



Transitiekosten Zorgkeuzes in kaart

Definitieve rapportage

Maart 2020



Inhoud

Managementsamenvatting	3
1. Inleiding	9
2. Methode	11
3. Resultaten onderzoek zes casussen en twee hypothetische beleidsopties en reflectie op de rekenregel	15
4. Aanbevelingen	24
Bijlagen	26
A. Casus 1 - Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007	27
B. Casus 2 - Implementatie DOT in ziekenhuizen 2012	37
C. Casus 3 - Vorming Nationale Politie 2013	47
D. Casus 4 - National Program for IT NHS (Engeland) 2002	55
E. Casus 5 - Invoering Quality Outcome Framework (Engeland) 2004	64
F. Casus 6 - Invoering Health and Social Care Act (Engeland) 2012	71
G. Hypothetische beleidsoptie 1 - Medisch specialisten in loondienst	76
H. Hypothetische beleidsoptie 2 - Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders	84
I. Visuele weergave methode 1: Kwantitatieve onderbouwing op basis van conceptueel model	92
J. Overzicht resultaten alle scenario's casussen	94

De contactpersonen bij KPMG voor dit rapport zijn:

David Ikkersheim
KPMG Health
Partner
Tel: +31 6 41839626
Ikkersheim.David@kpmg.nl

Arno de Vries
KPMG Health
Senior manager
Tel: +31 6 83555080
deVries.Arno@kpmg.nl

Onderzoek in vijf stappen naar kwantitatieve onderbouwing rekenregel Zorgkeuzes in Kaart 2015

Onderzoek naar kwantitatieve onderbouwing rekenregel Zorgkeuzes in Kaart 2015

Het doel van Zorgkeuzes in Kaart is om een breed scala aan beleidsopties voor de zorg te inventariseren. Politieke partijen worden in staat gesteld om maatregelen aan te dragen op het gebied van de zorg. Deze worden doorgerekend door het Centraal Planbureau (CPB), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het ministerie van Financiën. Net als in 2015, bestaat de wens om naast de beleidsopties zelf ook de daarmee gepaard gaande transitiekosten in te schatten. De rekenregel die in 2015 is toegepast (zie tabel op pagina 5), is beperkt kwantitatief onderbouwd.

In dit onderzoek zijn transitiekosten van zes casussen binnen en buiten de zorg in kaart gebracht. Ook zijn twee hypothetische beleidsopties uitgewerkt. Het onderzoek geeft daarmee antwoord op de volgende vragen:

1. Doe een kwantitatieve verkenning naar de kosten van transities (5 à 10).
2. Doe aanvullend onderzoek naar de verwachte grootte van hypothetische beleidsopties in de zorg en de vergelijkbaarheid met andere transities.
3. Reflecteer op de rekenregel voor transitiekosten Zorgkeuzes in Kaart uit 2015.
4. Pas de inzichten van deze verkenningen toe op een nieuw voorstel voor een rekenregel voor transitiekosten in de zorg.

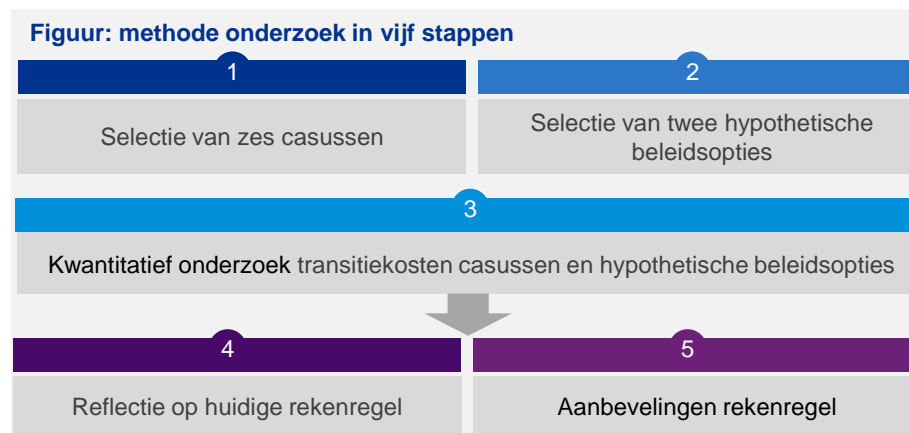
Onderzoek in vijf stappen

Het onderzoek is uitgevoerd in vijf stappen: 1) selectie van zes casussen, 2) selectie van twee hypothetische beleidsopties, 3) kwantitatief onderzoek transitiekosten, 4) reflectie op de huidige rekenregel en 5) aanbevelingen voor een nieuw voorstel voor een rekenregel. De vijf stappen zijn weergegeven in de figuur rechts.

In stap 3, kwantitatief onderzoek transitiekosten, zijn voor de casussen drie methoden gehanteerd. Transitiekosten zijn bepaald op basis van 1) een conceptueel model, 2) begrote transitiekosten en 3) gerealiseerde transitiekosten. Voor ieder van de zes casussen is steeds gekeken welke methode toegepast kon worden en welke het meest geschikt is. Dit was afhankelijk van beschikbare data.

Transitiekosten voor de twee hypothetische beleidsopties zijn aan de hand van twee varianten gekwantificeerd: 1) theoretische inschattingen en 2) op basis van de mediaan van de gemiddelde transitiekosten van de zes casussen.

Voor alle casussen en hypothetische beleidsopties is gebruik gemaakt van documentatieonderzoek, interviews met experts en analyses van openbare data.



Kwantitatief onderzoek bij zes casussen ter onderbouwing van de rekenregel transities in de zorg

Transitiekosten voor zes casussen in kaart gebracht

In dit onderzoek zijn voor zes casussen binnen en buiten de zorg transitiekosten in kaart gebracht.

De tabel rechts geeft een overzicht van de resultaten. Per casus is de duur van de transitie gegeven. Daarbij zijn de gemiddelde transitiekosten per jaar berekend als percentage van het totale budget en de cumulatieve transitiekosten over de looptijd van de transitie.

Indien voor een casus meerdere scenario's zijn onderzocht, is in de tabel het meest waarschijnlijke scenario opgenomen. We zijn daarbij zoveel mogelijk uitgegaan van gerapporteerde gerealiseerde transitiekosten. Een overzicht van de resultaten van overige scenario's is opgenomen in bijlage J.

In dit onderzoek hebben we slechts 6 casus onderzocht. Uit deze casus blijkt in de helft van de gevallen een hoger percentage transitiekosten dan de huidige rekenregel. Aangezien de beschreven casus de eerste kwantitatieve analyses zijn over transitiekosten lijkt het voor de hand te liggen de rekenregel naar boven aan te passen. Anderzijds, gaat het hier om slechts 6 casus, met best forse variatie tussen casus. Dit pleit vooral voor het analyseren voor een groter aantal casus om zo een beter, meer betrouwbaar beeld over transitiekosten te ontwikkelen. In casus 1 - Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007 en casus 6 - Invoering van de Health and Social Care Act (Engeland) 2012 zijn de gemiddelde transitiekosten per jaar en de cumulatieve transitiekosten het hoogst. Onze bevindingen zijn daarbij mogelijk nog een onderschatting van de transitiekosten doordat niet alle kostencomponenten gerapporteerd, gekwantificeerd en/of vastgelegd worden (zie verdere toelichting op pagina 8).

Tabel: Resultaten kwantitatieve onderbouwing zes casussen binnen en buiten de zorg

Casus ^(D)	Duur transitie (in jaren)		Gemiddelde transitiekosten per jaar ^(A,B)	=	Cumulatieve transitiekosten ^(C)
Casus 1 - Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007 ^(E)	5	x	6,2%	=	31,0%
Casus 2 - Implementatie DOT in ziekenhuizen 2012	5	x	0,5%	=	2,3%
Casus 3 - Vorming nationale politie 2013	6	x	1,0%	=	6,0%
Casus 4 - National Program for IT NHS (Engeland) 2002 ^(E)	10	x	1,3%	=	13,0%
Casus 5 - Invoering Quality Outcome Framework (Engeland) 2004	6	x	3,2%	=	19,2%
Casus 6 - Invoering Health and Social Care Act (Engeland) 2012	5	x	7,9%	=	39,5%

Noot: (A) Voor casus 1 is scenario 1 weergegeven, voor casus 3 scenario 1, voor casus 4 scenario 2, voor casus 5 scenario 4 en voor casus 6 scenario 3 van variant 1. Voor iedere casus is steeds het meest waarschijnlijke scenario weergegeven, waarbij zoveel mogelijk uitgegaan is van gerealiseerde transitiekosten. Resultaten van overige scenario's zijn opgenomen in bijlage J en bijlage A tot en met F. (B) Indien via documentatieonderzoek, interviews met experts en analyses van openbare data geen data beschikbaar bleek, is gewerkt met schattingen en aannames. (C) Percentage berekend door de som van transitiekosten over alle transitiejaren te delen door de som van het totale budget / de totale uitgave over alle transitiejaren (D) Percentage berekend door de gemiddelde transitiekosten per jaar te vermenigvuldigen met de duur van de transitie. Dit getal is bedoeld om een indicatie te geven van de transitiekosten voor de gehele looptijd van de transitie in vergelijking met de andere casussen. (E) In deze cijfers zijn geleden verliezen door aanbieders en marktpartijen die gerelateerd zijn aan de transitie ook meegerekend. Indien er voor wordt gekozen om uit te gaan van netto collectieve zorguitgaven, en deze verliezen niet mee te nemen, dan komen de gemiddelde transitiekosten per jaar voor casus 1 uit op 2,4% en voor casus 4 op 1,0%.

