die bevoegdheden van zorgaanbieders reguleert. We gaan niet in detail op deze wetten in.

We dienen ons ook te realiseren dat er aspecten van de zorg zijn die buiten de vijf stelselwetten vallen. Denk bijvoorbeeld aan de bedrijfsgeneeskunde (gefinancierd en georganiseerd door- of in opdracht van werkgevers) en de verzekeringsgeneeskunde (gefinancierd en georganiseerd door- of in opdracht van private en publieke verzekeraars). Daarnaast wordt beleid gericht op gezondheid – of met implicaties voor gezondheid – ook geformuleerd vanuit andere beleidsterreinen. Dat geldt bijvoorbeeld voor gezondheidsbevorderend beleid gericht op de verkeersveiligheid of de arbeidsveiligheid (ARBO), of voor gezondheidsbeschermende milieumaatregelen.

In deze bijlage kijken we nader naar de drie centrale markten binnen de zorg: de zorginkoopmarkt, de zorgverleningsmarkt en de zorgverzekeringsmarkt. Deze drie markten spelen binnen de stelselwetten in meer of mindere mate een rol – waarbij niet alle markten in alle stelselwetten aanwezig zijn. Daarnaast zijn er allerlei andere markten die van groot belang zijn voor kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg. In veel gevallen gaat het dan om markten die producten of diensten leveren die nodig zijn voor de zorgverlening. Denk bijvoorbeeld aan de geneesmiddelenmarkt en de markten voor medische apparatuur en hulpmiddelen. Maar ook aan de markten voor de levering van e-healthdiensten en voor elektronische patiëntendossiers. Sommige van die markten worden door specifieke wetten nader gereguleerd (bijvoorbeeld de wet geneesmiddelenprijzen en de wet op de medische hulpmiddelen).

### Kwaliteit van zorg en toezicht in het algemeen

Voor we naar de vijf stelselwetten kijken, bespreken we eerst kort het toezicht op de kwaliteit van zorg. Dat doen we omdat de daartoe aangewezen instituties over het algemeen overkoepelend voor het hele zorgstelsel zijn ingericht en niet per stelselwet zijn gedefinieerd. We bespreken hier kort de taken van een aantal toezichts-, advies- en uitvoeringsorganisaties. Per stelselwet kijken we later nog naar aanvullende verantwoordelijkheden of organisaties. Ten eerste houdt de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) toezicht op de *kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid* van (jeugd)zorg en zorgaanbieders. Hieronder valt ook het toezicht op geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. De IGJ voert onder andere systeemtoezicht uit: daarbij beoordeelt zij bijvoorbeeld de kwaliteitsbewakingssystemen van instellingen. De IGJ kijkt vanuit verschillende perspectieven, bijvoorbeeld die van de burger en patiënten of cliënten, naar de zorg en jeugdhulp. Op basis daarvan geeft zij vorm en inhoud aan het toezicht. De IGJ kan ook inspecteren naar aanleiding van concrete incidenten of calamiteiten in specifieke instellingen, bijvoorbeeld naar aanleiding van klachten van beroepsbeoefenaren, patiënten of (andere) instellingen. Zij heeft daartoe een arsenaal aan maatregelen. In het uiterste geval kan ze een zorginstelling sluiten.

Het Zorginstituut Nederland (ZiN) is vooral bekend door zijn rol in het adviestraject over de samenstelling van het basispakket in de Zorgverzekeringswet. Een minstens even belangrijke rol van het ZiN ligt op het gebied van de kwaliteitsbewaking.<sup>7</sup> Ook bij de samenstelling van het pakket collectieve zorg in andere stelselwetten speelt het instituut een rol. In tegenstelling tot de IGJ, die toezicht houdt op individuele zorgaanbieders en -instellingen, houdt het ZiN zich bezig met het (faciliteren van het) opstellen en identificeren van kwaliteitskaders en -indicatoren. Een voorbeeld is het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg uit 2017, met vereisten over de personele norm in verpleeghuizen. Een voorbeeld van het gebruik van doorzettingsmacht door het ZiN is de nieuwe veldnorm voor de spoedeisende hulp van ziekenhuizen: er moet 24/7 een arts zijn met minimaal een jaar werkervaring.<sup>8</sup> Het ZiN is ook de initiatiefnemer van met zijn taken verbonden programma's als 'Zorgevaluatie en Gepast Gebruik', dat in samenwerking met vele partijen beoogt via systematische zorgevaluatie gepast gebruik in de medisch-specialistische zorg te stimuleren.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) ziet toe op een correcte uitvoering en naleving van de stelselwetten, onder meer door zorg te dragen voor een doelmatige besteding van zorggeld. De NZa wordt daarom ook wel eens omschreven als de *marktmeester* van het zorgstelsel. Eén van de taken van de NZa is bijvoorbeeld het voorkomen van een te grote marktmacht, zowel van zorgaanbieders als (binnen de Zvw) van zorgverzekeraars. In delen van de zorg, bijvoorbeeld in de GGZ, de forensische zorg, de langdurige zorg en de mondzorg, stelt de NZa maximumtarieven vast. Een ander aspect is het tegengaan van fraude met zorggeld. Daarnaast houdt de NZa evenals de IGJ toezicht

7 Oorspronkelijk bestond binnen het ZiN een apart 'Kwaliteitsinstituut'. Tegenwoordig is het kwaliteitsinstituut als aparte deelorganisatie verdwenen en geïntegreerd in het ZiN.

8 Het ZiN heeft op 19 februari 2020 het Kwaliteitskader Spoedzorgketen opgenomen in het kwaliteitsregister. Naast de eis van 24/7 aanwezigheid van een arts met minimaal een jaar werkervaring vereist de nieuwe veldnorm ook dat de dienstdoende arts of verpleegkundig specialist bij specialistische geriatrische problematiek een beroep kan doen op een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde. Deze klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde is 24/7 bereikbaar voor telefonische consultatie en 24/7 beschikbaar om de patiënt te zien voor het nemen van belangrijke beslissingen in de diagnostiek of behandeling. De beschikbaarheid kan ook regionaal worden georganiseerd.

op de toegankelijkheid van de zorg. Het kan dan om de geografische spreiding gaan, bijvoorbeeld van spoedeisende zorg, maar ook om wachttijden of andere beperkingen van de toegankelijkheid.

Tenslotte speelt de Autoriteit Consument en Markt (ACM) een rol binnen de zorg.<sup>9</sup> In het bijzonder is de ACM verantwoordelijk voor de beoordeling van fusies van zorgaanbieders (zorgbedrijven) en -verzekeraars. De ACM ziet er daarbij op toe of zulke fusies niet in strijd zijn met de mededingingswetgeving: ontstaat na de fusie een partij met te grote lokale, regionale of nationale marktmacht?

#### **Kernpunten Het zorgstelsel als geheel**

- In het Nederlandse zorgstelsel worden uitvoerende en bestuurlijke taken uitgevoerd door een veelheid aan overheden en (semi-)private partijen op lokaal, regionaal en landelijk niveau.
- Er zijn verschillende manieren om het zorgstelsel in te delen, bijvoorbeeld naar aard van de zorg, naar doelgroep of naar type aanbieder. In deze bijlage hanteren we een bestuurlijk perspectief, te weten dat van de vijf grote stelselwetten in de zorg.
- Vormen van zorg kunnen onder verschillende stelselwetten vallen (zoals bijvoorbeeld de GGZ).
- Naast de vijf stelselwetten zijn er legio andere wetten die de zorg reguleren (bijvoorbeeld de geneesmiddelenwet) en zijn er nog vele andere partijen in de zorg actief (bijvoorbeeld patiëntenorganisaties).
- Toezichthouders als igj, NZa, ZiN en acm houden toezicht op de zorgaanbieders en de kwaliteit van zorg, maar bewaken ook de correcte en doelmatige besteding van zorggeld.

#### **A4.2 Vijf stelselwetten organiseren de Nederlandse zorg**

De vijf stelselwetten verschillen op een aantal manieren van elkaar. We bekijken ze in deze paragraaf nader, en wel op zes aspecten. Ten eerste hebben de stelselwetten allemaal een andere doelgroep – voor wie regelt de wet de zorg? Ten tweede wordt binnen elke wet een ander soort zorg geleverd – wat is de aard van de zorg? Ten derde verschilt in elke stelselwet de ingang tot en route door de zorg – hoe bewegen patiënten zich door de zorg heen? Een vierde aspect is financiering – waar komt het geld uiteindelijk vandaan en hoe bereikt het de zorgaanbieder? Het vijfde perspectief is dat van de bestuurlijke verantwoordelijkheid per wet – door welke partij of partijen wordt die gedragen? En ten slotte kijken we per stelselwet naar de specifieke situatie rondom kwaliteitsbewaking en toezicht.

Een andere manier om naar de stelselwetten te kijken is door drie cruciale rollen te onderscheiden: die van zorggebruiker, zorgaanbieder en zorginkoper. Anders gezegd, degene die zorg nodig heeft, degene die zorg levert en de partij die ervoor betaalt. In de verschillende deelsectoren worden deze rollen door andere partijen vervuld. Soms speelt één partij meerdere rollen tegelijk, bijvoorbeeld wanneer een patiënt (deels) zijn eigen zorg financiert. In deze paragraaf kijken we vooral naar de drie rollen als de financiering binnen een stelselwet aan de orde komt.

<sup>9</sup> De ACM is niet alleen binnen de zorg actief, maar bijvoorbeeld ook in de telecom, vervoer, post en energie. Dit is anders dan bij IGJ, NZa en ZiN, die alleen binnen de sector zorg (in de brede zin) verantwoordelijkheden hebben.

#### A4.2.1 De Zorgverzekeringswet

De Zorgverzekeringswet (zvw) is waarschijnlijk het meest bekende en voor het grote publiek in ieder geval het meest zichtbare deel van de zorg. In termen van uitgaven gaat het ook om het leeuwendeel van het totaal: voor 2019 hebben we het over circa 50 miljard van de in totaal ruim 100 miljard euro aan zorguitgaven. In het publieke debat wordt dan ook nog wel eens de term ‘zorgstelsel’ gebruikt om naar de Zorgverzekeringswet te verwijzen – in plaats van naar alle vijf stelselwetten gezamenlijk. Huisartsen en ziekenhuizen maar ook apothekers en verloskundigen zijn allemaal voorbeelden van zorgaanbieders die – in ieder geval deels – door de zvw worden gereguleerd en gefinancierd.

##### *Doelgroep en aard van zorg*

De Zorgverzekeringswet regelt de zorg voor iedereen die, tijdelijk of chronisch, zorg nodig heeft die gericht is op verbetering of handhaving van de gezondheid. Het gaat dan bijvoorbeeld om zorg die tijdelijk of éénmalig nodig is, bijvoorbeeld in het ziekenhuis of bij de huisarts na een ongeval. Maar ook zorg die chronische patiënten nodig hebben om verslechtering van hun toestand te voorkomen, valt onder de zvw. Denk bijvoorbeeld aan zorg aan patiënten die vanwege kanker onder behandeling zijn. Het gaat gewoonlijk om vormen van gezondheidszorg die op het individu zijn gericht.<sup>10</sup> De bekendste zorgverleners die onder de wet vallen, zijn huisartsen en medisch-specialisten. Ook geneesmiddelen, kraamzorg, verloskundige zorg, mondzorg voor minderjarigen, geïndiceerde en zorg-gerelateerde preventie op individuele basis, het merendeel van de GGZ voor volwassenen en paramedische zorg vallen (deels) binnen het basispakket van de Zorgverzekeringswet.

##### *Ingang en zorgroute*

De zorgroute van de patiënt start in Nederland gewoonlijk bij de eerstelijnszorg, in het bijzonder bij de huisarts (zie figuur A4.1). Eerstelijnszorg is voor de patiënt rechtstreeks toegankelijk zonder verwijzing, en zonder het eigen risico aan te spreken. Andere eerstelijnszorgaanbieders zijn tandartsen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen. Burgers kiezen zelf naar welke eerstelijnszorgverlener zij gaan. Een eerstelijnszorgverlener kan de patiënt zelf behandelen of, waar dat niet mogelijk is, doorverwijzen naar een andere zorgaanbieder, gewoonlijk in de tweede lijn.<sup>11</sup> Deze rol wordt met name vervuld door huisartsen. De huisarts wordt daarom ook wel omschreven als de poortwachter van de Nederlandse zorg.<sup>12</sup>

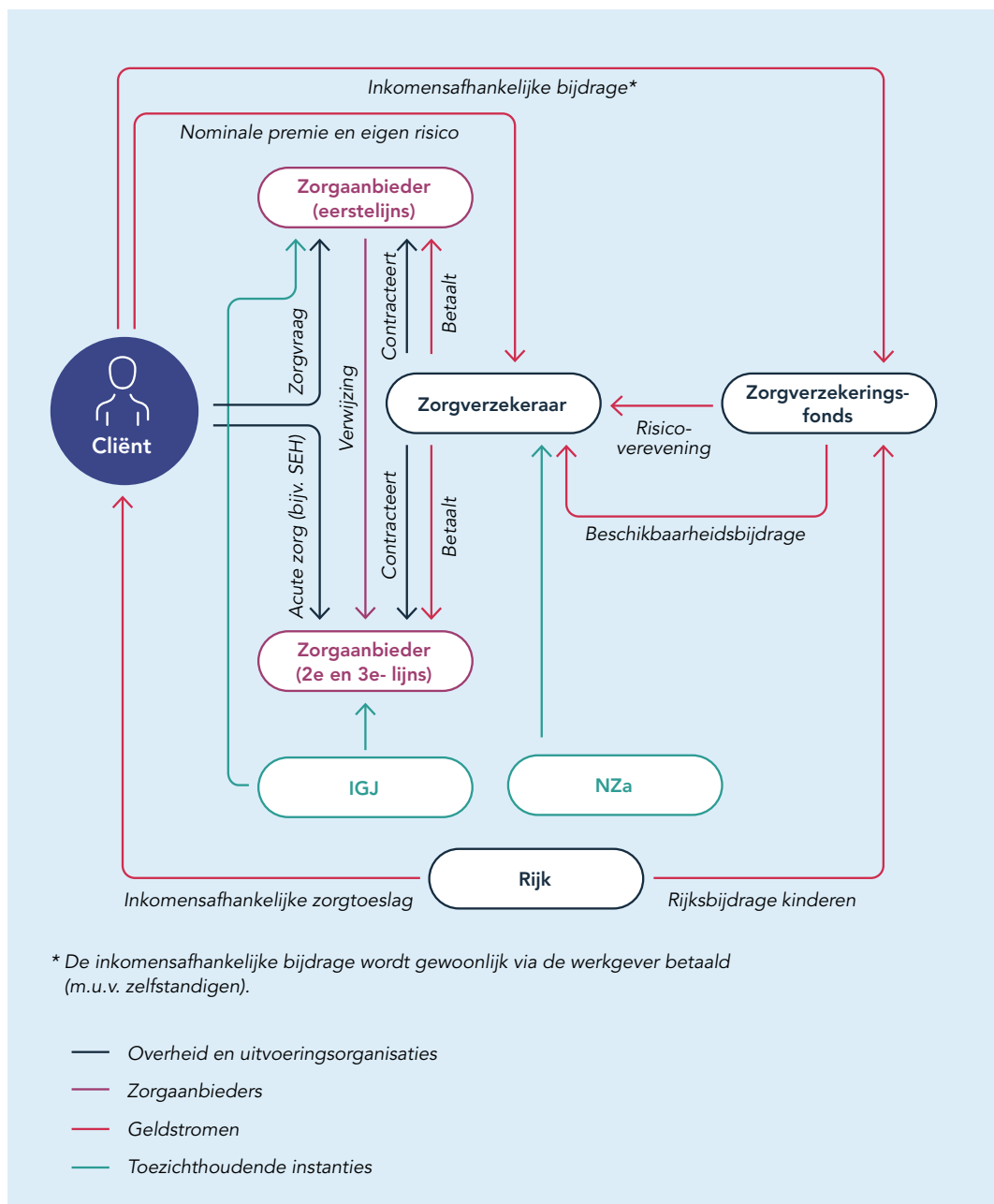
Na een verwijzing vanuit de eerste lijn kan een patiënt eventueel verder behandeld worden in de tweedelijns- of derdelijnszorg. Dan hebben we het met name over medisch-specialistische zorg in (academische) ziekenhuizen, maar ook over een groot deel van de geestelijke gezondheidszorg, bijvoorbeeld in GGZ-instellingen, en over revalidatiezorg. Aanbieders in de tweede- en derdelijnszorg kunnen ook naar elkaar doorverwijzen. Apothekerszorg valt onder de eerstelijnszorg, maar veel medicijnen zijn alleen beschikbaar met een voorschrift (recept) van een arts uit de eerste of tweede lijn.

10 We gaan in paragraaf 5.2.6 van het rapport nader in op de verschillende types preventieve maatregelen die onderscheiden worden.

11 Maar een eerstelijnszorgaanbieder kan ook verwijzen naar andere aanbieders in de eerste lijn, die dus strikt genomen ook rechtstreeks toegankelijk waren geweest. Zo verwijzen huisartsen soms naar psychologen in de eerste lijn.

12 De rol van poortwachter blijkt duidelijk uit het zeer beperkt aandeel doorverwijzingen (6 procent).

**Figuur A4.1** Zorgverzekeringswet (Zvw)

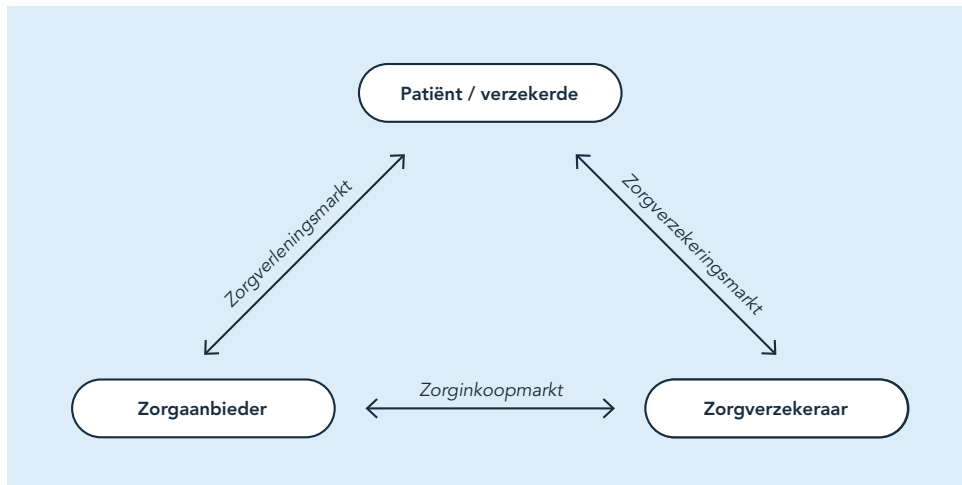


Bovenstaande route geldt voor zorg die planbaar of in ieder geval niet acuut is. Daarnaast kunnen mensen ook de Zorgverzekeringswet instromen via de spoedeisende hulp (SEH). Zij gaan dan ofwel op eigen gelegenheid ofwel via een ambulance naar de SEH van een ziekenhuis, waar triage plaatsvindt. Ze kunnen worden verwezen naar de aan de SEH verbonden huisartsenpost of stromen verder de tweede lijn in.

### Inkoop en financiering

Zorgaanbieders die zorg leveren via de Zorgverzekeringswet worden daarvoor gewoonlijk betaald door de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars spelen binnen deze stelselwet dus de rol van zorginkoper. Iedere Nederlander is verplicht zich bij één van de verzekeraars te verzekeren voor het basispakket. De zorgverzekeraars concurreren met elkaar om de gunsten van burgers – dit noemen we de zorgverzekeringsmarkt (figuur A4.2).

**Figuur A4.2** Schematische weergave van gereguleerde marktwerking in de zorgverzekeringswet



Zorgaanbieders op hun beurt zijn met elkaar in concurrentie om de gunsten van burgers wanneer zij een zorgaanbieder kiezen (zorgverleningsmarkt). Burgers zouden hierbij hun keuze moeten baseren op informatie over de kwaliteit en de prijs van het beschikbare zorgaanbod. Ten slotte wordt de derde deelmarkt gevormd door de zorginkoopmarkt, waar de verschillende zorgverzekeraars zorgaanbieders contracteren om hun patiënten te behandelen. Dat is wezenlijk anders dan in de andere stelselwetten, waar de zorginkoper gewoonlijk een enkele (lokale) overheid of een zelfstandig bestuursorgaan (zbo) is. Dit heet in de wetenschappelijke literatuur ook wel een ‘single payer’-systeem.

Zorgverzekeraars verkopen verschillende typen polissen. De twee belangrijkste categorieën zijn restitutie- en naturapolissen.<sup>13</sup> Bij een restitutiepolis kiest de verzekerde zelf waar hij zorg afneemt en vergoedt de verzekeraar de kosten (restitutie). Deze polis is meestal duurder, maar biedt de grootste keuzevrijheid voor patiënten wat betreft zorgaanbieder. Een zogeheten ‘budget’ of selectieve polis is een vorm van naturapolis, waar de zorg slechts bij een beperkt aantal gecontracteerde zorgaanbieders volledig wordt vergoed. Daar staat tegenover dat de premies voor budgetpolissen weer lager liggen. Een verzekerde met een budgetpolis staat het wel vrij om naar een niet-gecontracteerde zorgverlener te gaan, maar dan vergoedt de zorgverzekeraar 70-80 procent van de doorsnee vergoeding voor de behandeling. Bij een gewone naturapolis heeft de verzekeraar minder scherp geselecteerd dan bij een budgetpolis en voldoet de zorgverzekeraar de rekening rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Het zogeheten ‘hinderpaalcriterium’ bepaalt dat de eigen bijdragen bij dat alles niet zodanig hoog mogen zijn dat ze een wezenlijke ‘hinderpaal’ vormen voor de vrije keuze van de zorgverlener.

Voor elke polis geldt dat iedereen verzekerd is voor een – uiteindelijk door de overheid vastgesteld – basispakket. Het basispakket bevat zorg die als noodzakelijk wordt gezien en waarvoor een collectieve verantwoordelijkheid bestaat. Voor het basispakket hebben zorgverzekeraars een acceptatieplicht en er geldt een verbod op premiedifferentiatie. Dat betekent dat verzekeraars een zorgplicht hebben; zij moeten iedereen accepteren en mogen geen hogere premies vragen voor grotere risico's. Voor burgers geldt een verzekeringsplicht: het is voor alle volwassen inwoners van Nederland verplicht zich voor het basispakket te verzekeren. Daarnaast verkopen zorgverzekeraars aanvullende verzekeringspolissen. Hiermee wordt zorg verzekerd die niet in het basispakket is opgenomen. Voorbeelden zijn tandartszorg voor volwassenen en fysiotherapie voor volwassen niet-chronisch zieken. Voor de aanvullende verzekeringen geldt geen verzekeringsplicht: burgers mogen het risico lopen deze zorg zelf te moeten financieren als zij die nodig blijken te hebben. Ook geldt er geen acceptatieplicht en is premiedifferentiatie toegestaan.

De vergoedingen die zorgverzekeraars uitkeren aan zorgaanbieders worden via verschillende routes opgebracht. Zo betalen alle verzekerden een jaarlijks vastgestelde nominale premie (zij het dat deze voor lagere inkomens via de zorgtoeslag in vergaande mate gerestitueerd wordt). Deze varieert per zorgverzekeraar en polis, maar in 2020 ging het om gemiddeld 1.421 euro per verzekerde per jaar. Samen met het verplichte eigen risico (in 2020 385 euro) en eigen bijdragen aan zorgverleners<sup>14</sup>, vormen de nominale premies 45 procent van de uitgaven in de Zorgverzekeringswet (in 2019, ongeveer 23 miljard euro). Deze componenten zijn voor burgers de meest zichtbare onderdelen van hun jaarlijkse zorguitgaven. Daarnaast betalen werkende verzekerden – gewoonlijk via hun werkgever – een inkomensafhankelijke bijdrage aan het zorgverzekeringsfonds (ruim 25 miljard euro). De hoogte van de inkomensafhankelijke bijdrage wordt bepaald op ongeveer 6 procent<sup>15</sup> van het inkomen tot ongeveer 60.000 euro.<sup>16</sup> De overheid levert ten slotte een Rijksbijdrage aan het Zorgverzekeringsfonds. Deze bijdrage is een tegemoetkoming voor de zorgkosten van minderjarigen en dekt 5 procent van de uitgaven (bijna 3 miljard euro). Het zorgverzekeringsfonds keert de risicovereveningsbijdragen uit aan de zorgverzekeraars (bijna 3 miljard euro). Deze risicovereveningsbijdragen compenseren zorgverzekeraars met een relatief 'zieke' verzekeringspopulatie en daardoor relatief hoge uitgaven. Dit is noodzakelijk om de zorgverzekeringsmarkt stabiel te houden. Zonder de vereveningsbijdrage zouden de zorgverzekeraars met slechtere populatierisico's zodanig hogere premies moeten vragen dat klanten afgeschrikt zouden worden. Dit zou een prikkel voor (impliciete) risicoselectie van de 'goede' risico's creëren en daarmee de zorgverzekeringsmarkt uithollen.

- 
- 14 Voor sommige onderdelen van het basispakket heeft de overheid een verplichte eigen bijdrage vastgesteld. Het gaat dan met name om (para-)medische hulpmiddelen, bijvoorbeeld brillen en contactlenzen met medische indicatie, orthopedische schoenen en hoortoestellen; maar ook om een bijdrage kraamzorg en ziekenvervoer.
- 15 Er zijn in de praktijk twee percentages. De meeste werknemers betalen via de werkgever het hoge percentage van 6,70 procent. Voor sommigen (bijvoorbeeld met een inkomen uit een uitkering) geldt een iets lager tarief van 5,45 procent.
- 16 Het maximumbedrag (en de precieze percentages) worden jaarlijks opnieuw vastgesteld en bedroeg in 2020 57.232 euro.

### Bestuurlijke verantwoordelijkheid, toezicht en kwaliteit

In de Zvw zijn de concurrerende zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de toegang van patiënten tot de zorg uit het basispakket. We noemen dit de zorgplicht.<sup>17</sup>

Zorgverzekeraars hebben vervolgens de taak om met zorgaanbieders te onderhandelen over de zorgverlening. Door (selectief) contracten af te sluiten met zorgaanbieders en daar goede prijs-, kwaliteit- en volumeafspraken in op te nemen, zouden zij moeten voldoen aan de zorgplicht voor hun verzekerden en tegelijk het belang van de premiebetaler bij de betaalbaarheid (zo lage mogelijke premies) moeten behartigen. De gedachte is dat dit verloopt via marktprikkels. Zorgverzekeraars die beter in staat zijn om kwalitatief goede en kosteneffectieve zorg voor hun verzekerden te contracteren, kunnen daardoor lagere premies vragen en zullen meer verzekerden aantrekken. In de praktijk is in recente jaren per jaar ongeveer 7 procent van de verzekerden overstapt naar een andere zorgverzekeraar.

De bestuurlijke eindverantwoordelijkheid voor de Zvw ligt bij de Rijksoverheid. In de praktijk betekent dit dat een aantal bijhorende taken belegd is bij advies- en uitvoeringsorganisaties als het ZIN en de NZa. Zo is de minister van VWS eindverantwoordelijk voor de samenstelling en de omvang van het basispakket. Het Zorginstituut adviseert de minister hierover en kijkt hierbij zowel naar de effectiviteit als naar normatieve aspecten, uitvoerbaarheid en kosten. In het algemeen geldt dat zorg die voldoet 'aan de stand van wetenschap en praktijk' automatisch in het basispakket wordt opgenomen. We noemen dit een 'open pakket' (zie voor meer details hoofdstuk 8). Daarnaast heeft de NZa binnen de Zorgverzekeringswet een bijzondere verantwoordelijkheid voor het monitoren van de zorgverzekeringsmarkt en de positie van de consument daarin. Deze verantwoordelijkheid speelt niet binnen de andere stelselwetten, omdat daar geen vrije keuze van verzekeraar of zorginkoper is. De NZa vult dit onder meer in door jaarlijkse rapportages over het functioneren van die markt, met daarin bijvoorbeeld aandacht voor het onderscheid tussen de verschillende typen polissen.

#### A4.2.2 De Wet langdurige zorg

De Wet langdurige zorg (wlz) is na de Zorgverzekeringswet waarschijnlijk het meest bekende en het meest zichtbare deel van onze zorg. Van de totale zorguitgaven van ongeveer 100 miljard euro werd in 2019 ongeveer 23 miljard uit de wlz gefinancierd. Het gaat dan met name om instellingen voor intramurale langdurige zorg, zoals instellingen voor gehandicaptenzorg, GGZ-instellingen en verpleeghuizen.

#### *Doelgroep en aard van zorg*

De Wet langdurige zorg organiseert en financiert zorg voor mensen met een fysieke, mentale of verstandelijke beperking die een langdurige zorgvraag hebben – vaak voor de rest van het leven. Het gaat binnen de wlz altijd om kwetsbare mensen waar permanent (24 uur per dag) veelal intensieve verzorging, toezicht of zorg aanwezig of in de nabijheid moet zijn. De drie hoofdgroepen waar het hier om gaat, zijn fysiek of psychisch kwetsbare ouderen (ouderenzorg), mensen met een handicap (gehandicaptenzorg) en mensen met een psychische aandoening (GGZ). In de meeste gevallen wordt de zorg binnen de wlz intramuraal geleverd – mensen leven dan permanent in een zorginstelling. Maar wlz-zorg kan ook bij mensen thuis geleverd worden. Denk bijvoorbeeld aan de ondersteuning voor

17

De aard van de zorgplicht hangt af van de afgesloten polis. Bij restitutiepolissen is strikt genomen sprake van een bemiddelingsplicht: zorgverzekeraars moeten het mogelijk maken voor verzekerden om een zorgaanbieder te vinden – en restitueren de kosten voor de geleverde zorg. Naturapolissen – inclusief budgetpolissen – hebben een leveringsplicht van zorgproducten en diensten.



ouderen, of voor ouders van kinderen met een handicap en een permanente zorgvraag. Deze ondersteuning kan bijvoorbeeld verlopen via een persoonsgebonden budget (pgb). Sommige permanente vormen van beschermd wonen, bijvoorbeeld voor mensen met een psychische aandoening of handicap, kunnen ook onder de wlz vallen.

#### *Ingang en zorgroute*

De zorgroute van de patiënt start met een aanvraag voor een indicatiestelling bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), zie figuur A4.3. De aanvraag wordt in principe gedaan door de patiënt zelf. Maar omdat het binnen de wlz gaat om een kwetsbare doelgroep, wordt deze in veel gevallen door een wettelijke vertegenwoordiger (bijvoorbeeld een ouder, of bij dementie een familielid) of zorgverlener verzorgd. Het ciz besluit op basis van de aanvraag of een cliënt in aanmerking komt voor wlz-zorg. Indien dat het geval is, wordt op basis van de individuele behoefte vervolgens in een indicatiebesluit vastgelegd welk zorgprofiel de cliënt heeft en hoe lang de indicatie geldig is. Een zorgprofiel beschrijft de zorgbehoefte van de cliënt aan de hand van de mate van afhankelijkheid, gegeven de aandoening, beperking of handicap. Ook bijvoorbeeld het aanbieden van fysiotherapie in instellingen kan een plaats krijgen binnen een zorgprofiel.

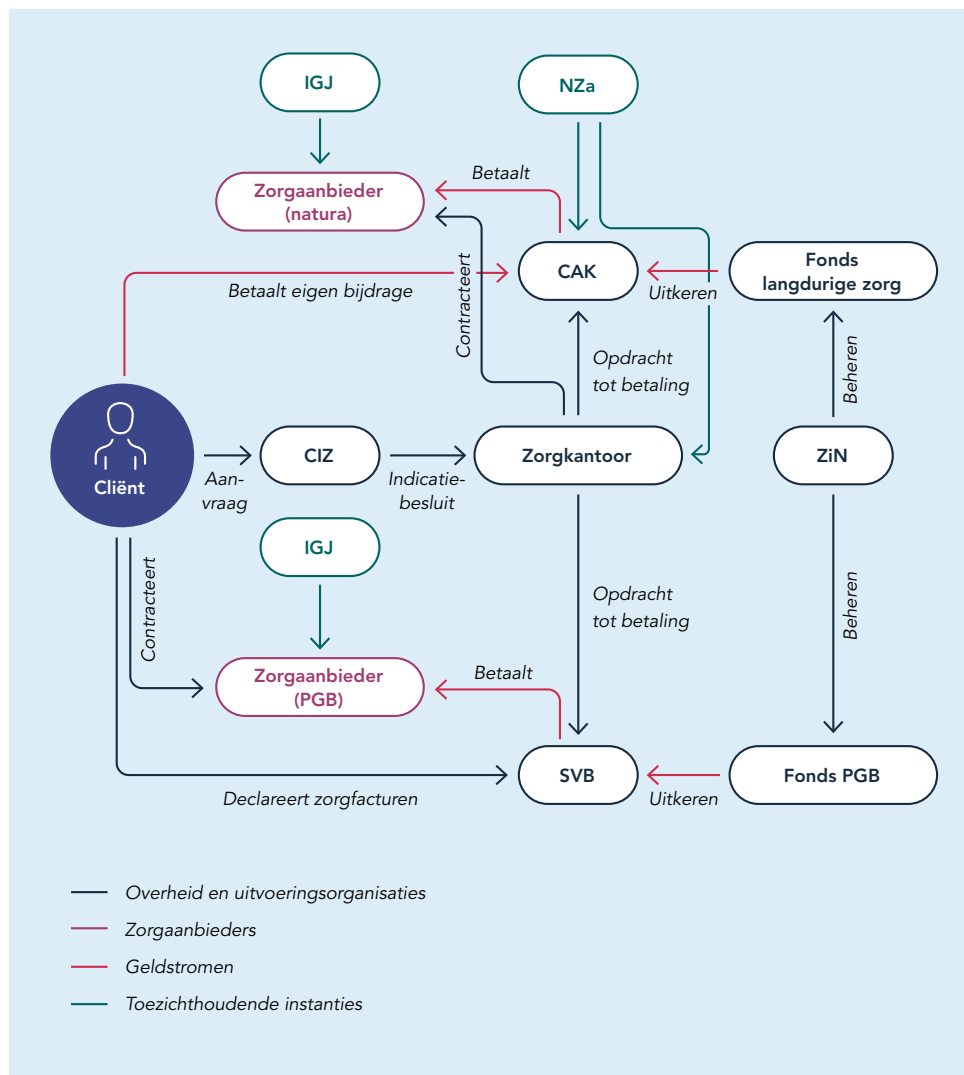
Mensen die recht hebben op zorg die vergoed wordt vanuit de wlz, kunnen kiezen voor verschillende manieren waarop zij die zorg willen ontvangen. In beginsel worden de zorgvormen die onder deze wet vallen, verleend in een zorginstelling. Het indicatiebesluit geeft daartoe dan ook het recht. Er kan echter ook voor gekozen worden om de zorg thuis te ontvangen via een Volledig Pakket Thuis (vpt) of een Modulair Pakket Thuis (mpt), mits de gezondheid er niet op achteruit gaat en de kosten thuis niet hoger zijn dan in de instelling. Een andere mogelijkheid is om de zorg zelf te organiseren met behulp van een persoonsgebonden budget (pGB).