Op basis van de onderzochte zes casussen lijkt er geen verband te zijn tussen de duur van de transitie en het cumulatief percentage transitiekosten

Op basis van de onderzochte zes casussen lijkt er geen verband te zijn tussen de duur van de transitie en het cumulatief percentage transitiekosten

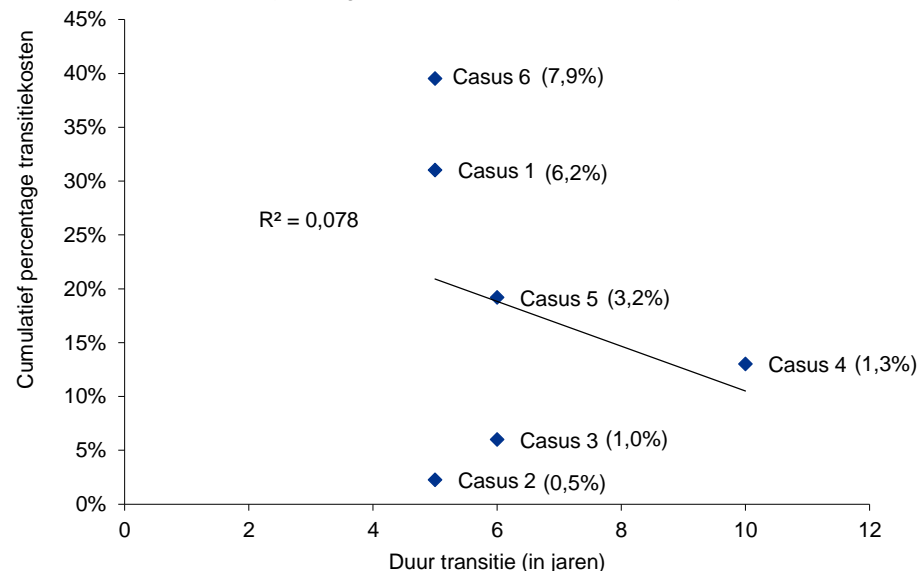
In de huidige rekenregel wordt gewerkt met 3,0% transitiekosten voor kleine stelselwijzigingen (2 jaar), 7,5% voor middelgrote stelselwijzigingen (5 jaar) en 12,0% voor grote stelselwijzigingen (8 jaar). Dit komt neer op 1,5% transitiekosten per jaar. Zie de tabel rechts voor de huidige rekenregel. In de huidige rekenregel worden de cumulatieve transitiekosten daarmee bepaald door de duur van de transitie.

In de grafiek rechts is voor de zes casussen de duur van de transitie afgezet tegen het cumulatief percentage transitiekosten. Voor de onderzochte zes casussen lijkt er geen verband te bestaan tussen de duur van de transitie en het cumulatief percentage transitiekosten ($R^2=0,078$). Het betekent niet dat definitief vastgesteld kan worden dat er geen verband is, daarvoor is het aantal onderzochte casussen te klein. Het roept echter wel de vraag op of 1,5% maal de duur van de transitie een goede inschatting geeft van de verwachte transitiekosten. We raden aan aanvullend onderzoek te doen naar een groter aantal transities. Uit het onderzoek moet blijken of er mogelijk toch een verband is tussen de duur van de transitie en het cumulatief percentage transitiekosten, of dat het verband inderdaad ontbreekt (zie pagina 8).

Tabel: Huidige rekenregels transitiekosten⁽¹⁾

Omvang stelselwijziging	Duur transitie (in jaren)		Transitiekosten per jaar		Transitiekosten als % budgettaire grondslag
Klein	2	x	1,5%	=	3,0%
Middelgroot	5	x	1,5%	=	7,5%
Groot	8	x	1,5%	=	12,0%

Er lijkt geen verband te zijn tussen cumulatief percentage transitiekosten en duur van de transitie in jaren (per casus tussen haakjes de gemiddelde transitiekosten per jaar)



Bronnen: (1) [Zorgkeuzes in kaart, Technische werkgroep Zorgkeuzes in kaart \(2015\)](#)

De huidige rekenregel houdt mogelijk onvoldoende rekening met variatie in het percentage jaarlijkse transitiekosten

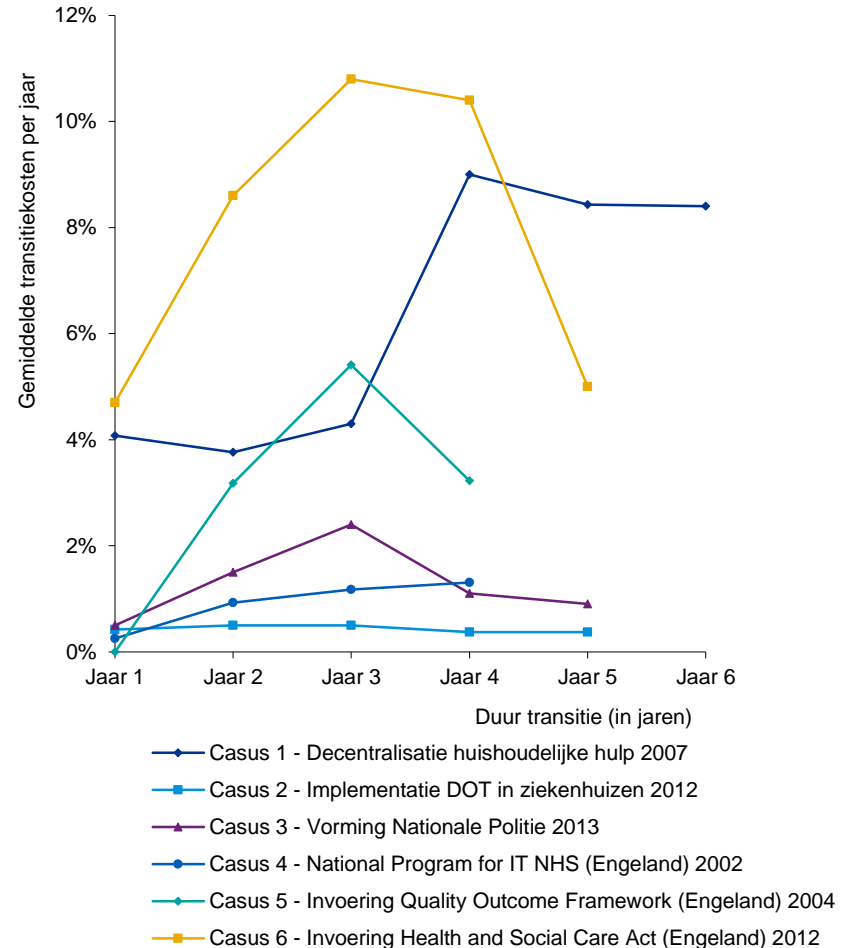
In de zes onderzochte casussen variëren de percentages jaarlijkse transitiekosten en is het percentage transitiekosten niet gelijk verdeeld over de jaren

De zes onderzochte casussen laten een variatie zien in de jaarlijkse transitiekosten. Deze variatie heeft betrekking op twee punten:

- De gemiddelde jaarlijkse transitiekosten variëren per casus. In de zes onderzochte casussen is het minimum 0,5%, het maximum 7,9% en de mediaan 2,3%.
- De gemiddelde jaarlijkse transitiekosten veronderstellen een gelijke verdeling van de transitiekosten over de looptijd van de transitie. Echter, in vier van de zes casussen zien we dat het percentage transitiekosten in de eerste jaren toeneemt en daarna weer afneemt. Dit is het geval bij de decentralisatie huishoudelijke hulp (casus 1), de vorming van de Nationale Politie (casus 3), de invoering van het Quality Outcome Framework (casus 5) en de invoering van de Health and Social Care Act (casus 6).

De huidige rekenregel houdt mogelijk onvoldoende rekening met deze variatie. De variatie wordt namelijk niet meegenomen in de huidige rekenregel.

Grafiek: Gemiddelde transitiekosten per jaar



Gemiddelde jaarlijkse transitiekosten voor hypothetische beleidsopties op basis van theoretische inschattingen (0,9%^(A)) waarschijnlijk een onderschatting

Gemiddelde jaarlijkse transitiekosten voor hypothetische beleidsopties op basis van theoretische inschattingen (0,9%^(A)) waarschijnlijk een onderschatting

Naast de zes casussen, is kwantitatief onderzoek gedaan naar twee hypothetische beleidsopties in de zorg om te kijken of dit tot aanvullende inzichten leidt in transitiekosten. De hypothetische beleidsopties zijn geselecteerd op basis van plannen van politieke partijen binnen Zorgkeuzes in Kaart. De beleidsopties zijn daarmee hypothetisch en niet geselecteerd op basis van waarschijnlijkheid. In dit onderzoek worden geen uitspraken gedaan over de (on)wenselijkheid van deze hypothetische beleidsoptie. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de resultaten van de twee hypothetische beleidsopties.

De theoretische inschattingen geven in beide onderzochte hypothetische beleidsopties gemiddelde jaarlijkse transitiekosten van. Dit is lager dan de 1,5% per jaar in de huidige rekenregel. Echter, 0,9% is waarschijnlijk een onderschatting en kan circa vijf tot tien keer hoger liggen. Mogelijke oorzaken van onderschatting zijn:

- De theoretische inschattingen zijn met name gebaseerd op lopende kosten. Waardeoverdracht en verandering, onzekerheid en gedragseffecten zijn niet of nauwelijks gerapporteerd. Ook konden onzekere factoren niet of nauwelijks gekwantificeerd worden voor beide hypothetische beleidsopties. Denk hierbij aan mogelijke juridische procedures in hypothetische beleidsoptie 2.
- De duur van de transitie (in aantal jaren) is de andere variabelen in het cumulatief percentage transitiekosten. Ook deze variabele kan hoger zijn dan de huidige inschattingen, door bijvoorbeeld juridische procedures die

mogelijk langer duren dan op voorhand ingeschat.

Waardeoverdracht grote kostencomponent, maar moeilijk in kaart te brengen

Daarnaast zijn er transitiekosten van het type ‘waardeoverdracht’. Het gaat in de twee hypothetische beleidsopties om de afkoopsom ter compensatie van de misgelopen goodwill van de vrijgevestigde medisch specialisten en om waardeoverdracht van zorgverzekeraars. Deze kosten vallen buiten de genoemde 1,5% transitiekosten in de huidige rekenregel. In beide hypothetische beleidsopties is waardeoverdracht een grote kostencomponent, maar deze component is moeilijk in kaart te brengen.

Tabel: Resultaten kwantitatieve onderbouwing twee hypothetische beleidsopties in de zorg (exclusief waardeoverdracht)

Hypothetische beleidsoptie	Variant	Duur transitie (in jaren)		Gemiddelde transitiekosten per jaar ^(A,B,C)	Cumulatieve transitiekosten ^(D)
1 - Medisch specialisten in loondienst	Variant 1: theoretische inschattingen	5	x	0,9%	= 4,3%
2 - Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders	Variant 1: theoretische inschattingen	10	x	0,9%	= 9,3%

Noot: (A) Exclusief waardeoverdracht.
 (B) Indien via documentatieonderzoek, interviews met experts en analyses van openbare data geen data beschikbaar bleek, is gewerkt met schattingen en aannames.
 (C) Percentage berekend door de som van hypothetische transitiekosten over alle transitiejaren te delen door de som van het totale budget / de totale uitgave over alle transitiejaren
 (D) Cumulatieve hypothetische transitiekosten berekend door de gemiddelde transitiekosten per jaar te vermenigvuldigen met de duur van de transitie. Dit getal is bedoeld om een indicatie te geven van de transitiekosten voor de gehele looptijd van de transitie in vergelijking met de andere casussen.