#### *Inkoop en financiering*

De voorkeur voor de vorm waarin de patiënt de zorg wenst te ontvangen, stuurt het CIZ samen met het indicatiebesluit door naar een regionaal zorgkantoor. De zorgkantoren zijn vervolgens verantwoordelijk voor het organiseren en vergoeden van de geïndiceerde zorg. Er zijn 32 regio's; de zorgverzekeraar die binnen een regio het grootst is, organiseert via het zorgkantoor de zorg voor iedereen die in die regio woonachtig is en daar recht op heeft. Dat doen de kantoren door zo doelmatig mogelijke afspraken te maken met zorgverleners die langdurige zorg leveren, zoals instellingen voor gehandicaptenzorg, GGZ-instellingen en verpleeghuizen.

De wlz functioneert dus als een regionale *single payer*: binnen elke regio is er maar één zorginkoper en bestaat er geen zorgverzekeringsmarkt. Dit is wezenlijk anders dan binnen de zvw, waar zorgverzekeraars met elkaar concurreren.<sup>18</sup> Net als binnen de zvw is er echter ook binnen de wlz sprake van concurrerende zorgaanbieders (zorginkoopmarkt – figuur A3.2). De gereguleerde marktwerking in de wlz is dus minder ver doorgevoerd dan in de zvw. Zoals we zullen zien, geldt dat ook voor de andere drie stelselwetten.

Figuur A4.3 Wet langdurige zorg (Wlz)



De Wlz is een verzekering die collectief gefinancierd wordt door middel van inkomensafhankelijke premies. De hoogte van de premies wordt bepaald door het Rijk en wordt geïnd door over de eerste twee belastingschijven een percentage van het inkomen in te houden.<sup>19</sup> De ingehouden premies worden gestort in het Fonds langdurige zorg (Flz), dat het Zorginstituut Nederland beheert. In 2019 ging het hierbij om ongeveer 16 miljard euro. Het Flz ontvangt daarnaast middelen uit eigen bijdragen van cliënten (bijna 2 miljard euro) en rijksbijdragen van in totaal rond de 5 miljard euro.<sup>20</sup> Wanneer de zorg in natura wordt ontvangen, maakt het Zorginstituut het geld uit het Flz over naar het CAK (ongeveer 21 miljard euro). In opdracht van de zorgkantoren is het CAK

19 In 2019 was dat percentage 9,65 procent. NB: door de gemaximeerde grondslag (eerste twee schijven voor de Wlz, een vast bedrag in de Zvw) neemt zowel de premiebijdrage aan de Wlz als de inkomensafhankelijke bijdrage voor de Zvw niet progressief toe. Hoge inkomens betalen dus in absolute zin meer aan beide stelselwetten, maar in relatieve zin minder. Via andere wegen (inkomensafhankelijke zorgtoeslag in de Zvw) en financiering uit de algemene middelen in de Zvw en Wlz is een deel van de financiering alsnog progressief van aard.

20 Sinds 2019 wordt niet meer gewerkt met een in een kabinetsperiode lastendekkende premie voor het Flz. De aanleiding hiervoor waren de fors toegenomen lasten als gevolg van de kwaliteitsimpuls verpleeghuizen. Om die lasten te kunnen dragen is aan de al bestaande Rijksbijdrage (RIJK) een aanvullende rijksbijdrage toegevoegd ([http://www.rijksbegroting.nl/2019/voorbereiding/begroting,kst248591\\_31.html](http://www.rijksbegroting.nl/2019/voorbereiding/begroting,kst248591_31.html)).

verantwoordelijk voor de uitbetaling aan zorgaanbieders, en voor het incasseren van de eigen betalingen. Het geld voor de pgb's (ongeveer 2 miljard) ten slotte wordt door de Sociale Verzekeringsbank (SVB) uitbetaald aan de zorgaanbieders, zie figuur A4.3.

#### *Bestuurlijke verantwoordelijkheid, toezicht en kwaliteit*

Net als in de Zvw is de Rijksoverheid bestuurlijk verantwoordelijk voor de wlz. Zo stelt het Rijk – bijvoorbeeld via de kwaliteitskaders opgesteld door het Zorginstituut – vast aan welke kwaliteitseisen zorg in de wlz moet voldoen. De zorgkantoren – effectief de dominante zorgverzekeraar in een regio – zijn verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende en kwalitatief goede zorg voor de verzekerden in die regio. Zij onderhandelen hierover met zorgaanbieders en dragen de directe verantwoordelijkheid voor doelmatige uitgaven en kwalitatieve zorg. Net als in de rest van de zorg houdt de NZa toezicht op deze zorginkoop en betalingen – in dit geval op het CAK, de zorgkantoren en de zorgaanbieders – en houdt de IGT toezicht op de veiligheid en kwaliteit van de zorg.

#### A4.2.3 De Wet maatschappelijke ondersteuning

De Wet maatschappelijke ondersteuning (wmo) wordt sinds 2015 op gemeentelijk niveau georganiseerd. De totale uitgaven over alle Nederlandse gemeenten waren in 2019 een ruime 5 miljard euro.<sup>21</sup> Het gaat dan onder meer om huishoudelijke hulp en ondersteuning voor mantelzorgers, maar ook om dagbesteding, vormen van beschermd wonen en de opvang van daklozen.

#### *Doelgroep en aard van zorg*

De centrale doelstelling van de zorg die vanuit de wmo wordt georganiseerd en gefinancierd, is bevordering van de participatie van mensen met een handicap, of mensen met chronische, psychische of psychosociale problematiek in de samenleving. In alle gevallen gaat het om veel lichtere vormen van zorg dan binnen de wlz: wmo-zorg is bedoeld voor mensen die ten minste deels zelfredzaam zijn maar ondersteuning nodig hebben om maatschappelijk te kunnen functioneren, tijdelijk of langdurig. De ondersteuning is erop gericht burgers zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving te

laten blijven, en ze daarin te laten participeren. Denk hierbij aan huishoudelijke hulp en dagbesteding, maar ook maatschappelijke opvang in een crisisopvang, opvang voor dak- en thuislozen, sport en bewegen.

De notie van ondersteuning staat bewust centraal binnen de wmo. In tegenstelling tot de zvw en wlz, die als (volks)verzekeringen een aanspraak op bepaalde zorg formuleren, is zorg vanuit de wmo geen recht. De wmo gaat ervan uit dat burgers primair een eigen verantwoordelijkheid hebben voor de wijze waarop zij deelnemen aan de maatschappij en hun leven inrichten. De wet ondersteunt hen indien en waar nodig. Er wordt verwacht dat mensen worden bijgestaan door hun sociale netwerk op het moment dat zij daar minder goed toe in staat zijn. Mocht de steun vanuit de eigen omgeving onvoldoende blijken, dan is het mogelijk een beroep te doen op de gemeente, die vervolgens een algemene of maatwerkvoorziening dient te treffen. Daarmee zijn gemeenten ook een grotere rol gaan spelen bij het ondersteunen van behoeftigen en hun mantelzorgers.

21

Bron CBS, zie: <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/korte-onderzoeksbeschrijvingen/uitgaven-wet-maatschappelijke-ondersteuning>.



gevraagd. Sinds 2020 gaat het om een vast ‘abonnementstarief’ van 19 euro per maand, te betalen aan het CAK. AOW-gerechtigden – en in sommige gemeenten sociale minima – hoeven de eigen bijdrage niet te betalen.

De financiering van de zorg uit de wmo komt uiteindelijk van de gemeentelijke begrotingen. Op hun beurt krijgen gemeenten het grootste deel van hun middelen van het Rijk, via het Gemeentefonds. Een deel van deze middelen is bedoeld voor de wmo. Gemeenten kunnen dit aanvullen met middelen uit de algemene gemeentelijke belastingen, met name de onroerendzaakbelasting.

#### *Bestuurlijke verantwoordelijkheid, toezicht en kwaliteit*

Middelen zijn binnen de geldstromen die gemeenten ontvangen, niet geoormerkt voor de wmo: gemeenten mogen ze uitgeven aan andere beleidsprioriteiten, mits ze aan een door het Rijk geformuleerde wettelijke basisnorm voor kwaliteit blijven voldoen. De wmo schrijft aan gemeenten niet voor hoe zij die norm bereiken en gemeenten hebben de beleidsvrijheid om ruimere voorzieningen te bieden. Over zulke beleidskeuzes legt het college van burgemeesters en wethouders (B en W) verantwoording af aan de gemeenteraad. Dit vormt een potentiële bron van verschil tussen gemeenten in de kwaliteit en omvang van wmo-voorzieningen.

In tegenstelling tot de andere stelselwetten wordt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de wmo niet uitgeoefend door de IGJ, maar is dit een gemeentelijke verantwoordelijkheid. In 2020 heeft de IGJ een kritisch rapport geschreven over de kwaliteit van dit toezicht.<sup>22</sup> Geconstateerd werd dat het te lang duurt voordat het wmo-toezicht in Nederland overal van een gelijkwaardig en voldoende niveau is. Net als elders in de zorg houdt de ACM toezicht op de mededinging, bijvoorbeeld door het reguleren van fusies van thuiszorgorganisaties om een te grote lokale of regionale marktmacht van zorgaanbieders te voorkomen.

#### A4.2.4 De Jeugdwet

De Jeugdwet wijkt op drie manieren wezenlijk af van de andere stelselwetten. Het is de enige stelselwet die heel strikt naar leeftijd van de doelgroep is gedefinieerd en minder naar aard van de zorg. Ten tweede speelt onvrijwilligheid binnen de Jeugdwet een grote rol, terwijl binnen de andere stelselwetten vrijwilligheid het uitgangspunt is.<sup>23</sup> Ten slotte gaat het binnen de Jeugdwet vaak om zorg die geleverd wordt vanuit één van de andere stelselwetten (met name de zvw of de wlz), met de gemeente als verantwoordelijke coördinerende partij.

#### *Doelgroep en aard van zorg*

Het doel van de Jeugdwet is om kwetsbare kinderen en jongeren tot 18 jaar zoveel mogelijk te laten meedoen in de maatschappij. Binnen de jeugdzorg zijn er drie verschillende opties: jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering.<sup>24</sup> De verantwoordelijkheid voor het gezond en veilig opgroeien ligt in eerste instantie bij de ouders of verzorgers en de jeugdigen zelf. Mocht het opvoeden of het opgroeien niet goed gaan, dan dienen de ouders of verzorgers die belast zijn met het ouderlijk gezag daarin actie te ondernemen. Als dat niet

22 De Boer et al. 2019.

23 Dat betekent niet dat onvrijwilligheid daar helemaal niet aan de orde is. Met name binnen de GGZ (wlz en zvw) speelt onvrijwillige zorg potentieel een rol. Ook binnen de publieke gezondheidszorg kan dat het geval zijn als er sprake is van besmettelijke infectieziekten (bijvoorbeeld verplichte quarantaine).

24 Jeugdzorg kan in bepaalde gevallen doorlopen tot het 23e levensjaar, maar dan moet de gemeente of de rechter expliciet daartoe besluiten.



Als vrijwillige hulp onvoldoende is, of wanneer ouders de hulp die in het vrijwillige kader wordt aangeboden weigeren, is het mogelijk om over te gaan tot gedwongen jeugdzorg. In het geval van gedwongen jeugdzorg wordt gesproken van jeugdbescherming: een maatregel die de rechter dwingend oplegt wanneer een gezonde en veilige ontwikkeling van een kind of jongere in de leeftijd van 0 tot 18 jaar (ernstig) wordt bedreigd en vrijwillige hulp niet (voldoende) helpt. De Raad voor de Kinderbescherming heeft de wettelijke taak om, op verzoek van een daartoe bevoegd orgaan (bijvoorbeeld hulpverleners, het Openbaar Ministerie, het college van B en W), de noodzaak van een kinderschermingsmaatregel te onderzoeken. De kinderrechter kan vervolgens besluiten om het kind onder toezicht te stellen. Een dergelijk besluit wordt ook wel een jeugd- of kinderschermingsmaatregel genoemd en heeft gevolgen voor de vrijheid van de jeugdige en het ouderlijk gezag. De minst ingrijpende jeugdbeschermingsmaatregel is de onder toezichtstelling (OTS).<sup>25</sup> In dat geval blijft de jeugdige thuis wonen bij degene(n) die het ouderlijk gezag over hem draagt/dragen, maar deze dient/dienen de betrokkenheid van een gezinsvoogd te accepteren die dwingend aanwijzingen kan geven met betrekking tot de opvoeding. Een ingrijpendere maatregel is de machtiging tot uithuisplaatsing (MUHP).

De jeugdreclassering, ten slotte, is een vreemde eend binnen de jeugdzorg, die valt onder de brede noemer jeugdbescherming. Jeugdreclassering omvat de begeleiding van jeugdigen die een strafbaar feit hebben begaan en is in zeker opzicht vergelijkbaar met de gewone reclassering van veroordeelde volwassenen. Het verschil is echter dat de vrijheidsbeperking van de jeugdige gepaard gaat met een wijziging in het ouderlijk gezag, wat gezien kan worden als een inbreuk op het gezinsleven. Zo'n inbreuk kan alleen gerechtvaardigd worden na tussenkomst van de Raad voor de Kinderbescherming en een (kinder)rechter.

### *Inkoop en financiering*

Gemeenten hebben op basis van de Jeugdwet een aantal taken en plichten, waaronder het organiseren van voldoende jeugdhulpaanbieders en het treffen van voorzieningen op het gebied van jeugdhulp. In het kader van jeugdbescherming en -reclassering hebben zij de plicht om te voorzien in een toereikend aanbod van gecertificeerde instellingen. Gecertificeerde instellingen zijn rechtspersonen die daarvoor in het bezit dienen te zijn van een kwaliteitscertificaat van het ministerie van Veiligheid en Justitie. De instellingen zijn daardoor bevoegd om de jeugdbeschermingsmaatregelen uit te voeren. Gemeenten dienen vervolgens contracten af te sluiten met gecertificeerde instellingen, zodat zij kunnen waarborgen dat er altijd voldoende en verantwoorde zorg aan jeugdigen geboden kan worden. Met name voor gespecialiseerde jeugdzorg kunnen die instellingen (ver) buiten de gemeentegrenzen staan. Net als bij de wmo (en wlz) is in de Jeugdwet dus sprake van een enkele lokale zorginkoper (de gemeente) en concurrerende aanbieders. Financiering van de Jeugdwet verloopt op dezelfde manier als bij de wmo. Ook hier bepalen de gemeenten zelf hoe zij het geld uit het Gemeentefonds besteden en maken zij geld over naar de SVB voor cliënten die zelf de zorginkoop regelen met een pgb.

### *Bestuurlijke verantwoordelijkheid, toezicht en kwaliteit*

De gemeente draagt de verantwoordelijkheid voor het toekennen en prioriteren van middelen in de Jeugdwet. Daarover legt zij vervolgens verantwoording af aan de gemeenteraad. Ook hier geldt dat de situatie voor de Jeugdwet vergelijkbaar is met die voor de wmo. Voor zorg die in het kader van de Jeugdwet geleverd moet worden vanuit een andere stelselwet – bijvoorbeeld vanuit de langdurige zorg als permanente intramurale verzorging van een jeugdige nodig is, of vanuit de Zvw bij andere vormen van zorg – is de gemeente verantwoordelijk voor het coördineren en garanderen van deze zorg. Ook in de Jeugdwet geldt dat onverschillig van de vorm en de locatie de IGJ – samen met het ministerie van Veiligheid en Justitie – de veiligheid en kwaliteit van de geleverde zorg controleert. In 2019 is aanvullend als toezichthouder voor de jeugdhulp de Jeugdautoriteit opgezet om de continuïteit van cruciale vormen van jeugdzorg te borgen door onder andere bemiddeling bij de zorginkoop.