Huidige rekenregel leidt waarschijnlijk deels tot onderschatting transitiekosten. Aanvullend onderzoek nodig om dit te bevestigen

De huidige rekenregel leidt waarschijnlijk deels tot een onderschatting van de transitiekosten

De huidige rekenregel gaat uit van 3,0% transitiekosten voor kleine stelselwijzigingen (2 jaar), 7,5% voor middelgrote stelselwijzigingen (5 jaar) en 12,0% voor grote stelselwijzigingen (8 jaar). Dit komt neer op 1,5% transitiekosten per jaar. Op basis van dit onderzoek lijkt 1,5% maal de duur van de transitie een onderschatting van de transitiekosten te geven.

- De gemiddelde jaarlijkse transitiekosten variëren per casus. Op basis van de zes onderzochte casussen is de mediaan 2,3%, het minimum 0,5%, en het maximum 7,9%. Drie casussen lijken een hoger gemiddeld jaarlijks percentage te hebben dan 1,5% en drie lager dan 1,5%. Mogelijk leidt de rekenregel voor deze drie casussen tot een onderschatting van de transitiekosten.
- Het gemiddeld jaarlijks percentage transitiekosten voor de andere drie casussen komt op basis van beschikbare data lager uit dan 1,5%. Onze bevindingen zijn daarbij mogelijk nog een onderschatting van de transitiekosten doordat niet alle kostencomponenten gerapporteerd, gekwantificeerd en/of vastgelegd worden^(A). Voorbeelden zijn de extra kosten die ziekenhuizen hebben gemaakt bij accountants voor hun jaarcontroles bij de implementatie van DOT's en de transitiekosten die huisartsen hebben gemaakt om het QOF te implementeren. Oorzaken lijken te zijn:
 - De lopende kosten worden onderschat, onder andere omdat de transitiekosten moeilijk te scheiden zijn van de kosten voor de dagelijkse bedrijfsvoering. Dit geldt bijvoorbeeld voor de casus van de vorming van de Nationale Politie.
 - Onzekerheid en gedragseffecten zijn als transitiekosten niet of nauwelijks gerapporteerd in bijvoorbeeld begrotingen en jaarrekeningen.

- Daarnaast zijn waardeoverdracht en verandering geen onderdeel van de huidige rekenregel. Echter, in beide hypothetische beleidsopties wordt waardeoverdracht ingeschat als een grote kostencomponent.

Aanvullend onderzoek nodig om dit te bevestigen en eventueel tot een nieuw voorstel voor een rekenregel te komen

In het huidige onderzoek zijn zes casussen en twee hypothetische beleidsopties gekwantificeerd. De transitiekosten van de zes casussen lopen uiteen. De transitiekosten van de hypothetische beleidsopties geven waarschijnlijk een onderschatting. De resultaten leveren daarmee niet een duidelijk en eenduidig beeld op. Om te komen tot een nieuw voorstel voor een rekenregel raden wij aan om aanvullend onderzoek uit te voeren. Alleen op basis van een groot aantal casussen, kunnen meer algemene conclusies getrokken worden en kan een nieuwe rekenregel opgesteld worden.

We raden aan om te starten met circa tien casussen per ministerie, wat neerkomt op een totaal van ongeveer 120 casussen. We raden aan transities uit te werken die verschillen in type en omvang, zodat ook de variatie tussen casussen onderzocht kan worden. Denk hierbij bijvoorbeeld aan transities met een verschillende duur, binnen en buiten de zorg, en bijvoorbeeld in verschillende subsectoren van de zorg, met en zonder grote IT-component en met en zonder personele regorganisatie.

Noot: (A) Dit geldt voor alle zes de casussen, waar mogelijk is in er gewerkt met aannames om tot een kwantificering te komen. Dit is niet altijd gelukt, met name voor onzekerheid en gedragseffecten.



1. Inleiding

1. Inleiding

Reflectie op de rekenregel transitiekosten Zorgkeuzes in Kaart op basis van kwantitatief onderzoek

Zorgkeuzes in Kaart 2020 om beleidsopties in de zorg te inventariseren

Het kabinet heeft besloten om in opvolging van het traject Zorgkeuzes in Kaart uit 2015 een nieuw traject te starten: Zorgkeuzes in Kaart 2020. Het doel van Zorgkeuzes in Kaart is om een breed scala aan beleidsopties voor de zorg te inventariseren. Politieke partijen worden in staat gesteld om maatregelen aan te dragen op het gebied van de zorg. Deze worden doorgerekend door het Centraal Planbureau (CPB), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het ministerie van Financiën. Hiermee wil het kabinet samen met het CPB ondersteuning bieden aan de toekomstige politieke besluitvorming over de zorg.

Onderbouwing bij huidige rekenregel transitiekosten Zorgkeuzes in Kaart is beperkt

Net als in 2015, bestaat de wens om naast de beleidsopties zelf ook de daarmee gepaard gaande transitiekosten in te schatten. De rekenregel die in 2015 is toegepast, is beperkt kwantitatief onderbouwd. Het is daarom wenselijk om de regel opnieuw tegen het licht te houden, kwantitatieve onderbouwing te zoeken en waar nodig aanpassingen te maken.

Uw vraag

Dit heeft geleid tot de volgende vraagstelling van voorliggend onderzoek:

1. Doe een kwantitatieve verkenning naar de kosten van transities (5 à 10).
2. Doe aanvullend onderzoek naar de verwachte grootte van hypothetische beleidsopties in de zorg en de vergelijkbaarheid met andere transities.
3. Reflecteer op de rekenregel voor transitiekosten Zorgkeuzes in Kaart uit 2015.

4. Pas de inzichten van deze verkenningen toe op een nieuw voorstel voor een rekenregel voor transitiekosten in de zorg.

Scope van het onderzoek: kwantitatieve onderbouwing van de rekenregel

In dit onderzoek zijn transitiekosten in kaart gebracht van zes casussen binnen en buiten de zorg en van twee hypothetische beleidsopties. Het onderzoek beperkt zich tot deze zes casussen en twee hypothetische beleidsopties. Op basis hiervan is een kwantitatieve onderbouwing van en reflectie op de rekenregel gegeven.



2. Methode

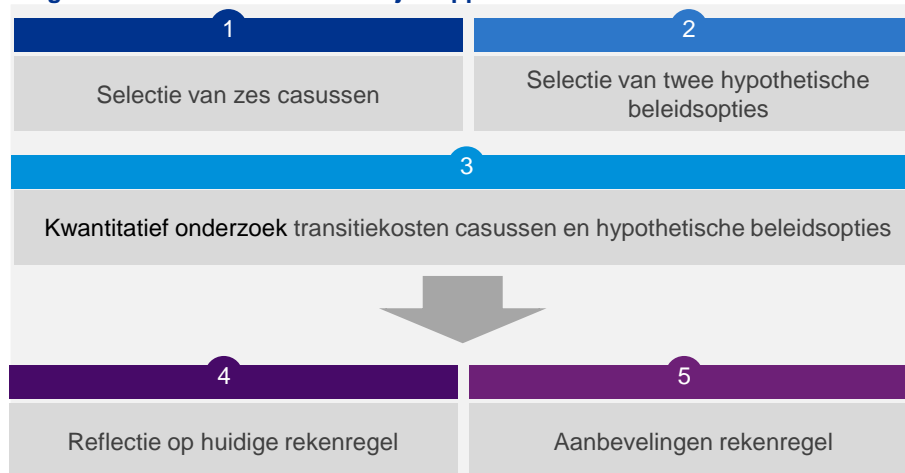
Beantwoording van de onderzoeksvragen aan de hand van zes stappen

Beantwoording van de vragen aan de hand van een methode in vijf stappen

De onderzoeksvragen worden beantwoord met een methode die bestaat uit vijf stappen (rechts weergegeven en onderstaand beschreven).

- 1 Selectie zes casussen: met het Ministerie van VWS, het CPB en het Ministerie van Financiën zijn zes casussen geselecteerd van stelselwijzigingen. De stelselwijzigingen vallen binnen en buiten de zorg, vinden plaats in Nederland en in Engeland en variëren in omvang.
- 2 Selecteren twee hypothetische beleidsopties: met het Ministerie van VWS, het CPB en het Ministerie van Financiën zijn twee hypothetische beleidsopties in de zorg geselecteerd. De hypothetische beleidsopties zijn geselecteerd op basis van plannen van politieke partijen binnen Zorgkeuzes in Kaart. De beleidsopties zijn daarmee hypothetisch en niet geselecteerd op basis van waarschijnlijkheid. In dit onderzoek worden geen uitspraken gedaan over de (on)wenselijkheid van deze hypothetische beleidsoptie.
- 3 Kwantitatief onderzoek transitiekosten: voor alle casussen en hypothetische beleidsopties is eerst de transitie in kaart gebracht en vervolgens zijn de transitiekosten gekwantificeerd. Dit is voor de casussen gedaan aan de hand van drie methoden (zie volgende pagina) en voor de hypothetische beleidsopties zijn twee varianten berekend (zie volgende pagina). *Hoofdstuk 3* bevat de uitkomsten van het kwantitatieve onderzoek van de casussen en de hypothetische beleidsopties. Bijlage A tot en met H bevatten de achterliggende uitwerkingen per casus en hypothetische beleidsoptie.
- 4 Reflectie op huidige rekenregel: op basis van stap 3 is gereflecteerd op de huidige rekenregel. Resultaten zijn beschreven in *hoofdstuk 3*.
- 5 Tot slot zijn aanbevelingen opgesteld voor de rekenregel transitiekosten in de zorg, beschreven in *hoofdstuk 4*.

Figuur: Methode onderzoek in vijf stappen



Tabel: Zes casussen

1	Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007
	Implementatie DOT in ziekenhuizen 2012
	Vorming nationale politie 2013
	National Program for IT NHS (Engeland) 2002
	Invoering Quality Outcome Framework (Engeland) 2004
	Invoering Health and Social Care Act (Engeland) 2012

Tabel: Twee hypothetische beleidsopties in de zorg

2	Medisch specialisten in loondienst
	Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders

2. Methode

Casussen gekwantificeerd aan de hand van drie methoden en voor hypothetische beleidsopties twee varianten berekend

Casussen gekwantificeerd aan de hand van drie methoden

In dit onderzoek zijn drie methoden gehanteerd. Voor ieder van de zes casussen is gekeken welke methode toegepast kan worden en welke het meest geschikt is. Dit was afhankelijk van beschikbare data. De drie methoden zijn:

- 1 Berekening op basis van conceptueel model. Het model gaat uit van 1) de totale kosten na de transitie ($P \times Q$), 2) de totale kosten ($P \times Q$) gecorrigeerd voor prijs- en volumeontwikkeling en 3) geschatte totale kosten ($P \times Q$) zonder transitie. Het verschil tussen 2 en 3 zijn de transitiekosten. Een visuele weergave van deze methode is opgenomen in bijlage I. Deze methode is toegepast bij drie casussen.
- 2 Grote transitiekosten: in kaart gebracht op basis van begrotingscijfers.
- 3 Gerealiseerde transitiekosten: in kaart gebracht op basis van bijvoorbeeld evaluaties en jaarrekeningen.