#### A4.2.5 De Wet publieke gezondheid

Via de Wet publieke gezondheid (wpg) worden allerlei vormen van preventie in de zorg georganiseerd en gefinancierd. Deze wet is van een andere orde dan de voorgaande vier, omdat deze gericht is op gezondheidsbevordering en -bescherming (public health) en dus op het voorkómen van zorg en niet op het verlenen ervan. Daarnaast is de wet anders omdat deze specifiek groepen aanspreekt in plaats van individuele zorg regelt. Niet alle preventie in de Nederlandse zorg valt onder de wpg. Ook in de andere stelselwetten wordt zorg gefinancierd die preventief van aard is, en daarnaast kan preventie ook van buiten de zorg georganiseerd of gefinancierd worden. Van alle stelselwetten wordt aan de wpg verreweg het minst uitgegeven. In 2019 ging het hierbij om ruim 700 miljoen euro.

### *Doelgroep en aard van zorg*

De wpg is het wettelijk kader voor de publieke gezondheidszorg. Onder publieke gezondheidszorg in de wpg wordt verstaan: “gezondheidsbeschermende en gezondheidbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten”. We spreken dan van preventie.

Er zijn in algemene zin drie typen preventie. *Ziektepreventie* gaat om het voorkomen van ziekte, bijvoorbeeld door screening en vaccinaties. *Gezondheidsbevordering* bevordert een gezonde leefstijl. Naast interventies in het medische domein, zoals voorlichting en stop-met-rokenprogramma's, is ook de verbinding met het sociale domein en de leefomgeving hier belangrijk. Voorbeelden zijn aandacht voor schuldenproblematiek, het creëren van speelruimte in wijken, of voorlichtings- en trainingsprogramma's.<sup>26</sup> *Gezondheidsbescherming*, ten slotte, gaat om het beschermen van de bevolking tegen gezondheidsbedreigende factoren. Voorbeelden hiervan zijn de kwaliteitsbewaking van drink- en zwemwater, afvalverwijdering en verkeersveiligheid. De drie vormen van preventie vloeien soms ook in elkaar over. Vaccinaties beschermen immers tegen infectieziekten en zouden dus ook onder gezondheidsbescherming kunnen vallen. Hetzelfde geldt voor bescherming tegen passief roken, waarvoor maatregelen in de publieke ruimte zijn genomen. Van de totale uitgaven binnen de wpg in 2019 ging ruim 500 miljoen euro naar ziektepreventie, 125 miljoen euro naar gezondheidsbescherming en ruim 60 miljoen naar gezondheidsbevordering.



Een andere indeling van preventie of publieke gezondheidszorg is die naar doelgroep. Dan hebben we het bijvoorbeeld over collectieve of universele preventie, die gericht is op de gehele bevolking. Voorbeelden hiervan zijn de aanleg van riolering of wettelijke bepalingen om fijnstof tegen te gaan. Selectieve preventie richt zich op mensen met een verhoogd risico, om te voorkomen dat zij daadwerkelijk ziek worden. Een voorbeeld hiervan is de borstkankerscreening voor vrouwen tussen de 50 en 75 jaar en het Rijksvaccinatieprogramma. In al deze gevallen gaat het om mensen die (nog) niet ziek zijn. Preventie gericht op mensen met een gezondheidsprobleem is niet collectief maar individueel (geïndiceerde of zorggerelateerde preventie) en valt niet binnen de wpg, maar binnen de Zvw of wlz.

### *Ingang en zorgroute*

Uniek aan de wpg, vergeleken met de andere stelselwetten, is dat de doelgroep van de geleverde zorg (nog) geen zorgvraag heeft. In de meeste andere stelselwetten meldt een patiënt of vertegenwoordiger zich voor diagnostiek of behandeling of voor een indicatiestelling. Voor de zorg in de wpg zijn ingang en zorgroute anders; deze hangen vaak af van het type preventie. Voor gezondheidsbeschermende maatregelen – zoals maatregelen ter verbetering van de lucht- of waterkwaliteit – geldt dat als ze uitgevoerd worden, iedereen in een gebied er toegang toe heeft. Het is immers universele preventie.

Voor ziektepreventie ligt dat anders. Hier moet een risicogroep (selectieve preventie) een vorm van interventie of diagnostiek ondergaan. In het Nationaal Programma voor Bevolkingsonderzoek zijn acht vormen van screening opgenomen waaraan mensen vrijwillig en gratis kunnen meedoen. Voorbeelden zijn de bevolkingsonderzoeken naar dikkedarm-, borst- en baarmoederhalskanker, maar ook prenatale screening bij zwangere vrouwen en het hielprikprogramma waarin pasgeborenen worden gescreend op een ernstige, veelal erfelijke en potentieel behandelbare ziekte. Mocht het onderzoek aanleiding geven tot vervolgonderzoek of behandeling, dan vindt dat vervolgens elders in de zorg – gewoonlijk binnen de Zvw – plaats. Een vergelijkbare procedure speelt bij de vaccinaties die binnen het Rijksvaccinatieprogramma gegeven worden aan baby's, kinderen, tieners en zwangeren: zij ontvangen een oproep voor vaccinatie en kunnen vrijwillig en kosteloos deelnemen. Voor kinderen van 0-4 jaar verlopen vaccinaties, de hielprik en de gehoortest via de gemeentelijke consultatiebureaus.

Voor gezondheidsbevorderende maatregelen, ten slotte, geldt dat een grote diversiteit aan maatregelen onder deze categorie valt. Zoals bovengenoemd zijn die vooral op de leefstijl gericht. Voor zover het interventies in het medische domein betreft, zijn die meestal individueel of op risicogroepen gericht. Vaak vinden zulke programma's plaats op scholen – bijvoorbeeld gericht op bewegen, sociaal-emotionele ontwikkeling of roken, drugs en alcohol – maar in sommige gevallen ook op andere plaatsen – bijvoorbeeld bij de huisarts (stop-met-rokenprogramma), in buurtcentra of op consultatiebureaus. Maatregelen die te maken hebben met de fysieke en sociale leefomgeving, zoals het creëren van speelruimte of een rookvrije ruimte, zijn enigszins vergelijkbaar met gezondheidsbeschermende maatregelen in de zin dat ze de doelgroep 'vanzelf' toegang bieden. Voor voorlichtings- en trainingsprogramma's die een gezondere leefstijl proberen te bewerkstelligen, hangt de ingang erg af van de plaats en de doelgroep.

### *Inkoop en financiering*

Voor de wpg bestaan geen landelijk vastgestelde bekostigingsregels. Net als voor de wmo en de Jeugdwet geldt dat elke gemeente eigen regels en voorwaarden vaststelt en vastlegt in een gemeentelijke verordening. De financiering komt van de gemeentelijke begroting en dus – net als bij de wmo – uiteindelijk uit het Gemeentefonds en de gemeentelijke belastingen. Gemeenten hebben binnen de wpg veel beleidsvrijheid om preventieprogramma's en ouderengezondheidszorg te organiseren. Zo kunnen ze ervoor kiezen om aanvullende initiatieven, bovenop hun wettelijke verantwoordelijkheden, te financieren. Het verschilt dan ook per gemeente in welke mate wordt geïnvesteerd in deze vormen van preventie: sommige gemeenten doen relatief weinig aan preventieprogramma's.<sup>27</sup>

Gemeenten en zorgverzekeraars hebben hierbij ook een gedeelde verantwoordelijkheid om de gezondheid van kwetsbare groepen te verbeteren. Financiering van bevolkingsonderzoek en het Rijksvaccinatieprogramma vindt plaats via de Rijksbegroting en is kosteloos voor de gebruiker.

### *Bestuurlijke verantwoordelijkheid, toezicht en kwaliteit*

Uitvoerende en bestuurlijke taken voor de publieke gezondheidszorg zijn verdeeld over een aantal partijen. Op landelijk niveau gaat het om de nationale overheid, specifiek de minister van vws, met het RIVM als uitvoerings- en adviesorganisatie. Op lokaal niveau gaat het om de gemeente, en vindt uitvoering plaats door de ggd'en (gemeentelijke gezondheidsdiensten). De wpg vormt het wettelijke kader voor al deze activiteiten en verantwoordelijkheden en voor de samenwerking tussen de verschillende actoren. Verantwoordelijkheden die onder de wpg vallen, zijn daarbij in te delen in vier categorieën, deels naar doelgroep gedefinieerd. Ten eerste zijn dit algemene taken voor de publieke gezondheidszorg, zoals preventieprogramma's voor gezondheidsbevordering of preconceptionele voorlichting voor ouders. Ten tweede valt onder de jeugdgezondheidszorg de actieve zorg voor vaccinaties en het systematisch volgen en opsporen van gezondheidsrisico's voor jongeren. Ten derde gaat het om algemene preventieve maatregelen voor infectieziektebestrijding. En ten slotte vallen onder ouderengezondheidszorg binnen de wpg het systematisch volgen en monitoren van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren.

De minister van vws is beleidsverantwoordelijke voor de landelijke samenhang van de publieke gezondheidszorg en preventie, en voor het vastleggen van het (minimum) aanbod op dit terrein. De minister stelt een landelijke nota over gezondheidsbeleid en onderzoek op het gebied van de publieke gezondheid vast. Daarnaast bepaalt het Rijk de inhoud van het Rijksvaccinatieprogramma en van het Nationaal Programma Bevolkingsonderzoek. De Gezondheidsraad adviseert hierbij en het RIVM coördineert, registreert, bewaakt en evalueert de uitvoering van de vaccinatieprogramma's en de bevolkingsonderzoeken. In speciale omstandigheden – zoals bij de bestrijding van COVID-19 – heeft de Rijksoverheid ook de regie over de infectieziektebestrijding, opnieuw met advies van het RIVM.

Op lokaal niveau liggen bestuurlijke verantwoordelijkheden bij de gemeenten. Zij vullen de uitvoering van het preventiebeleid in het kader van de wpg lokaal in. De gemeenteraad stelt – mede op basis van de landelijke nota – een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast. Daarin wordt vastgelegd wat de doelstellingen zijn op het gebied van de jeugd- en ouderengezondheidszorg en infectieziektebestrijding, welke acties de gemeente

onderneemt om deze doelstellingen te realiseren en welke resultaten de gemeente wenst te behalen. Het college van B en W zorgt ervoor dat dit programma wordt uitgevoerd – eventueel door hiervoor een organisatie te contracteren. Ook verplicht de wpg gemeenten tot het instellen en financieren van een ggd, die gewoonlijk verantwoordelijk is voor de uitvoering van de wettelijke verantwoordelijkheden. De wet schrijft ook voor dat het college van B en W de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg bevordert en afstemt met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. De IGJ, ten slotte, houdt toezicht op de partijen binnen de publieke gezondheidszorg en de zorginstellingen die een rol spelen bij de signalering, de preventie en de bestrijding van infectieziekten.

#### **Kernpunten De vijf stelselwetten**

- De vijf stelselwetten (Zorgverzekeringswet, Wet langdurige zorg, Wet maatschappelijke ondersteuning, Jeugdwet en Wet publieke gezondheid) regelen de zorg in Nederland voor verschillende doelgroepen.
- Het systeem van gereguleerde marktwerking bestaat in de Zorgverzekeringswet uit drie markten: de zorgverzekeringsmarkt (concurrentie tussen verzekeraars om verzekerden), de zorgverlenersmarkt (concurrentie tussen zorgaanbieders om patiënten) en de zorginkoopmarkt (zorgverzekeraars contracteren zorgaanbieders).
- Binnen de andere stelselwetten is de zorginkoper gewoonlijk een enkele lokale overheid of een zbo ('single payer').
- Binnen de vijf stelselwetten is een veelvoud aan partijen betrokken, lopen vele verschillende geldstromen en zijn diverse toezichthoudende en controlerende instanties actief.

### **A4.3 Grensproblemen en ontschotting**

Zoals deze bijlage duidelijk maakt, is het Nederlandse zorgstelsel complex en veelvormig. In de praktijk komt het er vaak op neer dat een patiënt met meerdere aandoeningen bij een veelvoud aan instanties en personen moet aankloppen om de gewenste zorg te krijgen. De patiënt loopt dus tegen grenzen in het zorgstelsel aan, ook wel 'schotten' genoemd. Niet alleen zorggebruikers maar ook zorgverleners lopen tegen deze schotten aan. Er kunnen verschillende soorten schotten worden onderscheiden die op verschillende plekken in het zorgstelsel aangrijpen.<sup>28</sup> Zo zijn er reguleringsschotten, waarbij de regelgeving de basis vormt van de schotten. Daarnaast zijn er financiële schotten (bijvoorbeeld aparte financiering van verschillende aanbieders en wetten), en schotten in de praktijk (bijvoorbeeld slecht samenwerkende zorgaanbieders). De schotten kunnen zich bevinden tussen zorg en andere domeinen (bijvoorbeeld het onderwijs), tussen verschillende stelselwetten binnen de zorg (bijvoorbeeld wlz en zvw), tussen sectoren van de zorg (bijvoorbeeld eerste- en tweedelijnszorg), tussen zorgaanbieders binnen een bepaalde sector (bijvoorbeeld tussen ziekenhuizen) en tussen bijvoorbeeld verschillende specialisten binnen een zorginstelling. In box A4.2 geven we twee voorbeelden van schotten in de zorg.

**Box A4.2 Voorbeelden van schotten in de zorg***Ouderen tussen wal en schip (een reguleringschot)*

Om een beroep te kunnen doen op de Wlz, dient de benodigde zorgvraag een blijvend karakter te hebben. Indien dat niet het geval is, komt de zorgbehoevende vaak bij de Wmo terecht. Hier ligt de nadruk op zelfredzaamheid en participatie, waarbij een zorgbehoevende aanspraak kan doen op een bepaalde dienst (bijvoorbeeld boodschappendienst) of aanpassing (bijvoorbeeld aanbouw van de woning). Uit het rapport *Zorgen voor thuiswonende ouderen van het scp* blijkt dat er een groep thuiswonende ouderen is die op grond van deze criteria tussen wal en schip valt.<sup>29</sup> Deze groep ouderen voldoet niet aan de toelatingscriteria van de Wlz, maar is toch te kwetsbaar om thuis te wonen. Zij komen niet in aanmerking voor de Wlz als zij in staat zijn om te beoordelen of het nodig is om alarm slaan en daarnaar te handelen. Voor deze doelgroep is niettemin meer of andere zorg nodig dan vanuit bijvoorbeeld de Wmo en het sociale netwerk geboden kan worden. Ook als iemand wél vanuit de Wmo naar de Wlz kan gaan, lijken er problemen te ontstaan. In sommige gevallen is er een 'zorgval', waarbij de overgang tussen beide wetten leidt tot een hogere eigen bijdrage, andere zorgverleners en minder uren zorg (bijvoorbeeld in het geval van wachtlijsten).

*'Wrong pocket'-probleem (een financieel schot)*

De baten die de invoering van een preventieve maatregel oplevert, slaan vaak niet neer bij dezelfde partij die de zorg levert. Dit probleem staat ook wel bekend als het 'wrong pocket'-probleem.<sup>30</sup> Mensen die door toedoen van een fysiotherapeut meer bewegen leven gezonder en hebben later bijvoorbeeld minder kans op hart- en vaatziekten.<sup>31</sup> De zorgverzekeraar die de fysiotherapeut financiert, ontvangt echter niet per se de baten van de interventie. Zelfs als een interventie wel gericht is op de verzekerden van één zorgverzekeraar, bestaat het risico dat de cliënt het jaar erop van zorgverzekeraar wisselt. De baten kunnen dan alsnog bij een andere zorgverzekeraar terecht komen. Als een partij te weinig baat heeft bij een interventie ten opzichte van de kosten, is er een prikkel om deze niet uit te voeren. Dit probleem kan zich ook voordoen tussen verschillende financiers. Bijvoorbeeld als de gemeente de investeerder is van een interventie, terwijl de baten voornamelijk bij de zorgverzekeraar neerslaan.

Schotten worden veelal geïnterpreteerd als barrières die het leveren van de gewenste zorg in de weg staan. Een schot hoeft echter niet per definitie negatief te zijn. Schotten zijn organisatiestructuren die de zorg bestuurbaar houden en bekostiging mogelijk maken. Bovendien zijn ze een gevolg van toegenomen kennis en specialisatie. Ontwikkelingen binnen de samenleving en de gezondheidszorg kunnen er echter wel toe leiden dat schotten die eerder wenselijk waren nu negatieve uitwerkingen hebben. Zo heeft bijvoorbeeld de verbetering van de gezondheidszorg ervoor gezorgd dat veel aandoeningen beter te behandelen zijn, wat resulteert in een langere levensverwachting maar met chroniciteit, zoals bijvoorbeeld bij kanker of bij AIDS. Bij patiënten met chronische aandoeningen, en zeker als het gaat om ouderen, speelt ook vaak multimorbiditeit. Waar patiënten vroeger een enkele ziekte hadden en binnen één specialisme of deel van de zorg terecht konden, zijn ze nu genoodzaakt om hun zorg bij meerdere zorgaanbieders en instanties te zoeken.

---

29 De Klerk et al. 2019.

30 Verhoeks en Soeters 2015.

31 Maassen 2018.

Hierbij lopen ze vervolgens tegen de bijbehorende schotten aan. Of een schot als negatief ervaren wordt, is dus contextafhankelijk. Voor een persoon met alleen astma is het feit dat hij bij één arts terecht kan die gespecialiseerd is in zijn aandoening, juist prettig. Voor mensen met meerdere aandoeningen kunnen de verschillende specialisten als een nadeel ervaren worden. Wel bestaat het gevaar dat, met het toenemen van multimorbiditeit, rigide schotten in toenemende mate in de weg staan van een effectieve en kostenefficiënte behandeling.

### *Ontschotting en integrale zorg*

Schotten kunnen er dus voor zorgen dat iemand het ontvangen of verlenen van de gewenste zorg als moeizaam ervaart en dat de uitvoering en financiering van die zorg gepaard gaat met hoge transactiekosten. In dat geval wordt vaak gepleit voor ‘ontschotting’. Hoewel dit in theorie vrij eenvoudig klinkt, is de toepassing ervan minstens zo gevarieerd als de schotten in het systeem zelf. Het kan bijvoorbeeld gaan om het verwijderen van een extra administratiestap tot een verandering van het gehele zorgstelsel. Uiteindelijk betekent ontschotting in veel gevallen vooral ‘herschotting’ (zie box A4.3). Hierbij worden schotten die als hinderlijk worden ervaren, vervangen door andere indelingen. De schotten worden dus eigenlijk op een andere, meer gewenste plek geplaatst. Het risico is daarbij dat een patiënt uiteindelijk tegen dezelfde problemen aanloopt, maar dan op een andere plek in het systeem. Twee voorbeelden van ontschotting staan in box A4.3.

Een belangrijk begrip in het kader van ontschotting, is integrale zorg. In de discussie rondom de inrichting van het zorgstelsel wordt ook dit begrip regelmatig gebruikt. Integrale zorg en ontschotting drukken in praktische zin in essentie hetzelfde uit. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) geeft verschillende definities voor integrale zorg, afhankelijk van het gehanteerde perspectief.<sup>32</sup> In alle definities staat het leveren van zorg gericht op de behoeften van de patiënt, zijn of haar familie en omgeving centraal. Het RIVM definieert integrale zorg als: “het in samenhang vormgeven van preventie, zorg en welzijn, om de gezondheid en kwaliteit van zorg te verbeteren en de groei in zorgkosten te verminderen”.<sup>33</sup> Het voorbeeld in box 4.3 rondom de zorgketens diabetes staat dan ook beter bekend als een vorm van integrale zorg. Bij integrale zorg kan het er ook om gaan niet alleen het zorgsysteem te integreren, maar ook andere domeinen. Vaak is het sociale domein betrokken (bijvoorbeeld preventie, voorzieningen vanuit de gemeente, welzijn). Een patiënt met diabetes krijgt niet alleen de benodigde diabeteszorg, maar er wordt ook gekeken of deze patiënt niet vereenzaamt en sociaal redzaam is. Een relatief ‘lichte’ vorm van ontschotting is multidisciplinaire samenwerking (bijvoorbeeld binnen het regionale oncologienetwerk).<sup>34</sup>

Hoe ziet ontschotting er in de praktijk uit? Ondanks het feit dat ontschotting een complex begrip is, valt toch een aantal kernprincipes te onderscheiden. Ten eerste ontstaat ontschotting vaak doordat een gemotiveerde groep professionals iets tegen de bestaande schotten in teweegbrengt of eromheen werkt. Zoals ook blijkt uit de voorbeelden in box A4.3 gebeurt dit dan ook vooral op lokaal niveau, voortvloeiend uit de ervaring en behoeften vanuit het eigen vakgebied. Ten tweede komt ontschotting vaak voort uit veranderingen in de praktijk, in de bekostiging en samenwerking tussen verschillende partijen.

### **Box A4.3 Voorbeelden van ontschotting of integrale zorg**

#### *De zorgketens diabetes*

Voor een aantal chronische ziekten, waaronder diabetes, zijn multidisciplinaire zorgketens opgericht.<sup>35</sup> Hierbij wordt er zorg geleverd die gericht is op de aandoening, waarbij verschillende zorgverleners (huisarts, optometrist, medisch-specialisten, gespecialiseerde diabetesverpleegkundige, thuiszorg en mantelzorgers) samenwerken om de benodigde zorg te leveren. Het idee hierachter is dus dat de geleverde zorg gericht is op de aandoening (diabetes) en de patiënt centraal stelt. Bij integrale (diabetes)zorg wordt sinds 2010 de zorg ook integraal bekostigd. Dat houdt in dat niet alle zorgverleners onafhankelijk de geleverde zorg declareren, maar er één integraal tarief gedeclareerd kan worden voor de hele zorgketen. Alle onderdelen van de zorgketen kunnen daardoor als geheel gecontracteerd worden. Hierdoor zouden zorgverleners gestimuleerd worden om samen zorg van hoge kwaliteit te leveren, die eveneens zo goedkoop mogelijk is.

#### *Verloskundige samenwerkingsverbanden (vsv's)*

Verloskundige samenwerkingsverbanden (vsv's) bestaan uit eerstelijnsverloskundigen, gynaecologen en verloskundig actieve huisartsen. Eerstelijnsverloskundigen kunnen op deze manier de expertise inschakelen van een gynaecoloog, terwijl de zwangere onder de verantwoordelijkheid van de verloskundige blijft. De gedachte hierachter is dat er minder vrouwen doorverwezen worden naar het ziekenhuis. vsv's zijn vaak gecentreerd rondom ziekenhuizen. Deze partijen maken samen duidelijke afspraken over de kwaliteit van de zorg, over de organisatie van de plaatselijke zorgketen en bespreken tevens de casuïstiek. Door middel van gezamenlijke protocollen trachten vsv's de continuïteit van de zorg beter te garanderen. Een vsv is dus een regionaal besluitvormend netwerk. De bekostiging verloopt op dezelfde wijze als bij de geboortezorg zonder vsv. vsv's kunnen zich wel doorontwikkelen tot integrale organisaties, waarbij de bekostiging ook integraal geregeld kan worden. De Zorgstandaard Integrale Geboortezorg is opgenomen in het kwaliteitsregister van het Zorginstituut Nederland, en er zijn ook toetsingskaders vastgesteld.<sup>36</sup>

### *Ontschotting en houdbaarheid van de zorg*

Ontschotting schept hoge verwachtingen, maar is het ook effectief en kan het helpen om het houdbaarheidsprobleem aan te pakken? Het antwoord op deze vraag is gebaseerd op een aantal (internationale) meta-analyses met name gericht op integrale zorg. In geen enkel geval laten interventies waarbij ontschotting wordt toegepast eenduidig positieve effecten op financiële houdbaarheid zien. Wel zijn er aanwijzingen dat de ervaren kwaliteit van de zorg is verbeterd, evenals de patiënttevredenheid en toegang tot zorg.<sup>37</sup> Voor onder andere effecten op zorggebruik en (her)opnames is er beperkt bewijs. Enkele studies vinden aanwijzingen voor verbeterde *Quality Adjusted Life Years* (QALY's – zie ook hoofdstuk 8) en kosten<sup>38</sup>, terwijl het bewijs voor verminderde kosten in andere studies juist ontbreekt.<sup>39</sup>

35 RIVM 2012.

36 Heida en Hoendervanger 2016.

37 Baxter et al. 2018; Wolfe et al. 2020.

38 Rocks et al. 2020.

39 Damery et al. 2016; Looman et al. 2019; Ouwens et al. 2005.

Voorzichtig zou kunnen worden gesteld dat ontschotte zorg nog het meest veelbelovend is op het gebied van patiënttevredenheid en kwaliteit van zorg. Daarmee zou het nog het meest bij kunnen dragen aan maatschappelijke houdbaarheid. De meest gepaste constatering is echter dat er vooralsnog geen eenduidig bewijs is voor de effectiviteit van ontschotting. Gebrek aan eenduidige definities, uitkomstmaten en methoden maken het evenwel moeilijk om studies te vergelijken, en vooral om algemene conclusies te trekken met betrekking tot de effectiviteit van ontschotting.

Er is veel onderzoek gedaan naar succes- en faalfactoren bij ontschotting.<sup>40</sup> Uit onderzoek blijkt dat een groter en complexer initiatief waar veel actoren bij betrokken zijn, vaak betekent dat de daadwerkelijke realisatie moeizamer is. Ook onderlinge samenwerking is van belang. Onderling vertrouwen en een goede informatieuitwisseling dragen positief bij aan het bewerkstelligen van ontschotting. Een andere essentiële factor die regelmatig wordt aangehaald, is het betrekken van patiënten bij het gehele proces. De werk- en organisatiecultuur is eveneens een cruciale factor, vooral omdat het er bij ontschotting vaak om draait buiten de gebaande paden te treden en om multidisciplinaire samenwerkingsverbanden aan te gaan. Ook de regelgeving is een factor van belang. Enerzijds kan regulering de samenwerking en uitvoering vergemakkelijken en transparanter maken, anderzijds kan ze belemmerend werken, zoals de betaling per behandeling van artsen. De focus ligt dan potentieel te veel op het uitvoeren van behandelingen en niet bij de behoeften van de patiënt. Voorzieningen en randvoorwaarden moeten eveneens op orde zijn, zoals ICT-systemen om gegevens uit te wisselen. En ten slotte blijken het stellen van duidelijke doelen en uitkomsten aan het begin van het initiatief en een continue uitkomst- en procesevaluatie van belang.<sup>41</sup> Omdat de initiatieven vaak kleinschalig beginnen en vaak belemmeringen ondervinden van de onderhavige regelgeving en bekostiging, is het lastig inzicht te krijgen in de kosten en de baten ervan.

### **Kernpunten Grensproblemen en ontschotting**

- In de praktijk lopen zorggebruikers en zorgverleners veelvuldig tegen grensproblemen of ‘schotten’ in het stelsel aan. Er zijn verschillende soorten schotten (ten aanzien van regulering, financiering en in de praktijk) die op verschillende plaatsen in het zorgstelsel kunnen optreden.
- Ontschotting of integrale zorg wordt vaak als de oplossing gezien, omdat het de patiënt en/of aandoening centraal stelt. In de praktijk komt dit vaak neer op ‘herschotting’.
- Ontschotting – waarbij vaak sprake is van multidisciplinaire samenwerking – lijkt bij te dragen aan aspecten als patiënttevredenheid en kwaliteit van zorg, maar er is weinig bewijs voor de effectiviteit ten aanzien van het terugdringen van zorggebruik en zorgkosten.





## Appendix 5

### Het aandeel van arbeidskosten in de zorguitgaven

Er wordt vaak gesproken over de zorg als een arbeidsintensieve sector. Dit heeft onder meer als gevolg dat de groei in de zorguitgaven sterk in het verlengde wordt gezien van de ontwikkeling op het gebied van de arbeidsvoorwaarden. Maar hoe hoog is eigenlijk het percentage loonkosten in de zorg als geheel, en daarbinnen in specifieke sectoren? In dit rapport hebben we meermaals de cbs-definitie van de totale zorguitgaven gebruikt om de huidige orde van grootte of het verloop daarvan over de tijd te schetsen; in 2019 bedroeg die 106 miljard euro (zonder kinderopvang 101 miljard). Voor een berekening van het aandeel van de arbeidskosten is die definitie echter minder bruikbaar, aangezien deze meer aanbieders omvat dan de definitie in de sector Gezondheids- en Welzijnzorg in de Nationale Rekeningen waarvan we de loonsom en overige uitgaven voor arbeid apart kunnen vaststellen.<sup>1</sup> Voor een consistente vergelijking tussen uitgaven (bedrijfsopbrengst) en totale arbeidskosten (in de vorm van directe loonkosten, maar ook werkgeversbijdragen aan pensioen en sociale lasten en de vergoeding voor zelfstandige arbeid) is het om die reden zinvoller om te kijken naar ofwel een optelling van sectoren in de bedrijfsrekeningen (bedrijven en zelfstandige aanbieders), ofwel de Nationale Rekeningen zelf. Op het niveau van individuele sectoren is het daarnaast zinvol om de statistiek van zelfstandige aanbieders te bezien.

De linker kolom van tabel A5.1 toont het geaggregeerde resultaat en het resultaat naar sector indien we uitgaan van de bedrijfsrekeningen.<sup>2</sup> Dit betreft een optelling voor 1.781 grote en middelgrote ondernemingen met in totaal 1,01 miljoen werknemers.<sup>3</sup> De som van de arbeidskosten omvat lonen en salarissen, pensioenlasten en sociale lasten, en de honorariumkosten voor vrijgevestigde specialisten. De daarbij impliciet gehanteerde sectordefinitie omvat geen maatschappelijke opvang of kinderopvang, maar wel jeugdzorg. Onder de loonsom valt ook de vergoeding voor directeuren en eventuele aandeelhouders.<sup>4</sup>

De resultaten ontleend aan de zelfstandigenstatistiek zijn weergegeven in de rechterkolom. Deze statistiek specificeert naast lonen, pensioenkosten en sociale lasten ook 'overige personeelskosten'. Hieronder vallen onder meer de kosten voor uitzendkrachten. Aangezien dit niet apart als een vergoeding gespecificeerd wordt, is het exploitatieoverschot gerekend als het arbeidsinkomen van de zelfstandige. De som van dit alles is opnieuw gerelateerd aan de totale bedrijfsopbrengsten.<sup>5</sup>

- 
- 1 Deze omvat onder meer ook medicijnverkoop via apotheken, drogisten en supermarkten, uitgaven aan gezondheidszorg via defensie, ziekenvervoer per taxi en de kosten voor organisatie en bestuur, zoals die van zorgverzekeraars.
  - 2 Op het moment van schrijven (juli 2021) was de meest recente statistiek voor een gelijk jaar op basis van de ondernemingsrekeningen, de zelfstandigenstatistiek en de Nationale Rekeningen die voor 2018.
  - 3 Concreet betreft het de SBI-sectoren 86.1, 86.21, 86.22.2, 86.23.1, 86.23.2, 86.91.1, 86.91.2, 86.91.3, 86.91.9, 86.92.4, 87.10, 87.20, 87.30.1, 87.30.2, 87.90.1, 88.99.1 en 88.10.01.
  - 4 De bedrijfsstatistiek omvat ook kleine ondernemingen in de zorg (in 2018 21.550, waarvan 19.150 in verpleging en thuiszorg en met in totaal 5.150 banen van werknemers). Binnen deze statistiek worden de totale arbeidskosten, het exploitatieoverschot en de omzet echter niet gespecificeerd (alleen de loonsom: 117 miljoen euro).
  - 5 Zie <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84602NED/table?dl=4AF8E>. De statistiek van 'zelfstandigen en overige zorgverleners' omvat de SBI-sectoren 86.21, 86.22.2, 86.23.1, 86.23.2, 86.9.11, 86.9.12, 86.9.13 en 86.9.19 en overlapt dus deels met de bedrijfsstatistiek voor de zorg. De bedrijfsopbrengsten voor deze sectoren bedroegen in 2018 12,5 procent van die in de grote en middelgrote bedrijven.

**Tabel A5.1** Het aandeel van de totale arbeidskosten in bedrijfsopbrengsten in de zorg, 2018

Middelgrote en grote bedrijven		Zelfstandigen	
Ziekenhuizen*	60,1%	Huisartsen	67,1%
GGZ met overnachting	75,2%	Tandartsen**	59,8%
Gehandicaptenzorg	70,3%	Verloskundigen	67,0%
Jeugdzorg met overnachting	71,6%	Fysiotherapeuten	71,6%
Ambulante jeugdzorg	73,2%	Psychologen en psychiaters	74,5%
Verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg	72,2%	Overig paramedisch	63,8%
Totaal	66,7%		

Opmerkingen: \* Universitair medische centra (UMC's), categorale en algemene ziekenhuizen \*\* inclusief tandheelkundig specialisten.

Uit deze berekening volgt dat in 2018 zo'n 67 procent van de totale zorguitgaven bestond uit personeelskosten (tabel A5.1). In een hoogtechnologische omgeving als een ziekenhuis (60 procent) ligt het percentage arbeidskosten daarbij logischerwijs lager dan in bijvoorbeeld verpleeghuizen (72 procent) of GGZ-instellingen met overnachting (75 procent). Ditzelfde patroon zien we bij de zelfstandigen, waarvoor geldt dat de met meer kapitaalgoederen werkende tandartsen een lager aandeel in de arbeidskosten hebben, en de sterker op arbeid gerichte fysiotherapeuten en psychologen een hoger aandeel. Geaggregeerd komen de resultaten van de zelfstandigenstatistiek uit op een aandeel van 66 procent.