Voor alle drie de methoden is gebruik gemaakt van documentatieonderzoek, interviews met experts en analyses van openbare data.

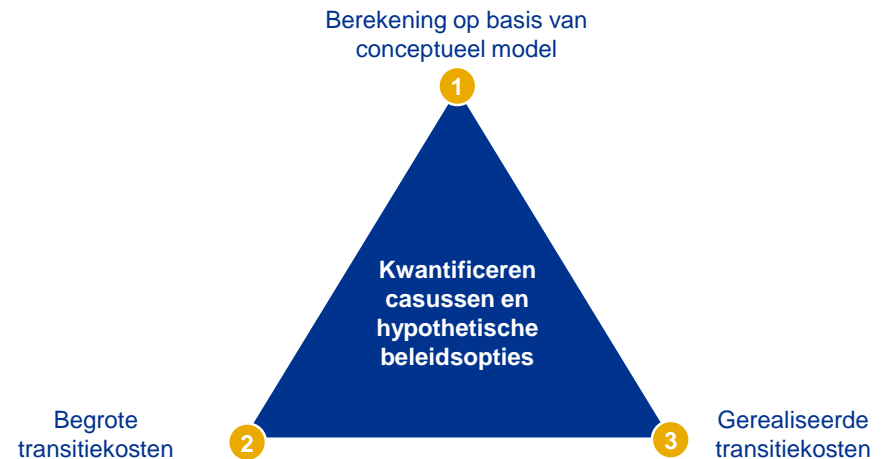
Transitiekosten hypothetische beleidsopties zijn aan de hand van twee varianten gekwantificeerd

Voor de twee hypothetische beleidsopties zijn steeds twee varianten berekend:

1. Variant 1 - theoretische inschattingen: de kwantificering van transitiekosten en onderliggende aannames zijn gebaseerd op inschattingen van met name de lopende kosten. Daarbij zijn gedragseffecten en onvoorziene kosten de grote onzekere factoren, wat waarschijnlijk resulteert in een onderschatting van de transitiekosten in deze variant. Ook zijn relatief kleinere en onzekere kostenposten niet meegenomen, wat mogelijk zorgt voor een verdere onderschatting.

2. Variant 2 - mediaan: transitiekosten zijn bepaald op basis van de mediaan van de gemiddelde transitiekosten van de zes casussen (2,25%).

Figuur: Drie methoden om zes casussen te kwantificeren



2. Methode

Drie fasen van transitieproces in kaart gebracht. Met name data van lopende kosten beschikbaar

Drie fasen van transitieproces in kaart gebracht

In het conceptueel model ontwikkeld voor Zorgkeuzes in Kaart 2015 wordt onderscheid gemaakt in drie fasen van het transitieproces⁽¹⁾:

- 1) Verstoring evenwicht
- 2) Transitie
- 3) Naar nieuw evenwicht

Voor ieder van de casussen en hypothetische beleidsopties zijn deze drie fasen in kaart gebracht.

Met name data van lopende kosten beschikbaar

In het conceptueel model Zorgkeuzes in Kaart 2015 wordt onderscheid gemaakt in vier typen transitiekosten:

- a) Lopende kosten
- b) Waardeoverdracht en verandering
- c) Onzekerheid
- d) Gedragseffecten

In dit onderzoek zijn de vier typen kosten zoveel mogelijk gekwantificeerd. Echter, de data beschikbaar via documentenonderzoek, interviews en analyse van openbare data bevatte met name lopende kosten. Waardeoverdracht en verandering, onzekerheid en gedragseffecten werden niet of nauwelijks onderscheiden.

In de huidige rekenregel wordt gewerkt met 3,0% transitiekosten voor kleine stelselwijzigingen (2 jaar), 7,5% voor middelgrote stelselwijzigingen (5 jaar) en 12,0% voor grote stelselwijzigingen (8 jaar). Dit komt neer op 1,5%

transitiekosten per jaar. Zie onderstaande tabel voor de huidige rekenregel. In deze percentages zijn a) de lopende kosten, c) onzekerheid en d) gedragseffecten meegenomen. b) waardeoverdracht en verandering zijn geen onderdeel van de huidige rekenregel.

Tabel: Huidige rekenregels transitiekosten⁽²⁾

Omvang stelselwijziging	Duur transitie (in jaren)	Transitiekosten per jaar	Transitiekosten als % budgettaire grondslag
Klein	2	x 1,5%	= 3,0%
Middelgroot	5	x 1,5%	= 7,5%
Groot	8	x 1,5%	= 12,0%

Bronnen: (1) [Transitiekosten van stelselwijzigingen in de zorg, SIRM \(2015\)](#), (2) [Zorgkeuzes in kaart, Technische werkgroep Zorgkeuzes in kaart \(2015\)](#)



3. Resultaten onderzoek zes casussen en twee hypothetische beleidsopties en reflectie op de rekenregel

Kwantitatief onderzoek bij zes casussen ter onderbouwing van de rekenregel transitie in de zorg

Transitiekosten voor zes casussen in kaart gebracht

In dit onderzoek zijn voor zes casussen binnen en buiten de zorg transitiekosten in kaart gebracht.

De tabel rechts geeft een overzicht van de resultaten. Per casus is de duur van de transitie gegeven. Daarbij zijn de gemiddelde transitiekosten per jaar berekend als percentage van het budget en de cumulatieve transitiekosten over de looptijd van de transitie. De achterliggende uitwerking van de casussen is opgenomen in bijlage A tot en met F. Indien voor een casus meerdere scenario's zijn onderzocht, is in de tabel het meest waarschijnlijke scenario opgenomen. We zijn daarbij zoveel mogelijk uitgegaan van gerapporteerde gerealiseerde transitiekosten. Een overzicht van de resultaten van overige scenario's is opgenomen in bijlage J.

In dit onderzoek hebben we slechts 6 casus onderzocht. Uit deze casus blijkt in de helft van de gevallen een hoger percentage transitiekosten dan de huidige rekenregel. Aangezien de beschreven casus de eerste kwantitatieve analyses zijn over transitiekosten lijkt het voor de hand te liggen de rekenregel naar boven aan te passen. Anderzijds, gaat het hier om slechts 6 casus, met best forse variatie tussen casus. Dit pleit vooral voor het analyseren voor een groter aantal casus om zo een beter, meer betrouwbaar beeld over transitiekosten te ontwikkelen. In casus 1 - Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007 en casus 6 - Invoering van de Health and Social Care Act (Engeland) 2012 zijn de gemiddelde transitiekosten per jaar en de cumulatieve transitiekosten het hoogst. Onze bevindingen zijn daarbij mogelijk nog een onderschatting van de transitiekosten doordat niet alle kostencomponenten gerapporteerd, gekwantificeerd en/of vastgelegd worden (zie verdere toelichting op pagina 22).

Tabel: Resultaten kwantitatieve onderbouwing zes casussen binnen en buiten de zorg

Casus ^(A)	Duur transitie (in jaren)		Gemiddelde transitiekosten per jaar ^(B,C)	=	Cumulatieve transitiekosten ^(D)
Casus 1 - Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007 ^(E)	5	x	6,2%	=	31,0%
Casus 2 - Implementatie DOT in ziekenhuizen 2012	5	x	0,5%	=	2,3%
Casus 3 - Vorming nationale politie 2013	6	x	1,0%	=	6,0%
Casus 4 - National Program for IT NHS (Engeland) 2002 ^(E)	10	x	1,3%	=	13,0%
Casus 5 - Invoering Quality Outcome Framework (Engeland) 2004	6	x	3,2%	=	19,2%
Casus 6 - Invoering Health and Social Care Act (Engeland) 2012	5	x	7,9%	=	39,5%

Noot: (A) Voor casus 1 is scenario 1 weergegeven, voor casus 3 scenario 1, voor casus 4 scenario 2, voor casus 5 scenario 4 en voor casus 6 scenario 3 van variant 1. Voor iedere casus is steeds het meest waarschijnlijke scenario weergegeven, waarbij zoveel mogelijk uitgegaan is van gerealiseerde transitiekosten. Resultaten van overige scenario's zijn opgenomen in bijlage J en bijlage A tot en met F. (B) Indien via documentatieonderzoek, interviews met experts en analyses van openbare data geen data beschikbaar bleek, is gewerkt met schattingen en aannames. (C) Percentage berekend door de som van transitiekosten over alle transitiejaren te delen door de som van het totale budget / de totale uitgave over alle transitiejaren (D) Percentage berekend door de gemiddelde transitiekosten per jaar te vermenigvuldigen met de duur van de transitie. Dit getal is bedoeld om een indicatie te geven van de transitiekosten voor de gehele looptijd van de transitie in vergelijking met de andere casussen. (E) In deze cijfers zijn geleden verliezen door aanbieders en marktpartijen die gerelateerd zijn aan de transitie ook meegerekend. Indien er voor wordt gekozen om uit te gaan van netto collectieve zorguitgaven, en deze verliezen niet mee te nemen, dan komen de gemiddelde transitiekosten per jaar voor casus 1 uit op 2,4% en voor casus 4 op 1,0%.