Een resultaat op geaggregeerd niveau kan ook worden verkregen door binnen de Nationale Rekeningen te kijken naar de productie- en inkomenscomponenten binnen de sector 'gezondheids- en welzijnszorg' (CBS Standaard Bedrijfsindeling 2008 letter Q). Daarbij moet dan in een omvattender vorm de eerdere aanname met betrekking tot het exploitatieoverschot gemaakt worden.<sup>6</sup> De totale beloning van werknemers (in 2018 49,7 miljard euro) plus het netto-exploitatieoverschot (9,0 miljard euro) vormt daarbij 66 procent van de toegevoegde waarde in output-basisprijzen. Beperken we die berekening tot de werknemers, dan leidt dit tot een aandeel van 55 procent in 2018 en 56 procent in 2019.

## Appendix 6

### Internationale vergelijking pakketbeslissingen in Europese landen

Nederland heeft een gezondheidssysteem dat voornamelijk gefinancierd wordt vanuit een verplichte sociale zorgverzekering (de Zorgverzekeringswet – zvw). Naast het verplichte gedeelte van de zorgverzekering kunnen inwoners zich ook verzekeren voor aanvullende zorg. De verplichte verzekering dekt uitgaven voor zorg die in het basispakket zit. Ondanks dat het basispakket het hart van de curatieve zorg vormt, zitten er grenzen aan. De beslissing over de grenzen van het basispakket ligt bij de overheid. Wanneer deze besluit om de vergoedingen vanuit het basispakket te vergroten, heeft dit direct invloed op de collectieve kosten. Daarnaast heeft deze keuze invloed op het gedrag van zorggebruikers. Aangezien de zorg in het basispakket betaald wordt door het collectief, bestaat het risico dat patiënten meer en duurdere zorg vragen dan wanneer zorg niet verzekerd is.<sup>1</sup> Op deze manieren hebben beslissingen over het basispakket invloed op de financiële houdbaarheid van een zorgstelsel. Daarnaast beïnvloedt de vraag naar zorg vanuit het basispakket de personele houdbaarheid, omdat een groter gebruik van zorg ook tot een grotere personeelsvraag leidt. Aan pakketkeuzes ligt zodoende impliciet de vraag ten grondslag waarover mensen solidair willen zijn in de verplichte verzekering. Via deze weg hebben pakketbeslissingen invloed op de maatschappelijke houdbaarheid.

Om een beter beeld te krijgen van het Nederlandse systeem en zijn sterke en zwakkere kanten, is het nuttig te onderzoeken hoe de Nederlandse situatie zich verhoudt tot die in andere landen. Verschilt het proces rondom pakketbeslissingen in landen met een soortgelijk gezondheidssysteem? En nog belangrijker: kan Nederland hier iets van leren? We vergelijken Nederland met Engeland<sup>2</sup>, Duitsland, Frankrijk, en Zweden. We gaan daarbij in op drie belangrijke factoren waarop pakketbeslissingen kunnen verschillen. Allereerst onderzoeken we de criteria die worden meegenomen bij pakketbeslissingen. Daarnaast overwegen we de reikwijdte van de pakketbeslissingen. In sommige landen worden bijvoorbeeld alleen geneesmiddelen formeel getoetst, in andere landen geldt toetsing ook voor andere interventies zoals medische hulpmiddelen. Verder analyseren we de rollen en verantwoordelijkheden bij de pakketbeslissingen. In het ene land heeft de politiek daar veel inspraak in, in het andere land ligt er veel verantwoordelijkheid bij deskundigen binnen overheidsinstellingen. Ten slotte gaan we in op de vraag wat Nederland kan leren van de manier waarop pakketbeslissingen in andere landen tot stand komen.

#### Criteria bij pakketbeslissingen

Het maken van keuzes over het basispakket kan complex zijn aangezien diverse criteria een rol spelen bij de afweging om een medicijn aan het basispakket toe te voegen. Niet elk land gebruikt dezelfde criteria.<sup>3</sup> Aangezien het afwegingskader dus per land verschilt, kan dit ook betekenen dat de uiteindelijke pakketbeslissing hierdoor varieert. Zorginstituut Nederland hanteert een viertal criteria bij de pakketbeslissingen, namelijk noodzakelijkheid, effectiviteit,

---

1 Brouwer en Rutten 2012.

2 Hoewel Engeland geen soevereine staat is, analyseert de gezondheidswetenschappelijke literatuur regelmatig de verschillende constituerende landen binnen het VK los van elkaar. De voornaamste reden hiervoor is de groeiende verschillen tussen de onderlinge gezondheidssystemen (Greer 2008).

3 Barnieh et al. 2014; WHO 2018; Eunethhta 2015; Akehurst et al. 2017; Angelis et al. 2018.

kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid.<sup>4</sup> Enkele van deze criteria komen vaak terug in andere landen, hoewel er ook landen zijn die bepaalde criteria niet meenemen. De meest voorkomende criteria in de internationaal-vergelijkende literatuur zijn weergegeven in tabel A6.1.<sup>5</sup>

**Tabel A6.1** Criteria meegenomen in pakketbeslissingen

	Nederland	Duitsland	Engeland	Frankrijk	Zweden
<b>Kosten</b>	√	√	√	√	√
<b>Perspectief kosten</b>	Maatschappelijk	Gezondheidszorg	Gezondheidszorg	Hybride <sup>6</sup>	Maatschappelijk
<b>Effectiviteit</b>	√	√	√	√	√
<b>Kosteneffectiviteit</b>	√	Nee	√	Nee	√
<b>QALY</b>	Optioneel	Nee	Aanbevolen	Nee	Aanbevolen
<b>Relatieve verbetering effectiviteit in vergelijking met alternatief</b>	√	√	Nee	√	Nee

QALY = Quality-adjusted Life Year; √ = Aanwezig in het betreffende land

Bron: Barnieh et al. 2014; WHO Europe 2018; Euneththa 2015; Akehurst et al. 2017; Angelis et al. 2018

Alle landen wegen kosten mee als criterium voor het maken van pakketbeslissingen. Toch kan het perspectief van de economische evaluatie verschillen per land. Waar Nederland en Zweden ervoor kiezen om kosten vanuit een maatschappelijk perspectief te benaderen, doen Duitsland en Engeland dit vanuit het engere gezondheidsperspectief. Frankrijk kiest voor een hybride aanpak, waarin alle directe kosten van zowel de patiënt als diens omgeving en partijen zoals verzekeraar en overheid worden meegewogen. Indirecte kosten zoals verloren productiviteit worden uitgesloten. Welke benadering een land kiest, heeft uiteindelijk invloed op de totale kosten die afgewogen worden tegen de baten. Binnen een land zou het afwegingskader echter consequent toegepast moeten worden op iedere behandeling.

Verder bestaat er tussen landen een grote discrepantie in de mate waarin de kosteneffectiviteit wordt meewogen als criterium voor pakketbeslissingen. In Duitsland en Frankrijk, bijvoorbeeld, zijn producenten alleen verplicht om informatie over kosteneffectiviteit, zoals de kosten per QALY, aan te leveren.<sup>7</sup> In plaats van kosteneffectiviteit, is de relatieve verbetering in de effectiviteit van het geneesmiddel ten opzichte van het alternatief in beide landen een belangrijk criterium.<sup>8</sup> Hierdoor is het echter niet mogelijk om verschillende behandelingen onderling te vergelijken op basis van kosteneffectiviteit. Dit staat in contrast met de criteria in Engeland, en in mindere mate met die in Nederland en Zweden. Deze landen pogen bij pakketbeslissingen het effectiviteitscriterium tussen verschillende behandelingen vergelijkbaar te maken met kosten-utiliteitsanalyses.<sup>9</sup>

4 CVZ 2013; Zorginstituut 2017 b.

5 Barnieh et al. 2014; WHO 2018; Euneththa 2015; Akehurst et al. 2017; Angelis et al. 2018.

6 Frankrijk rekent wel alle directe kosten mee, van zowel de patiënt, als diens omgeving, verzekeraar en overheid. Indirecte kosten zoals verloren productiviteit worden uitgesloten (Euneththa 2015).

7 In Duitsland worden geneesmiddelen in eerste instantie altijd vergoed na marktautorisatie. Sommige bronnen stellen daarom dat er geen criteria zijn voor vergoeding in Duitsland. Toch vindt er een proces van pakketbeslissing plaats, echter pas nadat het al enige tijd is vergoed (WHO 2018; Akehurst et al. 2017; Barnieh et al. 2014).

8 Barnieh et al. 2014.

9 Zorginstituut Nederland 2016.

Hoewel het in Nederland, Zweden en Engeland verplicht is om informatie over de kosten-effectiviteit te geven, verschilt de mate waarin de QALY is ingebed in de economische evaluaties.<sup>10</sup> Waar het in Nederland voor producenten optioneel is om informatie over QALY's aan te leveren, is dit aanbevolen in Zweden en Engeland.<sup>11</sup> In Zweden en Engeland spelen de meerkosten per QALY expliciet een rol bij de uiteindelijke beslissing over de vergoeding van geneesmiddelen. In Engeland wordt de QALY ook gebruikt als criterium voor niet-geneesmiddelen, zoals chirurgische ingrepen. Toch lijkt het gebruik van de QALY ook in Nederland inmiddels ingebed, aangezien de maatstaf onderdeel uitmaakt van de standaardanalyse binnen economische evaluaties.<sup>12</sup>

Er zijn behandelingen waarbij de QALY niet de enige relevante uitkomstmaat is. Dit is voornamelijk het geval bij sectoren die buiten de curatieve zorg vallen, zoals langdurige zorg, geestelijke gezondheidszorg of maatschappelijke zorg. Voor deze sectoren zijn instrumenten ontwikkeld die – anders dan de QALY – welzijn meten vanuit een bredere benadering. Een voorbeeld hiervan is de ICECAP (Investigating Choice Experiments Capability Measure). Van dit instrument bestaan verschillende versies. Zo meet de ICECAP-O welzijn voor ouderen boven de 65, de ICECAP-A welzijn voor volwassenen in het algemeen, en de ICECAP-SCM welzijn binnen palliatieve zorg. Een ander veelgebruikt instrument is de ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit), tevens een instrument dat de kwaliteit van leven in bredere zin meet onder volwassenen, vooral in de context van maatschappelijke zorg.<sup>13</sup> Ook bij deze instrumenten is het doel om de baten van zorg onderling vergelijkbaar te maken.

In alle landen binnen de huidige vergelijking is de mate waarin deze uitkomstmaten worden meegenomen in economische evaluaties nog beperkt. Desalniettemin zijn er verschillen. Waar het Zorginstituut Nederland (ZiN) in Nederland en het *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) in Engeland de uitkomstmaten wel in hun beleidsdocumenten gebruiken, is dit niet het geval in Duitsland en Zweden. Het ZiN beveelt de ICECAP aan als uitkomstmaat binnen de sector langdurige zorg.<sup>14</sup> Ook NICE overweegt het gebruik van instrumenten zoals de ICECAP en ASCOT voor maatschappelijke zorg.<sup>15</sup> Ook uit systematische reviews blijkt dat economische evaluaties op basis van de ASCOT/ICECAP tot nu toe alleen in Nederland of Engeland worden uitgevoerd. In deze studies zijn de bredere uitkomstmaten altijd wel gecombineerd met andere uitkomstmaten als de QALY.<sup>16</sup>

### Reikwijdte pakketbeslissingen

Naast criteria die het afwegingskader rondom pakketbeslissingen vormen, is het ook van belang om de toepassing van dit afwegingskader te vergelijken. Deze paragraaf gaat daarom ook over de strekking van de pakketbeslissingen. Anders gezegd: hoe ver reiken de keuzes van de pakketbeheerder? Over welke behandelingen maakt deze welk soort keuzes?

Afhankelijk van het land of het soort zorg, kunnen pakketbeslissingen op verschillende manieren genomen worden. Als de pakketbeheerder een lijst opstelt van alle behandelingen en medicijnen die vergoed worden, dan heet dit een positieve lijst. De aanname is dan dat

---

10 QALY's (Quality-adjusted life years) zijn een maatstaf voor gezondheidswinst die zowel levensverwachting als kwaliteit van leven meewegen (Zie Hoofdstuk 8 voor meer details).

11 Barnieh et al. 2014.

12 Zorginstituut Nederland 2016.

13 Van Leeuwen et al. 2015.

14 Zorginstituut Nederland 2106.

15 NICE 2013.

16 Helter et al. 2019.

behandelingen of middelen die niet op de lijst staan, niet vergoed worden.<sup>17</sup> Andersom kan er gekozen worden om via een negatieve lijst alleen een overzicht te bieden van alle behandelingen en medicijnen die expliciet *buiten* het pakket vallen. In dat geval wordt alles dat op die lijst staat in principe niet vergoed, en alle andere behandelingen in beginsel wel.

Het gebruik van zowel positieve als negatieve lijsten verschilt voor de vijf landen in deze vergelijking. Voor extramurale geneesmiddelen (medicijnen die buiten het ziekenhuis gegeven worden) maakt ieder land gebruik van een lijst. Van deze vijf landen gebruiken Nederland, Frankrijk en Zweden een positieve lijst met geneesmiddelen die wel vergoed worden, en Duitsland en Engeland hanteren een negatieve lijst. Het gebruik van een negatieve lijst binnen de extramurale zorg is uitzonderlijk. Naast Duitsland en Engeland hanteert slechts één ander land in de Europese regio van de WHO een negatieve lijst voor extramurale zorg. De overige landen hanteren – net als Nederland – een positieve lijst.<sup>18</sup>

Rond de intramurale zorg (binnen het ziekenhuis) zijn er duidelijk meer verschillen. Enerzijds zijn er landen waar de pakketbeheerder weinig tot geen invloed heeft op de pakquetsamenstelling op dit gebied, in andere landen is dat veel meer het geval. Vooral in Zweden en in Duitsland heeft de pakketbeheerder weinig invloed op het gebied van de intramurale zorg. In Zweden vindt er geen centraal pakketbeheer plaats en in Duitsland worden intramurale geneesmiddelen in principe standaard vergoed aan verzekerden. De pakketbeheerder in Nederland neemt meer centrale beslissingen over de intramurale zorg. In principe bestaat er binnen de Nederlandse intramurale zorg een open systeem voor toelating tot het pakket. Dit houdt in dat de pakketbeheerder geen lijst opstelt, maar dat op basis van algemene wettelijke criteria automatische in- en uitstroom uit het basispakket plaatsvindt.<sup>19</sup> Dure geneesmiddelen binnen de intramurale zorg vormen hierop een uitzondering. Over deze middelen brengt het ZiN wel een expliciet advies uit. In Frankrijk maakt de pakketbeheerder ook keuzes over dure geneesmiddelen in de intramurale zorg aan de hand van een positieve lijst. Bovendien bestaat er in Frankrijk een positieve lijst voor intramurale geneesmiddelen. In Engeland bestaan er ook positieve lijsten voor ziekenhuizen, die een noodzakelijk minimum aantal geneesmiddelen bevatten.

Naast de keuzes die zij maken om nieuwe geneesmiddelen of behandelingen toe te laten in het pakket, kunnen pakketbeheerders ook eerdere keuzes herzien. Dit laatste kan ertoe leiden dat een behandeling uit het pakket verdwijnt.<sup>20</sup> In sommige landen gebeurt dit systematisch, wat inhoudt dat de keuze na een vaste periode wordt herzien. Dit is het geval voor geneesmiddelen in Frankrijk en Duitsland. Nederland en Zweden herzien voornamelijk op ad-hocbasis, en voor een beperkte groep geneesmiddelen doen ze dat systematisch. In Nederland worden dure intramurale geneesmiddelen systematisch herzien. Voor deze geneesmiddelen wordt op vaste momenten beoordeeld of ze nog vergoed worden of dat ze uit het pakket stromen. Ook in Zweden gebeurt dit bij geneesmiddelen die vóór 2002 op de markt kwamen. Daarnaast herzien Nederland en Frankrijk behandelgroepen (indicatiestelling) op ad-hocbasis. Ook is het mogelijk een groot aantal pakketbeslissingen tegelijkertijd te herzien, hoewel dit uitzonderlijk is. Alleen Frankrijk en Zweden hebben dit gedaan, allebei slechts één keer. Dit hield in dat zij op één moment de behandelingen herbeoordeelden die op dat moment binnen het pakket vielen en vergoed werden.<sup>21</sup>

17 KCE 2010.

18 WHO Europe 2018.

19 Zorg wordt verzekerd als deze voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk (Zorginstituut Nederland 2015).

20 Franken et al. 2012.

21 Angelis et al. 2018.

Er is dus sprake van onderscheid in de keuzes die in een land over het pakket worden gemaakt. Anders gezegd, landen verschillen in de behandelingen die onder de economische evaluatie en pakketbeslissingen vallen. In enkele landen heeft het pakketbeheer een grote reikwijdte. Ieder land maakt in elk geval keuzes over geneesmiddelen, al kunnen beslissingen ook over een ander soort behandelingen gaan. Het Engelse NICE maakt bijvoorbeeld ook keuzes over medische apparatuur, diagnostische technieken, chirurgische ingrepen en zelfs gezondheidsbevorderende activiteiten. Ook Zweden en Frankrijk nemen in de beslissingen over pakketbeheer economische evaluaties over medische apparatuur mee.<sup>22</sup> In tegenstelling tot landen als Engeland, en in mindere mate Zweden en Frankrijk, blijft de reikwijdte van pakketbeslissingen in Nederland relatief beperkt. Naast beslissingen over geneesmiddelen, duidt het ZiN op niet-bindende wijze behandelingen in het open pakket. Duiden – vaststellen of een specifieke behandeling onder het basispakket valt – gebeurt alleen bij behandelingen waarvan niet direct duidelijk is of deze aan het wettelijk criterium voldoen om vergoed te worden.<sup>4</sup> Toch wil het ZiN keuzes rondom het pakket in de toekomst ook toepassen op non-farmaceutische behandelingen, zoals medische technologie.<sup>23</sup>

Tabel A6.2 Overzicht reikwijdte pakketbeslissingen

	Nederland	Duitsland	Engeland	Frankrijk	Zweden
<b>Extramuraal</b>	Positieve lijst <sup>24</sup>	Negatieve lijst <sup>25</sup>	Negatieve lijst <sup>26</sup>	Positieve lijst <sup>27</sup>	Positieve lijst <sup>28</sup>
<b>Intramuraal</b>	Geen lijst voor geneeskundige zorg, maar a.d.h.v. wettelijk criterium. Sluis voor dure geneesmiddelen. <sup>29</sup>	Alle diensten gezamenlijk vergoed aan ziekenhuis, tenzij expliciet negatief advies. <sup>30</sup>	Positieve lijst per ziekenhuis met minimum aantal geneesmiddelen.	Twee positieve lijsten: voor dure/weesgeneesmiddelen en ziekenhuisfarmacie.	Intramuraal valt niet onder gecentraliseerd pakketbeheer.
<b>Herzien mogelijk?</b>	Ja, systematisch herzien voor dure intramurale geneesmiddelen. Ad hoc herzien behandelgroepen /indicatiestelling.	Ja, één keer per jaar na beoordeling van baten. <sup>31</sup>	Ja	Ja, voor alle geneesmiddelen elke 5 jaar. Ad hoc herzien behandelgroepen. Eén keer het hele pakket herzien.	Ja, op ad-hoc-basis. Systematisch herzien geneesmiddelen die ontwikkeld zijn vóór 2002. Eén keer hele pakket herzien.
<b>Expliciete keuzes</b>	Extramurale geneesmiddelen, intramurale dure geneesmiddelen. Duiden geneeskundige zorg, en extramurale hulpmiddelenzorg.	Onbekend	Geneesmiddelen, medische apparatuur, diagnostische technieken, chirurgische ingrepen, gezondheidsbevorderende activiteiten. <sup>32</sup>	Geneesmiddelen en medische apparatuur. <sup>33</sup>	Geneesmiddelen, tandheelkundige zorg, medische apparatuur. <sup>34</sup>

22 Hogan Lovells 2014; TLV (z.d.).

23 Enzing et al. 2020.

24 PPRI Netherlands 2019.

25 PPRI Germany 2007.

26 PPRI UK 2015.

27 PPRI France 2020.

28 PPRI Sweden 2015.

29 Zorginstituut Nederland 2015.

30 OECD 2018.

31 Angelis et al. 2018.

32 NICE (z.d.).

33 Hogan Lovells 2014.

34 TLV (z.d.).

### Rollen en verantwoordelijkheden

Aan het proces van pakketbeslissingen zijn verschillende actoren verbonden. Zo heeft ieder land in deze internationale vergelijking een agentschap dat betrokken is bij de pakketbeslissingen, waaraan vaak ook een expertcommissie verbonden is. Daarnaast spelen burgers, producenten en de politiek een rol. De mate waarin actoren worden betrokken en de bevoegdheden waarover zij beschikken, verschilt per land (zie tabel A6.3).

In Nederland is het Zorginstituut het agentschap dat betrokken is bij de pakketbeslissingen. Hieraan zijn twee expertcommissies gelieerd: de adviescommissie pakket (ACP) en de wetenschappelijke adviesraad (WAR).<sup>35</sup> Hoewel er in Nederland geen vertegenwoordigers van producenten of burgers in deze commissie zitten, is dat in andere landen soms wel het geval. Zo zijn in Engeland en Frankrijk ook vertegenwoordigers van producenten in de expertcommissies vertegenwoordigd, en hebben Engeland en Zweden burgervertegenwoordigers in haar commissie. In Nederland is het mogelijk om een overleg van de ACP publiekelijk bij te wonen, maar de vergaderingen van de WAR zijn besloten.<sup>36</sup>

Verder verschilt de rol van agentschappen en hun expertcommissies in de uiteindelijke pakketbeslissingen. In het ene land ligt de keuze dicht bij de politiek en in het andere land ligt deze juist dicht bij experts of agentschappen. Voor Nederland geldt dat de keuze relatief dichtbij de politiek ligt. Het ZIN en zijn expertcommissies hebben slechts een adviserende rol in de beslissing over de medicijnen die in het basispakket komen. De uiteindelijke beslissing ligt bij de minister van VWS. Desalniettemin wordt het advies van het agentschap veelal opgevolgd en zijn afwijkingen van de adviezen een uitzondering.<sup>37</sup> Ook in Frankrijk ligt de uiteindelijke beslissing bij de minister, hoewel keuzes van de expertcommissies en de pakketbeheerder hier wel juridisch bindend zijn. In Engeland is de situatie complexer. Aan de ene kant zijn het ministerie en National Health Service England (NHS) de autoriteiten die eindverantwoordelijk zijn voor respectievelijk de extra-murale en intramurale vergoeding.<sup>38</sup> Toch speelt NICE als pakketbeheerder een cruciale rol. Wanneer NICE een positief advies uitbrengt over een geneesmiddel, is de NHS verplicht dit binnen negentig dagen te leveren. In die zin is het 'funding directive' van NICE bindend, maar voor andere behandelingen en medische technologie geldt dit nog niet.<sup>39</sup>

Waar in de bovengenoemde landen de politiek en het ministerie in meer of mindere mate invloed hebben op het pakketbeheer, is dit niet het geval in Duitsland en Zweden. In beide landen liggen pakketbeslissingen buiten de politiek. Het Duitse paritair federaal comité (G-BA) – een publieke actor die bestaat uit vier overkoepelende organisaties van ziekenhuizen, (tand)artsen en zorgverzekeraars – neemt de uiteindelijke pakketbeslissing.<sup>40</sup> In Zweden is de keuze van het agentschap juridisch bindend. De politiek of het ministerie heeft hier formeel geen invloed op.<sup>41</sup>

35 Akehurst et al. 2017; Zorginstituut 2020.

36 Barnieh et al. 2014; Zorginstituut 2020.

37 Franken et al. 2012.

38 WHO Europe 2018.

39 Timmins 2019.

40 GB-A z.d.; WHO Europe 2018.

41 WHO 2018.



**Tabel A6.3** Overzicht rollen en actoren in pakketbeslissingen

	Nederland	Duitsland	Engeland	Frankrijk	Zweden
<b>Actor die evaluatie medicijn voor pakketbeslissing initieert</b>	Producent	Producent	Agentschap	Producent	Producent
<b>Opbouw leden expertcommissie</b>	Zonder leden producent of samenleving. ACP-vergadering publiekelijk bij te wonen, WAR-vergadering besloten	Zonder leden producent of samenleving	Met leden producent en samenleving. Publiekelijk bij te wonen.	Met leden van producent, zonder leden uit samenleving	Zonder leden van producent, met leden samenleving.
<b>Aard van beslissing expertcommissie (aan agentschap)</b>	Aanbeveling	Aanbeveling	Juridisch bindend	Juridisch bindend	Juridisch bindend
<b>Aard van beslissing agentschap over pakketbeslissing/vergoeding</b>	Aanbeveling	Aanbeveling	Juridisch bindend	Juridisch bindend	Juridisch bindend
<b>Uiteindelijke autoriteit over keuze (extramuraal)</b>	Minister/ Ministerie van VWS	G-BA <sup>42</sup>	Minister	Minister	Agentschap
<b>Uiteindelijke autoriteit over keuze (intramuraal)</b>	Minister van VWS	G-BA	NHS England <sup>43</sup>	Minister	Niet gedefinieerd: valt buiten centraal pakketbeheer
<b>Mogelijkheid in beroep gaan door producent na beslissing</b>	Niet mogelijk	Niet mogelijk, tenzij nieuwe omstandigheden/ <i>evidence</i>	Niet mogelijk	Formele procedure met nieuwe expertcommissie	Formele procedure met nieuwe expertcommissie

Bron: Barnieh et al. 2014; WHO Europe 2018; Zorginstituut Nederland 2018.

### Maatschappelijk debat (dure) geneesmiddelen

Beslissingen rondom het vergoeden van behandelingen hebben invloed op iedere burger. In Nederland – waar een zorgverzekering verplicht is – gelden keuzes rondom het basispakket dus voor de gehele samenleving. Gezien deze grote invloed op de samenleving ontstaat regelmatig een maatschappelijk debat rondom het pakketbeheer. Vooral de toelating of weigering van dure of nieuwe (wees)geneesmiddelen komt vaak terug in de media en het publieke debat. Een voorbeeld is het geneesmiddel Orkambi, waarover zowel in Nederland als in Engeland veel te doen is geweest (zie box A6.2).

**Box A6.2 Maatschappelijk debat rondom geneesmiddel Orkambi***Nederland*

Orkambi is een geneesmiddel voor patiënten met Cystic Fibrosis (CF, taaislijmziekte) van 12 jaar en ouder met een specifieke mutatie in het CFTR-gen. In 2016 startte het ZiN met de eerste beoordeling van het geneesmiddel. Omdat de producent de kosteneffectiviteit slecht had onderbouwd volgde een negatief advies. Ook in een herbeoordeling – aangevraagd door de minister – volgde een negatief advies. Rond die tijd speelde het onderwerp ook in het politieke en maatschappelijke debat. Een petitie om het geneesmiddel op te nemen in het basispakket werd meer dan 100.000 keer ondertekend. Ook patiënten vroegen via de media aandacht voor de situatie. Daarnaast stelden partijleden van de PVV de verantwoordelijke minister van VWS Kamervragen. Deze vragen gingen vooral in op de verantwoording rondom het niet vergoeden van het medicijn. De minister voerde na het negatieve advies van de pakketbeheerder meermaals prijsonderhandelingen met de producent. Ondanks het negatieve advies van het Zorginstituut, besloot de minister om het geneesmiddel uiteindelijk toch te vergoeden.

Doordat het besluitvormingsproces in dit geval op de spits werd gedreven, werden de feitelijke rollen en verantwoordelijkheden in het Nederlandse systeem duidelijk. Hoewel de minister de adviezen van het Zorginstituut vaak overneemt, neemt deze toch de uiteindelijke beslissing en staat deze daarbij bloot aan politieke druk die los kan staan van inhoudelijke afwegingscriteria van ZiN.

*Engeland*

Ook in Engeland heeft de vraag om toegang tot het geneesmiddel Orkambi een maatschappelijk debat veroorzaakt dat enkele jaren heeft gespeeld. Binnen dit debat speelde het Cystic Fibrosis Trust een belangrijke rol. Deze vroeg door middel van sociale media en petitie de aandacht van het publiek en de politiek. Het achterliggende gegeven daarbij was dat NICE het geneesmiddel in 2016 negatief had beoordeeld, waarmee het niet voor vergoeding in aanmerking kwam. De voornaamste reden hiervoor was – net als in Nederland – dat het niet kosteneffectief werd geacht. Toch volgde daarna een dialoog tussen NHS Engeland en de producent om toegang tot Orkambi te verstrekken. In 2019 volgt er na jaren een overeenkomst tussen NHS Engeland en de producent in de vorm van een 'managed entry agreement'. Dit houdt in dat de producent NICE zal voorzien van meer data, zodat een volledige beoordeling kan plaatsvinden.

Ook in dit Engelse voorbeeld wordt duidelijk dat de rollen en verantwoordelijkheden binnen het systeem van groot belang zijn voor uitkomsten van de uiteindelijke vergoeding. Veel actoren zijn bij dit proces betrokken. Naast de dialoog tussen NHS Engeland en de producent, speelden ook het advies van NICE en de druk vanuit maatschappij en politiek een belangrijke rol.

### Conclusie – Verschillen en overeenkomsten tussen landen bij pakketbeheer

In deze appendix hebben we gekeken naar de besluitvorming rondom pakketbeslissingen in vijf Europese landen, namelijk Engeland, Duitsland, Frankrijk, Zweden en Nederland. In alle vijf landen bestaat een systeem waarin het pakket beheerd wordt op basis van economische evaluaties. De criteria die in deze economische evaluaties worden meegenomen vertonen overeenkomsten, maar er zijn ook belangrijke verschillen. Het grootste verschil ligt in de mate waarin kosteneffectiviteit op basis van QALY's wordt meegenomen als criterium en, als gevolg daarvan, de mate waarin verschillende behandelingen vergeleken kunnen worden. In Engeland en Zweden is het gebruik van de QALY ingebed en ook in Nederland is dat in mindere mate het geval. Voor Duitsland en Frankrijk geldt dat niet. Het gebruik van andere uitkomstmaten – zoals ICECAP of ASCOT – buiten de curatieve zorg is vooral in Engeland en Nederland waarneembaar.

Wat betreft de reikwijdte van pakketbeheer, blijkt dat bij economische evaluaties in Nederland de nadruk nog sterk beperkt is tot ligt bij geneesmiddelen. In Zweden, Engeland en (in mindere mate) Frankrijk is de reikwijdte groter. Deze landen passen economische evaluatie toe op verschillende gebieden van de zorg, zoals medische apparatuur en chirurgische ingrepen. De beperkte reikwijdte van het pakketbeheer in Nederland heeft ook invloed op de houdbaarheid van de zorg. Een groot deel van de pakketkeuzes is namelijk impliciet, zonder toetsing op basis van voor de zorg gestelde criteria. Daardoor is het mogelijk dat zorg wordt vergoed zonder dat deze bewezen duidelijk kosteneffectief is. De middelen die voor deze zorg worden ingezet, kunnen niet gebruikt worden voor andere doeleinden binnen en buiten de zorg. Daarnaast verschillen de rollen en verantwoordelijkheden bij pakketbeheer tussen de vijf landen. In Zweden en Duitsland ligt de uiteindelijke beslissing niet bij de minister, maar in Nederland, Frankrijk en (in mindere mate) Engeland is dit wel het geval. Dit heeft ook gevolgen voor de manier waarop het maatschappelijk debat en andere actoren invloed kunnen hebben op het pakketbeheer. Uit de Orkambi-casus wordt duidelijk dat de verantwoordelijke minister, die de uiteindelijke beslissing neemt, in het Nederlandse pakketbeheer een sleutelrol speelt. Zorg waarvoor de pakketbeheerder in eerste instantie geen vergoeding adviseert, kan toch terecht komen in het vergoede pakket. Dit heeft implicaties voor de houdbaarheid van de zorg. Aan de ene kant kan de financiële houdbaarheid onder druk komen te staan doordat middelen gaan naar zorg die niet bewezen werkzaam of kosteneffectief is. Aan de andere kant is de keuze gemaakt op basis van druk uit (een deel van) de samenleving. Op die manier kunnen keuzes ook invloed hebben op de maatschappelijke houdbaarheid.