3. Resultaten onderzoek zes casussen en twee hypothetische beleidsopties en reflectie op de rekenregel

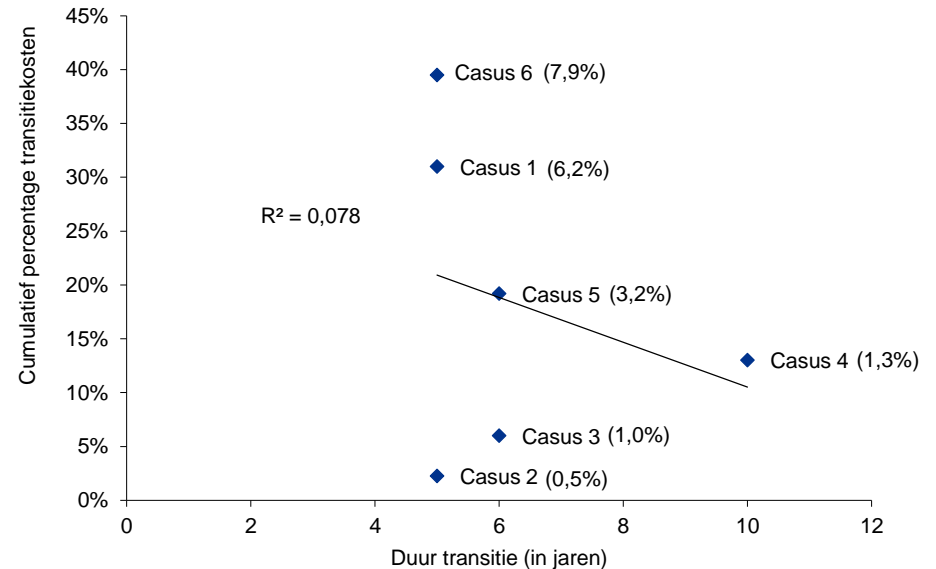
Op basis van de onderzochte zes casussen lijkt er geen verband te zijn tussen de duur van de transitie en het cumulatief percentage transitiekosten

Op basis van de onderzochte zes casussen lijkt er geen verband te zijn tussen de duur van de transitie en het cumulatief percentage transitiekosten

In de huidige rekenregel wordt gewerkt met 3,0% transitiekosten voor kleine stelselwijzigingen (2 jaar), 7,5% voor middelgrote stelselwijzigingen (5 jaar) en 12,0% voor grote stelselwijzigingen (8 jaar). In de huidige rekenregel worden de cumulatieve transitiekosten daarmee bepaald door de duur van de transitie.

In de grafiek rechts is voor de zes casussen de duur van de transitie afgezet tegen het cumulatief percentage transitiekosten. Voor de onderzochte zes casussen lijkt er geen verband te bestaan tussen de duur van de transitie en het cumulatief percentage transitiekosten ($R^2=0,078$). De vraag is daarmee of 1,5% maal de duur van de transitie een goede inschatting geeft van de verwachte transitiekosten. We raden aan aanvullend onderzoek te doen naar een groter aantal transities. Uit het onderzoek moet blijken of er mogelijk toch een verband is tussen de duur van de transitie en het cumulatief percentage transitiekosten, of dat het verband inderdaad ontbreekt (zie hoofdstuk 4).

Grafiek: Er lijkt geen verband te zijn tussen cumulatief percentage transitiekosten en duur van de transitie in jaren
(per casus tussen haakjes de gemiddelde transitiekosten per jaar)



Bronnen: (1) [Zorgkeuzes in kaart, Technische werkgroep Zorgkeuzes in kaart \(2015\)](#)

3. Resultaten onderzoek zes casussen en twee hypothetische beleidsopties en reflectie op de rekenregel

De huidige rekenregel houdt mogelijk onvoldoende rekening met variatie in het percentage jaarlijkse transitiekosten

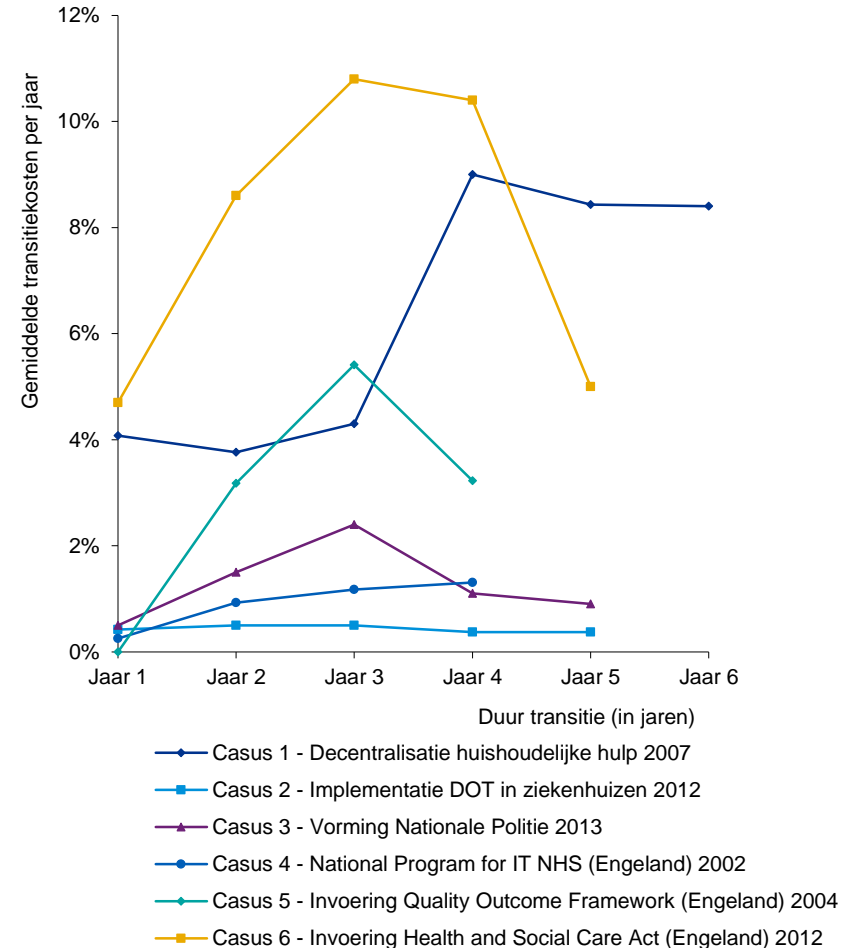
In de zes onderzochte casussen variëren de percentages jaarlijkse transitiekosten en is het percentage transitiekosten niet gelijk verdeeld over de jaren

De zes onderzochte casussen laten een variatie zien in de jaarlijkse transitiekosten. Deze variatie heeft betrekking op twee punten:

- De gemiddelde jaarlijkse transitiekosten variëren per casus. In de zes onderzochte casussen is het minimum 0,5%, het maximum 7,9% en de mediaan 2,3%.
- De gemiddelde jaarlijkse transitiekosten veronderstellen een gelijke verdeling van de transitiekosten over de looptijd van de transitie. Echter, in vier van de zes casussen zien we dat het percentage transitiekosten in de eerste jaren toeneemt en daarna weer afneemt. Dit is het geval bij de decentralisatie huishoudelijke hulp (casus 1), de vorming van de Nationale Politie (casus 2), de invoering van het Quality Outcome Framework (casus 5) en de invoering van de Health and Social Care Act (casus 6).

De huidige rekenregel houdt mogelijk onvoldoende rekening met deze variatie. De variatie wordt namelijk niet meegenomen in de huidige rekenregel.

Grafiek: Gemiddelde transitiekosten per jaar



Geen eenduidige verklaring voor de verschillen in percentages transitiekosten van de zes casussen (1/2)

Geen eenduidige verklaring voor relatief hoge cumulatieve transitiekosten in casus 1 en casus 6 (31,0% en 39,5%)

Zoals op de vorige pagina te zien is, variëren de gemiddelde jaarlijkse transitiekosten. In casus 1 (Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007) en casus 6 (Invoering Health and Social Care Act (Engeland) 2012) zijn de gemiddelde transitiekosten per jaar (respectievelijk 6,2% en 7,9%) en de cumulatieve transitiekosten (respectievelijk 31,0% en 39,5%) het hoogst. Nader onderzoek onder deze casussen lijkt echter geen eenduidige verklaring te geven voor de relatief hoge percentages transitiekosten ten opzichte van de andere casussen.

- In de casus over decentralisatie van huishoudelijke hulp zijn de grootste kostencomponenten het bedrag dat VWS heeft betaald aan gemeenten en de verliezen die aanbieders hebben geleden (onder andere door de toename van marktwerking en de druk op tarieven). Ook in het scenario waarin 75% van de verliezen voor aanbieders meegenomen zijn, blijft het percentage transitiekosten relatief hoog in vergelijking met andere casussen (gemiddeld 5,3% per jaar). Aanbieders waren de eerste jaren na de implementatie van de Wmo nog onvoldoende in staat om zich aan te passen aan de nieuwe situatie, waardoor zij verliezen hebben gemaakt. Deze verliezen worden gezien als transitiekosten. In de daaropvolgende jaren hebben aanbieders strategische keuzes gemaakt en/of de bedrijfsvoering aangepast om aan te sluiten bij de nieuwe werkelijkheid, waarna een nieuwe normaal ontstond.
- Net als in de casus over huishoudelijke hulp, zijn ook in de casus over het National Program for IT grote verliezen geleden, in dit geval door de IT-leveranciers. Bij het NPfIT heeft dit echter niet geleid tot dergelijke hoge percentages transitiekosten.
- In de casus van de Health and Social Care Act is de grootste kostencomponent afvloeiingskosten voor het afvloeien van personeel dat

overgeplaatst moest worden. Deze kostencomponenten zijn verschillend en op basis daarvan kan dus geen eenduidige verklaring gegeven worden voor de hogere transitiekosten in deze casussen. Net als de Health and Social Care Act, is ook de vorming van de Nationale Politie een grote reorganisatie waarbij frictiekosten gemaakt zijn (bijvoorbeeld voor verhuizingen en woon-werkverkeer voor de reorganisatie). Echter, bij de vorming van de Nationale Politie heeft dit niet geleid tot dergelijke hoge percentages transitiekosten.

Grondslag (noemer) heeft invloed op het percentage transitiekosten, maar geeft geen eenduidige verklaring voor verschillen tussen de zes casussen

De grondslag (noemer in de berekening om te komen tot het percentage transitiekosten) heeft een aanzienlijke invloed op het percentage transitiekosten. Het kiezen van een smallere of juist bredere grondslag, kan een grote impact hebben op het percentage transitiekosten. In het onderzoek is als grondslag uitgegaan van de totale uitgaven binnen het domein waarop de transitie betrekking heeft (zie tabel op de volgende pagina voor grondslag per casus). In casus 1 (Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007) is de grondslag bijvoorbeeld het totale budget huishoudelijke hulp, in casus 2 (Implementatie DOT in ziekenhuizen 2012) het budget van ziekenhuizen en in casus 3 (Vorming nationale politie 2013) de totale exploitatiekosten van de politie. In casus 6 zijn twee varianten berekend met een verschillende grondslag.

Hoewel de grondslag invloed heeft op het percentage transitiekosten, geeft het geen eenduidige verklaring voor verschillen tussen de zes casussen.

- In de casus over huishoudelijke hulp is de grondslag het totale budget huishoudelijke hulp. Dit is in lijn met de andere casussen.

Geen eenduidige verklaring voor de verschillen in percentages transitiekosten van de zes casussen (2/2)

- In de casus van de Health and Social Care Act is de grondslag de totale jaarlijkse uitgaven om de zorginkoop uit te kunnen voeren, vallend onder Health and Social Care van de NHS.^(A) Als alternatief is een variant 2 berekend, met als grondslag het totale budget van de Department of Health and Social Care van de NHS. Het percentage transitiekosten is in deze variant lager, omdat de grondslag hoger is. Echter, het lijkt niet zuiver om uit te gaan van het totale budget van het Department of Health and Social Care van de NHS, omdat de casus specifiek betrekking heeft op de transitie naar de Health and Social Care Act en de verschuiving van inkoopmacht die daarmee gepaard ging. Het totale budget van het Department of Health and Social Care van de NHS is naar onze mening een te brede grondslag en geeft een onrealistisch laag percentage transitiekosten.

In beide gevallen lijkt dit daarom niet de verklarende factor te zijn voor een hoger cumulatief percentage transitiekosten.

Aanvullend onderzoek nodig om verklaringen voor hogere transitiekosten in kaart te brengen

Wij raden aan aanvullend onderzoek te doen onder meer casussen om verklaringen voor variatie in transitiekosten in kaart te brengen.

Casus	Grondslag	Toelichting op grondslag
Casus 1 - Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007	Totale budget huishoudelijke hulp	Totale uitgaven binnen het domein waarop de transitie betrekking heeft
Casus 2 - Implementatie DOT in ziekenhuizen 2012	Budget van ziekenhuizen	Totale uitgaven binnen het domein waarop de transitie betrekking heeft
Casus 3 - Vorming nationale politie 2013	Totale exploitatiekosten van de politie	Totale uitgaven binnen het domein waarop de transitie betrekking heeft
Casus 4 - National Program for IT NHS (Engeland) 2002	Totale NHS uitgaven (cumulatief voor de periode)	Totale uitgaven binnen het domein waarop de transitie betrekking heeft
Casus 5 - Invoering Quality Outcome Framework (Engeland) 2004	Totale uitgaven huisartsenzorg na de transitie	Totale uitgaven binnen het domein waarop de transitie betrekking heeft
<i>Variant 1</i> Casus 6 - Invoering Health and Social Care Act (Engeland) 2012 –	Totale administratiekosten ^(A) van Department of Health	Totale uitgaven om zorginkoop jaarlijks plaats te laten vinden, die betrekking hebben op de transitie (gehanteerd in business case berekening NHS)
<i>Variant 2</i> Casus 6 - Invoering Health and Social Care Act (Engeland) 2012 –	Budget van de Department of Health and Social Care van de NHS	Te brede grondslag: casus heeft specifiek betrekking op transitie van zorginkoop binnen de Health and Social Care Act (verschuiving van inkoopmacht).

Noot:

(A) betreft jaarlijkse kosten om de zorginkoop uit te kunnen voeren, in de specifieke casus jaarlijkse kosten voor PCTs en SHAs en na de transitie voor de CCGs

Gemiddelde jaarlijkse transitiekosten voor hypothetische beleidsopties op basis van theoretische inschattingen (0,9%^(A)) waarschijnlijk een onderschatting

Gemiddelde jaarlijkse transitiekosten voor hypothetische beleidsopties op basis van theoretische inschattingen (0,9%^(A)) waarschijnlijk een onderschatting

Naast de zes casussen, is kwantitatief onderzoek gedaan naar twee hypothetische beleidsopties in de zorg om te kijken of dit tot andere inzichten leidt in transitiekosten. De hypothetische beleidsopties zijn geselecteerd op basis van plannen van politieke partijen binnen Zorgkeuzes in Kaart. De beleidsopties zijn daarmee hypothetisch en niet geselecteerd op basis van waarschijnlijkheid. In dit onderzoek worden geen uitspraken gedaan over de (on)wenselijkheid van deze hypothetische beleidsoptie. De tabel op de volgende pagina geeft een overzicht van de resultaten van de twee hypothetische beleidsopties. De achterliggende uitwerking is opgenomen in bijlage G en H.

De theoretische inschattingen geven in beide onderzochte hypothetische beleidsopties gemiddelde jaarlijkse transitiekosten van. Dit is lager dan de 1,5% per jaar in de huidige rekenregel. Echter, 0,9% is waarschijnlijk een onderschatting en kan op basis van ruimte in de schatting vijf tot tien keer hoger liggen. Mogelijke oorzaken van onderschatting zijn:

- De theoretische inschattingen zijn met name gebaseerd op lopende kosten. Waardeoverdracht en verandering, onzekerheid en gedragseffecten zijn niet of nauwelijks gerapporteerd. Ook konden onzekere factoren niet of nauwelijks gekwantificeerd worden voor beide hypothetische beleidsopties. Denk hierbij aan mogelijke juridische procedures in hypothetische beleidsoptie 2.
- De duur van de transitie (in aantal jaren) is de andere variabelen in het cumulatief percentage transitiekosten. Ook deze variabele kan hoger zijn dan de huidige inschattingen.

De kwantificering van transitiekosten en onderliggende aannames zijn in deze variant gebaseerd op inschattingen. De daadwerkelijke uitkomsten van deze schattingen kunnen in de praktijk anders uitpakken.

Op basis van de mediaan van de casussen zijn de cumulatieve transitiekosten tweeëneenhalf keer hoger

Op basis van de mediaan van de zes casussen (2,3%) zijn de cumulatieve transitiekosten tweeëneenhalf keer hoger dan de transitiekosten op basis van de theoretische inschattingen, die voornamelijk een kwantificering van de lopende kosten bevatten. Dit is hoger dan de 1,5% in de huidige rekenregel.

Noot: (A) Exclusief waardeoverdracht.

3. Resultaten onderzoek zes casussen en twee hypothetische beleidsopties en reflectie op de rekenregel

Gemiddelde jaarlijkse transitiekosten voor hypothetische beleidsopties op basis van theoretische inschattingen 0,9%^(A) en op basis van mediaan 2,3%

Waardeoverdracht grote kostencomponent, maar moeilijk in kaart te brengen

Daarnaast zijn er transitiekosten van het type 'waardeoverdracht'. Het gaat in de twee hypothetische beleidsopties om de afkoopsom ter compensatie van de misgelopen goodwill van de vrijgevestigde medisch specialisten en om waardeoverdracht van zorgverzekeraars. Deze kosten vallen buiten de genoemde 1,5% transitiekosten in de huidige rekenregel.

- Voor de hypothetische beleidsoptie medisch specialisten in loondienst zijn de transitiekosten inclusief waardeoverdracht geschat op €2,9 miljard, wat neerkomt op 53,5% van het honorarium voor medisch specialisten. Echter, dit is waarschijnlijk een onderschatting, omdat dit gebaseerd is op vrijwillige vertrek van medisch specialisten aan het eind van de carrière, omdat hier mogelijk nog een productiviteitsdaling bij

komt, omdat sociale lasten mogelijk hoger zijn in loondienst en omdat niet alle transitiekosten meegenomen zijn.

- De waardeoverdracht van zorgverzekeraars dan wel de compensatie die geboden dient te worden aan (de aandeelhouders van) de bestaande zorgverzekeraars, is complex en binnen de kaders van dit onderzoek niet in kaart te brengen. Indirecte effecten zoals toegenomen inkoopkracht en (in)efficiëntie door samenvoegen onder één dak vallen tevens buiten de scope van dit onderzoek. De complexiteit van het waarderen van een zorgverzekeringsportefeuille wordt gedreven door winstbeklemming, kostendekking, kapitaaleisen / Solvency II, impact op verbonden activiteiten en de scope van waardering en alternatieve methodes.

Tabel: Resultaten kwantitatieve onderbouwing twee hypothetische beleidsopties in de zorg

Hypothetische beleidsoptie	Variant	Duur transitie (in jaren)		Gemiddelde transitiekosten per jaar ^(A,B,C)		Cumulatieve transitiekosten ^(D)
Hypothetische beleidsoptie 1 - Medisch specialisten in loondienst	Variant 1: theoretische inschattingen	5	x	0,9%	=	4,3%
	Variant 2: op basis van mediaan	5	x	2,3%	=	11,5%
Hypothetische beleidsoptie 2 - Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders	Variant 1: theoretische inschattingen	10	x	0,9%	=	9,3%
	Variant 2: op basis van mediaan	10	x	2,3%	=	23,0%

Noot:

(A) Exclusief waardeoverdracht.

(B) Indien via documentatieonderzoek, interviews met experts en analyses van openbare data geen data beschikbaar bleek, is gewerkt met schattingen en aannames.

(C) Percentage berekend door de som van hypothetische transitiekosten over alle transitiejaren te delen door de som van het totale budget / de totale uitgave over alle transitiejaren

(D) Cumulatieve hypothetische transitiekosten berekend door de gemiddelde transitiekosten per jaar te vermenigvuldigen met de duur van de transitie. Dit getal is bedoeld om een indicatie te geven van de transitiekosten voor de gehele looptijd van de transitie in vergelijking met de andere casussen.

Huidige rekenregel leidt waarschijnlijk deels tot onderschatting transitiekosten

De huidige rekenregel leidt waarschijnlijk deels tot een onderschatting van de transitiekosten

De huidige rekenregel gaat uit van 3% transitiekosten voor kleine stelselwijzigingen (2 jaar), 7,5% voor middelgrote stelselwijzigingen (5 jaar) en 12,0% voor grote stelselwijzigingen (8 jaar). Dit komt neer op 1,5% transitiekosten per jaar. Op basis van dit onderzoek lijkt 1,5% maal de duur van de transitie een onderschatting van de transitiekosten te geven, in ieder geval voor drie casussen, maar mogelijke voor alle casussen.

- De gemiddelde jaarlijkse transitiekosten variëren per casus. Op basis van de zes onderzochte casussen is de mediaan 2,3%, het minimum 0,5%, en het maximum 7,9%. Drie casussen lijken een hoger gemiddeld jaarlijks percentage te hebben dan 1,5% en drie lager dan 1,5%. Mogelijk leidt de rekenregel voor deze drie casussen tot een onderschatting van de transitiekosten.
- Het gemiddeld jaarlijks percentage transitiekosten voor de andere drie casussen komt op basis van beschikbare data lager uit dan 1,5%. Onze bevindingen zijn daarbij mogelijk nog een onderschatting van de transitiekosten doordat niet alle kostencomponenten gerapporteerd, gekwantificeerd en/of vastgelegd worden^(A). Voorbeelden zijn de extra kosten die ziekenhuizen hebben gemaakt bij accountants voor hun jaarcontroles bij de implementatie van DOT's en de transitiekosten die huisartsen hebben gemaakt om het QOF te implementeren. Oorzaken lijken te zijn:
 - De lopende kosten worden onderschat, onder andere omdat de transitiekosten moeilijk te scheiden zijn van de kosten voor de dagelijkse bedrijfsvoering. Dit geldt bijvoorbeeld voor de casus van de vorming van de Nationale Politie.