## Literatuur Online Appendices

- Akehurst, L.R., E. Abadie, N. Renaudin and F. Sarkozy (2017) 'Variation in Health Technology Assessment and reimbursement processes in Europe', *Value in Health*, 20: 67-76.
- Angelis, A., A. Lange and P. Kanavos (2018) 'Using health technology assessment to assess the value of new medicines: results of a systematic review and expert consultation across eight European countries', *European Journal of Health Economics*, 19: 123-152.
- Bannink, D., S. van Duijn, A. Schonewille en F. Thomese (2016) *Geïntegreerde Zorg*, Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Barnieh, L., B. Manns, A. Harris, M. Blom, C. Donaldson, S. Klarenbach, D. Husereau, D. Lorenzetti and F. Clement (2014) 'A Synthesis of Drug Reimbursement Decision Making Processes in Organisation for Economic Co-operation and Development Countries', *Value in Health*, 17: 98-108.
- Baxter, S., M. Johnson, D. Chambers, A. Sutton, E. Goyder, A. Booth (2018) 'The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence', *BMC Health Services Research* 18, 1: 350.
- Beer, J., C. van Duin, N. van der Gaag en P. Ekamper (2020) *Eindrapport Verkenning Bevolking 2050*, Den Haag: NIDI/CBS.
- Boer, D. de, N. Bos en M. Zuidgeest (2018) *Ontwikkelingen in het meten en gebruiken van patiëntervaringen en patiëntgerapporteerde uitkomsten: van de huidige stand van zaken naar lessen voor de toekomst*, Utrecht: Nivel, Zorginstituut Nederland.
- Boer, M. den en S. van den Braak (2019) 'Of je hulp ontvangt van de gemeente, hangt af van waar je woont', *Trouw* 21 mei 2019.
- Boot, J. (2013) *De Nederlandse gezondheidszorg*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Boot, J. (2018) *Organisatie van de gezondheidszorg*, Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Broeders, D.W.J., H.D. Das, R.P.W. Jennissen, W.L. Tiemeijer en M. de Visser (2018) *Van verschil naar potentieel: een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen*, WRR-Policy Brief 7, Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- Brouwer, W. en F. Rutten (2012) 'Op naar een effectieve afbakening van het basispakket: kansen en uitdagingen', in F.T. Schut en M. Varkevisser (eds.) *Een economisch gezonde gezondheidszorg*, Den Haag: Sdu uitgevers.
- CBS (2018) *Onderzoekbeschrijving Zorguitgaven*, Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CBS (2020) *Kenmerken wanbetalers zorgverzekering 2019*, Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd via <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2020/25/kenmerken-wanbetalers-zorgverzekering-2019> [23 juni 2021].
- CEG (2019) *Veilige Zorg, Goede Zorg? Signalering ethiek en gezondheid*, Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- Clark, D. (2007) 'From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer', *Lancet Oncology*, pp. 430-438. doi: 10.1016/S1470-2045(07)70138-9.
- Cleemput, I., M. Franken, M. Koopmanschap and M. Le Polain (2012) 'European drug reimbursement systems' legitimacy: Five-country comparison and policy tool', *Journal of Health Technology Assessment in Care*, 28(4): 358-366.
- CVZ (2013) *Kosteneffectiviteit in de zorg*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

- Damery, S., S. Flanagan and G. Combes (2016) 'Does integrated care reduce hospital activity for patients with chronic diseases? An umbrella review of systematic reviews', *British Medical Journal Open* 6: e011952.
- Enzing, J.J., S. Knies, B. Boer and W.B.F. Brouwer (2020) 'Broadening the application of health technology assessment in the Netherlands: a worthwhile destination but not an easy ride?', *Health Economics Policy and Law*: 1-17.
- Eunethta (2015) *Guideline: Methods for health economic evaluations*. Beschikbaar op: [https://www.eunethta.eu/wpcontent/uploads/2018/03/Methods\\_for\\_health\\_economic\\_evaluations.pdf](https://www.eunethta.eu/wpcontent/uploads/2018/03/Methods_for_health_economic_evaluations.pdf).
- Ewijk, C. van, A. van der Horst en P. Besseling (2013) *Gezondheid loont. Tussen keuze en solidariteit*, Den Haag: Centraal Planbureau.
- Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (2010) *Drug reimbursement systems: international comparison and policy recommendations*. Beschikbaar op: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_147C\\_Drug\\_reimbursement\\_systems\\_4.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_147C_Drug_reimbursement_systems_4.pdf).
- Franken, M., M. Le Polain, I. Cleemput en M. Koopmanschap (2012) 'Similarities and differences between five European drug reimbursement systems', *International Journal of Health Technology Assessment in Care*, 28(4): 349-357.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (z.d.) *About the Federal Joint Committee*. Beschikbaar op: <https://www.g-ba.de/english/structure/>.
- Gezondheidsraad (2020) *45-minutennorm in de spoedzorg*, advies Nr. 2020/17, Den Haag: Gezondheidsraad.
- GGZ-Nederland (2013) *Sectorrapport 2013. Feiten en cijfers over een sector in Beweging*. Amersfoort: GGZ-Nederland.
- Greer, S.L. (2008) 'Options and the Lack of Options: Healthcare Politics and Policy', *The political quarterly* 79(1): 117-132.
- Groothuis, J., M. van Dijk, M. de Vijlder, J. Wanders, R. van Kruchten, K. Steenhuis en J. Velde (2015) 'Multidisciplinaire integrale zorg dicht bij huis in een krimpregio', *Bijblijven* 31: 865-876.
- Heida, J.P. en J. Hoendervanger (2016) *Rapportage Next Level gezondheidszorg: Hoe de zorg efficiënter en beter kan*, Den Haag: Strategies in Regulated Markets B.V.
- Helter, T.M., J. Coast, A. Laszewska, T. Stamm and J. Simon (2019) 'Capability instruments in economic evaluations of health-related interventions: a comparative review of the literature', *Quality of Life Research*, 29P: 1433-1464.
- Hogan Lovells (2014) *EU pricing & reimbursement: Pricing & reimbursement schemes in major European countries*. Beschikbaar op: [https://www.hoganlovells.com/~media/hogan-lovells/pdf/publication/eu-pricing-reimbursement-newsletter--november-2014\\_pdf.pdf](https://www.hoganlovells.com/~media/hogan-lovells/pdf/publication/eu-pricing-reimbursement-newsletter--november-2014_pdf.pdf).
- Inspectie der Rijksfinanciën (2020) *Naar een toekomstbestendig zorgstelsel*, Den Haag: Inspectie der Rijksfinanciën.
- IGJ (2019) *Rapport Wmo toezicht 2019 | Rapport aan de minister over de uitvoering van het Wmo toezicht door de gemeenten in 2019*, Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.
- Integraal kankercentrum Nederland (2021) *Multidisciplinair overleg*. Beschikbaar op: <https://iknl.nl/nkr/evaluatie-met-nkr-data/multidisciplinair-overleg>.
- Jeugdwet (2014, 1 maart) Beschikbaar op: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2020-01-01>.
- Jeurissen, P., M. Tanke, N. Stadhouders en H. Maarse (2018) 'Gereguleerde competitie en betaalbaarheid in de curatieve zorg', blz. 181-198 in P. Jeurissen, H. Maarse en M. Tanke, (2018) *Betaalbare Zorg*, Den Haag: SDU Uitgevers.

- Kaasalainen, S. et al. (2020) 'Evaluating the feasibility and acceptability of the Namaste Care program in long-term care settings in Canada', *Pilot and Feasibility Studies*, 6(34). doi: 10.1186/s40814-020-00575-4.
- KBO-PCOB en Villans (2021) *Vorbereiding op het gesprek in het ziekenhuis*. Beschikbaar op: <https://www.zorgvoorbeter.nl/zorgvoorbeter/media/documents/thema/persoonsgerichte-zorg/patientenfolder-samen-beslissen-ouderen.pdf> [23 juni 2021].
- Klerk, M. de, D. Verbeek-Oudijk, I. Plaisier en M. den Draak (2019) *Zorgen voor thuiswonende ouderen*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (2013) *Verloskundig Samenwerkingsverband*. Beschikbaar op: <https://www.knov.nl/samenwerken/tekstpagina/330-3/verloskundig-samenwerkingsverband-vsv/hoofdstuk/56/verloskundig-samenwerkingsverband-vsv>.
- Kuijper, K. (2020) *CBS-onderzoek: kenmerken wanbetalers zorgverzekering*. Beschikbaar op: <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2021/cbs-onderzoek-kenmerken-wanbetalers-zorgverzekering> [23 juni 2021].
- Leeuwen, K.M. van, A.P. Jansen, M.E. Muntinga, J.E. Bosmans, M.J. Westerman, M.W. van Tulder en H.E. van der Horst (2015) 'Exploration of the content validity and feasibility of the EQ-5D-3L, ICECAP-o and ASCOT in older adults', *BMC Health Services Research*, 15: 1-10.
- Ling T., L. Brereton, A. Conklin, J. Newbould and M. Roland (2012) 'Barriers and facilitators to integrating care: experiences from the English Integrated Care Pilots,' *International Journal of Integrated Care* 12, 5: 129.
- Looman W.M., R. Huijsman and I.N. Fabbriocotti (2019) 'The (cost-)effectiveness of preventive, integrated care for community-dwelling frail older people: A systematic review', *Health and Social Care in the Community* 27, 1: 1-30.
- Maassen H. (2018) *Het labyrint van de Regelgeving*. Beschikbaar op: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/het-labyrint-van-de-regelgeving.htm>.
- Meijer, M., A. Brabers, A. Victoor en J. de Jong, J. (2020) *Consumentenpanel Gezondheidszorg-Feitenblad*, Utrecht: Nivel.
- Mesman, R., G. Hesselink en S. Groenewoud (2019) *Verzilveren met ontschotting. Onderzoek naar succes- en faalfactoren, opschaling, maatschappelijke kosten en baten*, Nijmegen: IQ Scientific Center for Quality of Healthcare.
- Minkman, M.M.N., S.A. Ligthart and R. Huijsman (2009), 'Integrated dementia care in The Netherlands: a multiple case study of case management programmes', *Health and Social Care in the Community* 17, 5: 485-494.
- Mulley, A.G., C. Trimble and G. Elwyn (2012) 'Stop the silent misdiagnosis: Patients' preferences matter', *BMJ (Online)*, 345:e6572. doi: 10.1136/bmj.e6572.
- National Institute for Health and Care Excellence (2013) *The social care guidance manual*. Beschikbaar op: <https://www.nice.org.uk/process/pmg10/resources/the-social-care-guidance-manual-pdf-72286648234693>.
- NICE (z.d.) *NICE technology appraisal guidance*. Beschikbaar op: <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/technology-appraisal-guidance>.
- Nooteboom, L.A., E.A. Mulder, C.H.Z. Kuiper, O.F. Colin and R.R.J.M. Vermeiren (2021) 'Towards Integrated Youth Care: A Systematic Review of Facilitators and Barriers for Professionals,' *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 48: 88-105.
- OECD (2018) *Pharmaceutical reimbursement and pricing in Germany*. Beschikbaar op: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Pharmaceutical-Reimbursement-and-Pricing-in-Germany.pdf>.

- Ouwens, M., H. Wollersheim, R. Hermens, M. Hulscher en R. Grol (2005) 'Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews', *International Journal for Quality in Health Care* 17, 2: 141-146.
- Pel-Littel, R.E. et al. (2020) 'The development of the evidence-based sDMMCC intervention to improve shared decision making in geriatric outpatients: The DICO study', *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 20(1): 35. doi: 10.1186/s12911-020-1022-6.
- Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information Project (n.d.) *PPRI profiles/briefs*. Beschikbaar op: [https://ppri.goeg.at/ppri\\_pharma\\_profiles](https://ppri.goeg.at/ppri_pharma_profiles)
- Polder, J. (2018), 'Zorguitgaven', in P. Jeurissen, H. Maarse, M. Tanke, eds., *Betaalbare Zorg*, Den Haag: SDU.
- RMO (2008) *De ontkokering voorbij. Slim organiseren voor meer regelruimte*, Amsterdam: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- RVZ (2001) *Care en cure*, Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Zorg.
- Raaijmakers, L.G., F.J. Hamers, M.K. Martens, C. Bagchus, N.K. de Vries en S.P.J. Kremers (2013) 'Perceived facilitators and barriers in diabetes care: a qualitative study among health care professionals in the Netherlands', *BMC Family Practice* 14: 114.
- Radboudumc (2021) *Zinvolle Registratie leidt tot minder registratielast en meer kwaliteitsverbeteringen*. Beschikbaar op: <https://www.radboudumc.nl/nieuws/2021/zinvolle-registratie-leidt-tot-minder-registratielast-en-meer-kwaliteitsverbeteringen> [23 juni 2021].
- RIVM (2010) *Gezondheidsbevordering en preventie in het onderwijs. Stand van zaken, effectiviteit en ervaringen van ggd'en en scholen*, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM (2012) *Drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg*, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM (2015) *Integrale gezondheidszorg: meer dan de som der delen*, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM (2018) *Methodologie Trendscenarió VTV-2018 Versie 2*, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM (2020) *Preventie in de Wet publieke gezondheid*, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Rijksoverheid (2019) *Rijksbegroting vws*. Beschikbaar op: [https://www.rijksbegroting.nl/2019/voorbereiding/begroting,kst248591\\_31.html](https://www.rijksbegroting.nl/2019/voorbereiding/begroting,kst248591_31.html)
- Rocks, S., D. Berntson, A. Gil-Salmerón, M. Kadu, N. Ehrenberg, V. Stein en A. Tsiachristas (2020) 'Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis', *The European Journal of Health Economics* 21, 8: 1211-1221.
- Savelberg, W. en D. de Bruijn (2019) *Samen Beslissen: ziekenhuis & zorgverzekeraar in gesprek*, Maastricht: MUMC.
- Seeber, A.A., A.J. Pols, A. Hijdra, H.F. Grupstra, D.L. Willems and M. de Visser (2019) 'Advance care planning in progressive neurological diseases: Lessons from ALS', *BMC Palliative Care*, 18(1) doi: 10.1186/s12904-019-0433-6.
- Timmins, N. (2019) *NICE at 20: a cause for celebration*. Beschikbaar op: <https://www.kingsfund.org.uk/blog/2019/03/nice-at-20>.
- TLV Dental and Pharmaceutical Benefits Agency (z.d.) *Welcome to the TLV*. Beschikbaar op: <https://www.tlv.se/in-english.html>.
- Tweede Kamer (2009/2020) *Kamerstukken II 2009/2010, 32 296, nr. 8*.
- Vektis (2019) *Zorgthermometer: Verzekerden in beeld. Inzicht in het overstapseizoen*, Zeist: Vektis.



- Verhoeks, G. en M. Soeters (2015) *Financiering van preventie. Analyse van knelpunten en inventarisatie van nieuwe oplossingen*, Wassenaar: ZorgmarktAdvies.
- Vonk, R.A.A., H.B.M. Hilderink, M.H.D. Plasmans, G.J. Kommer en J.J. Polder (2020), *Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060. Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Deel 1: toekomstprojecties*, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Wessels, K. en G. van Driesten (2018) *Zó werkt de zorg in Nederland*, Amsterdam: De Argumentenfabriek.
- Wet langdurige zorg (2014) Beschikbaar op: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035917/2020-01-01>.
- Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (2020) Beschikbaar op: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/2020-01-01>.
- WHO (2011) *Bismarck vs. Beveridge: Is there an increasing convergence between health financing systems?* Copenhagen: World Health Organization. Beschikbaar op: <https://www.oecd.org/gov/budgeting/49095378.pdf>.
- WHO (2016) *Integrated Care models: An overview*. Copenhagen: World Health Organisation.
- WHO (2021) *Palliative care*, Copenhagen: World Health Organization. Beschikbaar op: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [23 juni 2021].
- WHO Europe (2018) *Medicines reimbursement policies in Europe*. Copenhagen: World Health Organization. Beschikbaar op: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf?ua=1](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf?ua=1).
- Wolfe, I., R.M. Satherley, E. Scotney, J. Newham en R. Lingam (2020) 'Integrated Care Models and Child Health: A Meta-analysis', *Pediatrics* 145, 1: e20183747.
- Wouterse, B. en H. ter Rele (2016), *Financiering van de zorg op de lange termijn: beschrijving analyses*, CPB-Policy Brief 2016/10 Den Haag: Centraal Planbureau.
- ZonMw (2005) *Diabetes Ketenzorg*, Den Haag: ZonMw. Beschikbaar op: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/programmas/programma-detail/diabetes-ketenzorg>.
- ziN (2015) *Beoordeling stand van wetenschap en praktijk*, Diemen: Zorginstituut Nederland.
- ziN (2016) *Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg*, Diemen: Zorginstituut Nederland.
- ziN (2017b) *Pakketadvies in de praktijk: wikken en wegen voor een rechtvaardig pakket*, Diemen: Zorginstituut Nederland.
- ziN (2017a) *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg*, Diemen: Zorginstituut Nederland.
- ziN (2019) *Rapportage kwartiermakersfase Zorgevaluatie en Gepast Gebruik*, Diemen: Zorginstituut Nederland.
- ziN (2020) *Organogram Zorginstituut Nederland 2020*, Diemen: Zorginstituut Nederland.
- ziN (z.d.) *Commissies*. Beschikbaar op: <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/commissies>.
- Zorgverzekeringswet. Beschikbaar op: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2020-01-01>.

# Kiezen voor houdbare zorg

Mensen, middelen en  
maatschappelijk draagvlak

---

Vroeg of laat krijgt iedereen te maken met gezondheidsproblemen. We vertrouwen erop dat er dan tijdig zorg van goede kwaliteit beschikbaar is. De Nederlandse zorg presteert over het algemeen goed, maar er zijn in delen van de zorg grote knelpunten. Om kwaliteit en toegankelijkheid te kunnen borgen dient de zorg financieel, personeel en in maatschappelijk opzicht houdbaar te zijn. Deze drie dimensies van houdbaarheid staan echter steeds meer onder druk door ontwikkelingen als vergrijzing, de opkomst van nieuwe zorgtechnologie en de toename van het aantal chronisch zieken. De WRR concludeert dat goede en houdbare zorg voor iedereen keuzes vergt. We moeten weloverwogen, heldere en soms scherpe prioriteiten stellen. Dat is allereerst een verantwoordelijkheid van de politiek, maar daarnaast ook van zorgverleners in alle sectoren en van burgers zelf. Deze en andere aanbevelingen doet de WRR in het rapport *Kiezen voor Houdbare Zorg*.  
*Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak.*

WRR

WETENSCHAPPELIJKE RAAD VOOR HET REGERINGSBELEID