- Onzekerheid en gedragseffecten zijn als transitiekosten niet of nauwelijks gerapporteerd in bijvoorbeeld begrotingen en jaarrekeningen.
- Daarnaast zijn waardeoverdracht en verandering geen onderdeel van de huidige rekenregel. Echter, in beide hypothetische beleidsopties wordt waardeoverdracht ingeschat als een grote kostencomponent.

Noot:

(A) In de casussen is in deze gevallen gewerkt met aannames.



4. Aanbevelingen

4. Aanbevelingen

Aanvullend onderzoek nodig om mogelijke onderschatting te bevestigen en eventueel tot een nieuw voorstel voor een rekenregel te komen

Aanvullend onderzoek nodig om mogelijke onderschatting te bevestigen en eventueel tot een nieuw voorstel voor een rekenregel te komen

In dit onderzoek zijn zes casussen en twee hypothetische beleidsopties gekwantificeerd. De transitiekosten van de zes casussen lopen uiteen. De transitiekosten van de hypothetische beleidsopties geven waarschijnlijk een onderschatting. De resultaten leveren daarmee niet een duidelijk en eenduidig beeld op. Om te komen tot een nieuw voorstel voor een rekenregel raden wij aan om aanvullend onderzoek uit te voeren. Alleen op basis van een groot aantal casussen, kunnen meer algemene conclusies getrokken worden en kan een nieuwe rekenregel opgesteld worden. We raden daarom aan te starten met circa tien casussen per ministerie, wat neerkomt op een totaal van ongeveer 120 casussen. We raden aan transities uit te werken die verschillen in type en omvang, zodat ook de variatie tussen casussen onderzocht kan worden. Denk hierbij bijvoorbeeld aan transities met een verschillende duur, binnen en buiten de zorg, in verschillende subsectoren van de zorg, met en zonder grote IT-component en met een zonder personele regorganisatie.



Bijlagen

- A. Casus 1 - Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007
- B. Casus 2 - Implementatie DOT in ziekenhuizen 2012
- C. Casus 3 - Vorming Nationale Politie 2013
- D. Casus 4 - National Program for IT NHS (Engeland) 2002
- E. Casus 5 - Invoering Quality Outcome Framework (Engeland) 2004
- F. Casus 6 - Invoering Health and Social Care Act (Engeland) 2012
- G. Hypothetische beleidsoptie 1 - Medisch specialisten in loondienst
- H. Hypothetische beleidsoptie 2 - Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders
- I. Visuele weergave methode 1: Kwantitatieve onderbouwing op basis van conceptueel model
- J. Overzicht resultaten alle scenario's casussen



Bijlage A.

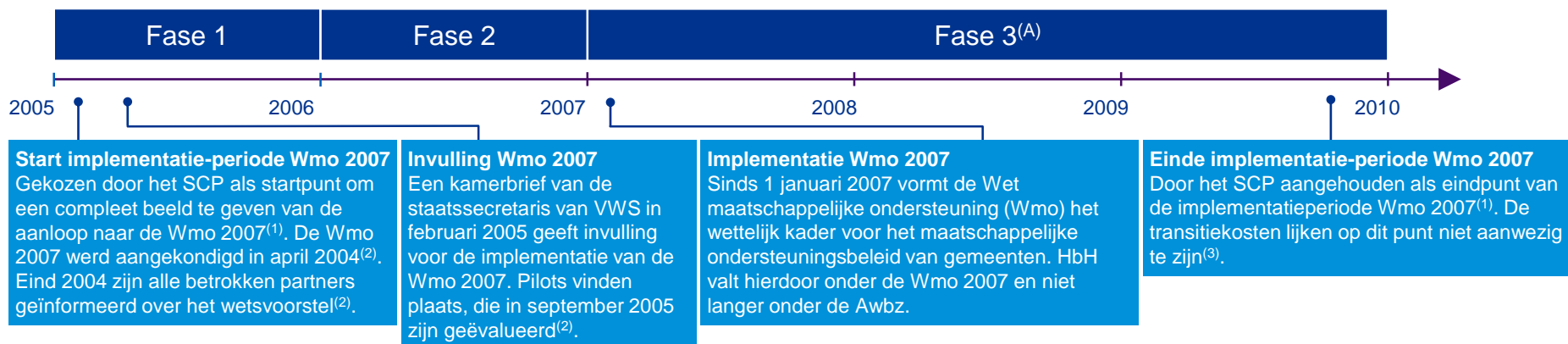
Casus 1 - Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007

Tussen 2005 en 2010 vond het transitieproces van de decentralisatie huishoudelijke hulp 2007 plaats

Het transitieproces van de Wmo huishoudelijke hulp 2007 duurde ongeveer vijf jaar

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is per 1 januari 2007 ingevoerd als nieuw beleidskader voor gemeenten. Onderdelen van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz) zijn in het kader van de Wmo 2007 geïntegreerd. Hierdoor valt Hulp bij het Huishouden (HbH) sinds 2007 onder de Wmo en niet langer onder de Awbz.

De tijdslijn geeft het transitieproces van de Wmo 2007 tussen 2005 en 2010 weer. De ontwikkelingen zijn op hoofdlijnen weergegeven.



Noot: (A) Fases zijn aangehouden zoals SIRM deze heeft vastgesteld. Fase 1 start als er bekend is dat er een stelselwijziging volgt. Fase 2 begint als de wetgeving is aangenomen. Fase 3 start op het moment dat de wet formeel in werking treedt. De grens tussen fase 1 en fase 2 kan lastig zijn om te identificeren.

Bronnen: (1) [Advies over het Wmo-budget huishoudelijke hulp voor 2012, SCP \(2011\)](#), (2) [Nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning, Tweede Kamer \(2005\)](#), (3) [De Wmo-uitgaven van gemeenten in 2010, SCP \(2014\)](#)

Transitiekosten mogelijk voor minstens vier actoren die betrokken waren bij het transitieproces van decentralisatie huishoudelijke hulp 2007

Verschillende actoren betrokken bij het transitieproces

De betrokken actoren in dit proces zijn⁽¹⁾:

Actoren ^(A)	Rol	Mogelijke transitiekosten
Ministerie van VWS	Wet- en regelgeving Wmo 2007 op landelijk niveau, o.a. door opstellen en indienen wetsvoorstel	<ul style="list-style-type: none"> — Kosten opstellen, indienen en implementeren wetsvoorstel — Evaluatie Wmo 2007
Gemeenten (Wmo-ambtenaren, gemeenteraden en Wmo-raden ^(B,2))	Implementatie Wmo 2007 op gemeentelijk niveau, bepalen beleid gemeenten	<ul style="list-style-type: none"> — Informatievoorziening richting betrokken partijen — Personele inzet voor de implementatie van Wmo 2007 (en HbH specifiek) — Training personeel
Aanbieders huishoudelijke hulp	Uitvoerende partijen huishoudelijke hulp	<ul style="list-style-type: none"> — Personele inzet — Training personeel — Kosten wijziging IT systemen — Friciekosten
CAK	Het CAK int en stelt onder andere de eigen bijdrage vast voor de Wmo. Vervult een faciliterende rol en adviseert over voorlichting, wijzigingen, gegevensaanlevering en overige vragen op operationeel en beleidsniveau ⁽³⁾	<ul style="list-style-type: none"> — Personele inzet (inclusief opleidingskosten) — Kosten wijziging IT systemen

Noot: (A) CIZ en Zorgkantoren zijn ook actoren in het transitieproces. Op basis van desktop research en interviews schatten we in dat de transitiekosten voor deze actoren relatief lager zijn dan de actoren die wel zijn gekwantificeerd. Het is aannemelijk dat er wel transitiekosten zijn gemaakt door deze actoren, maar deze kosten zijn niet gekwantificeerd in de casus. Ook koepelorganisaties (van aanbieders en cliëntenorganisaties) en kennisinstituten als Vilans en Movisie zijn actoren. Deze partijen zijn echter niet als aparte actoren gekwantificeerd. We schatten de transitiekosten voor deze actoren relatief laag in, in vergelijking met de andere actoren. Ook zijn de kosten deels meegenomen onder de actor VWS (o.a. in het implementatiebureau Wmo waarin cliëntenorganisaties vertegenwoordigd zijn en onder het stimuleringsprogramma cliëntenorganisaties. Deze post is verwerkt in de post 'Gerealiseerde uitgaven ihkv implementatie Wmo'. (B) Valt onder gemeenten. Adviesorganen van inwoners met het doel om burgers en andere belanghebbenden inspraak te geven in het Wmo-beleid.

Bronnen: (1) [Actorenonderzoek. SCP \(2008\)](#), (2) [De Wmo in beweging. SCP \(2014\)](#), (3) [Wmo in 2019. CAK \(2019\)](#)

Totale transitiekosten zijn niet in te schatten middels een berekening op basis van het conceptuele model

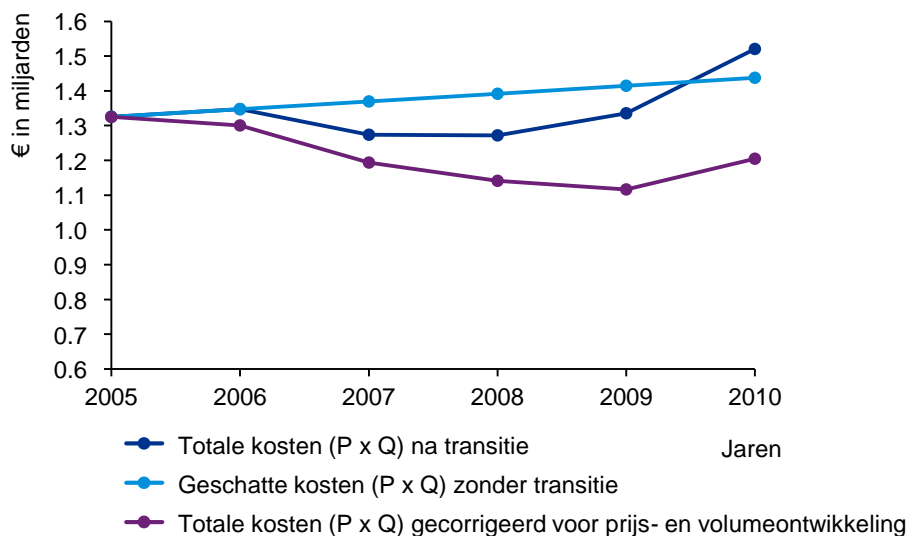
Niet mogelijk om transitiekosten met conceptuele model te bepalen: gerealiseerde kosten na transitie lager dan geschatte kosten zonder transitie

In onderstaand figuur zijn de drie lijnen, zoals gedefinieerd in het conceptueel model, weergegeven. Verdere toelichting en aannames zijn te vinden op pagina 32 tot en met 34.

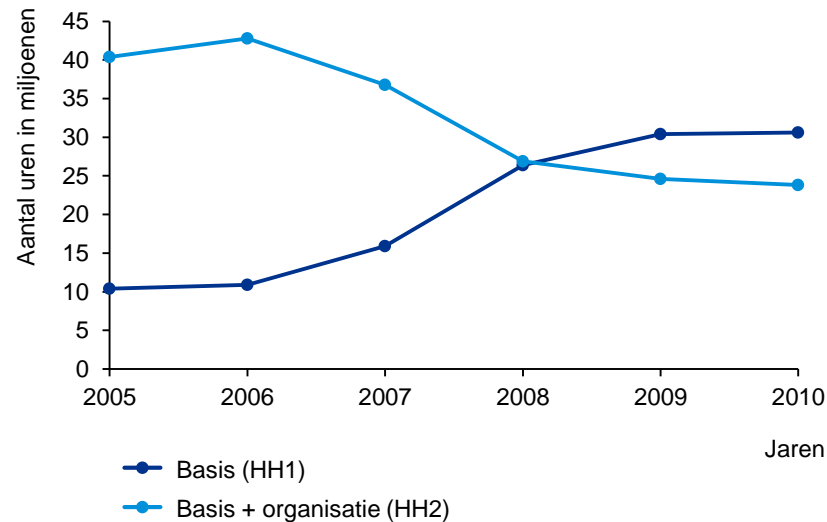
Het is niet mogelijk om de transitiekosten middels het conceptuele model te berekenen. Dit komt doordat de totale kosten na de transitie lager zijn dan de

geschatte kosten zonder transitie. Dit wordt grotendeels veroorzaakt door een verschuiving van de zorgproducten^(A): de hoeveelheid 'huishoudelijke werkzaamheden' (zorgproduct HH1) nam vanaf 2007 toe en de hoeveelheid 'organisatie van het huishouden' (zorgproduct HH2) nam af (zie onderstaand figuur). Dit is deels te verklaren doordat het sociale netwerk van mensen door de Wmo 2007 meer wordt benut⁽¹⁾. De kosten na de transitie zijn daardoor lager dan de kosten zonder transitie, ook na correctie voor prijs- en volumeontwikkelingen.

Figuur: Berekening op basis van conceptueel model



Figuur: Ontwikkeling volume HH1 en HH2 (aantal uren)



Noot: (A) Ook als er gecorrigeerd wordt voor dit volume-effect, blijven de kosten na transitie lager dan geschatte kosten zonder transitie
 Bron: (1) [De markt voor huishoudelijke hulp, CPB en SCP \(2017\)](#)

Transitiekosten decentralisatie huishoudelijke hulp in kaart gebracht aan de hand van vier actoren

Aan de hand van diverse bronnen zijn de transitiekosten inzichtelijk gemaakt. Er is onder andere gebruik gemaakt van begrotingen en jaarverslagen van VWS, beleidsdocumenten van gemeenten en kamerbrieven. De casus is daarmee opgebouwd uit begrote en gerealiseerde kosten en aannames. De kosten zijn weergegeven in de tabel op de volgende pagina.

- **VWS:** Begrotingen van het ministerie van VWS, kamerbrieven en interviews zijn gebruikt om de transitiekosten voor VWS in te schatten. Voor de “gerealiseerde uitgaven ihkv implementatie Wmo” is ervan uitgegaan dat een deel van deze kosten (ongeveer 30%) gemaakt is voor huishoudelijke hulp, op basis van de lasten in de verschillende domeinen van de Wmo in de jaren 2004-2009⁽¹⁾. We zijn ervan uitgegaan dat kosten voor externe inhuur geïnccludeerd zijn in dit bedrag. Voor het implementatiebureau Wmo zijn geen aparte begrote of gerealiseerde kosten gerapporteerd. We gaan er in deze casus vanuit dat de kosten voor het implementatiebureau Wmo onderdeel van zijn van de “gerealiseerde uitgave ihkv implementatie Wmo”. Mogelijk leidt dit tot een kleine onderschatting van de kosten. Wat opvalt is dat er transitiekosten waren in 2004, terwijl de implementatie volgens SCP gestart is in 2005. Daarnaast zijn, voor zover inzichtelijk in jaarverslagen en begrotingen, geen transitiekosten gemaakt in 2008 en 2009.
- **Gemeenten:** Op basis van interviews en documentenstudies is ervan uitgegaan dat gemeenten uitkwamen met het bedrag vanuit de Rijksbijdrage. Voor gemeenten zijn dus geen aanvullende kosten opgenomen. In de jaren 2004-2006 is een bedrage vanuit het Rijk aan gemeenten verstrekt. Op pagina 35 is een inschatting gemaakt van de kosten voor gemeenten. Dit bedrag komt niet boven de bijdrage vanuit het Rijk uit. Dit bevestigt dat de Rijksbijdrage toereikend was. De

Rijksbijdrage aan gemeenten loopt vanaf 2004, dus we gaan ervan uit dat dit ook was voor gemeenten die deelnamen in de testfase en al experimenteerden met de Wmo.

- **Aanbieders:** De introductie van de Wmo in 2007 heeft geleid tot meer marktwerking met nieuwe toetreders en druk op tarieven voor aanbieders⁽²⁾. Door de invoering van de Wmo leden meer instellingen voor verpleging, verzorging en thuiszorg (VV&T) verlies. Uit onderzoek blijkt dat in 2007 het verlies op de Wmo-productie gemiddeld 6,8% was. Voor 2008 werd een toename van het verlies verwacht tot 8,4%. Voor 2009 werd geen verdere toename van het verlies verwacht en is 8,4% aangehouden⁽³⁾. In 2007 leed 31% van die instellingen verlies, terwijl dat in 2006 nog maar 17% was. Van de instellingen waarbij de huishoudelijke hulp meer dan 5% van de totale opbrengsten bedroeg, heeft zelfs meer dan de helft in 2007 verlies gemaakt. Van VV&T-instellingen die geen of weinig huishoudelijk hulp boden, was dit 20%. Dit wijst erop dat de verliezen met name aan huishoudelijke hulp te wijten zijn⁽⁴⁾. In deze casus zijn de verliezen dan ook volledig meegenomen als transitiekosten voor de decentralisatie van huishoudelijke hulp. Daarnaast is in de tweede tabel op de volgende pagina is het percentage transitiekosten opgenomen als ervan uitgegaan wordt dat 75% van de verliezen te wijten zijn aan de transitie huishoudelijke hulp (scenario 2). Het percentage transitiekosten is daarmee in de jaren 2007, 2008 en 2009 lager, maar nog steeds relatief hoog vergeleken met de andere casussen.
- **CAK:** In 2007 heeft het CAK een eenmalige subsidie ontvangen van het ministerie van VWS voor de uitvoering van de Wmo. Het incidentele budget Wmo is opgenomen als transitiekosten⁽⁵⁾.

Bronnen:

- (1) [Advies over het Wmo-budget huishoudelijke hulp voor 2012, SCP \(2011\)](#), (2) [De markt voor huishoudelijke hulp, CPB \(2017\)](#), (3) [Financieel brancherapport verpleging, verzorging en thuiszorg, PWC \(2008\)](#), (4) [Huishoudelijke hulp in Wmo leidt tot verliezen, CBS \(2009\)](#), (5) [Jaarverslag, CAK \(2008\)](#)

De cumulatieve transitiekosten bedragen tussen 2004 en 2009 €492 miljoen en zijn 6,2% van het totale budget huishoudelijke hulp

Tabel: scenario 1: Inschatting transitiekosten per actor (op basis van begrotingen⁽¹⁾, gerealiseerde cijfers en aannames)

In miljoen €	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Totaal
Budget huishoudelijke hulp	1.326 ^(A)	1.326	1.347	1.274	1.272	1.336	7.880
Transitiekosten							
VWS							
<i>Gerealiseerde uitgaven ihkv implementatie Wmo</i>	0	2	3	3 ^(B)	0	0	8
<i>Implementatiebureau Wmo^(C)</i>							
<i>Bedrag aan gemeenten^(F)</i>	54 ^(D)	40 ^(E)	45 ⁽⁴⁾				139
<i>Stimuleringsprogramma cliëntenorganisaties</i>		5	5	5			15
<i>Regeling Coördinatie Vrijwillige Thuiszorg en Mantelzorg</i>			5	5			10
<i>Middelen voor vorming, training en advies</i>				3			3
Gemeenten	0	0	0	0	0	0	0
Aanbieders	0	0	0	87	107	112	306
CAK	0	0	0	12	0	0	13
Totaal transitiekosten	54	47	58	115	107	112	492
Als percentage van budget huishoudelijke hulp	4,1%	3,5%	4,3%	9,0%	8,4%	8,4%	6,2%

Tabel: scenario 2: Inschatting transitiekosten als uitgegaan wordt van 75% kosten voor aanbieders (75% van de verliezen van aanbieders te wijten aan transitie)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Totaal
Transitiekosten als percentage van het budget huishoudelijke hulp bij 75% kosten voor aanbieders	4,1%	3,5%	4,3%	7,3%	6,3%	6,3%	5,3%

Noot: (A) Berekening of aanname, (B) Kan mogelijk ook geclassificeerd worden als gedragseffecten (volgens type transitiekosten SIRM), (C) Voor het implementatiebureau Wmo zijn geen aparte begroting of gerealiseerde kosten gerapporteerd. We gaan er in deze casus vanuit dat de kosten voor het implementatiebureau Wmo onderdeel van zijn van de "gerealiseerde uitgave ihkv implementatie Wmo". (D) Aanname gemaakt op basis van document gemeente Alphen⁽²⁾. Dit gaat om een eenmalig bedrag vanuit het rijk. (E) VWS raamt de kosten voor 2015 op ongeveer € 30 miljoen, VNG € 60 miljoen⁽³⁾. Gemiddelde van die twee bedragen aangehouden. (F) het bedrag per jaar betreft een schatting op basis van drie verschillende bronnen. Zie bron vermeldingen per jaar. Er is tevens een validerende berekening uitgevoerd op basis van CEBEON onderzoek, zie pagina 36

Bronnen: (1) [Rijksbegrotingen, VWS \(2004-2008\)](#), (2) [Invoering Wet maatschappelijke ondersteuning \(Wmo\). Gemeente Alphen aan de Rijn \(2005\)](#), (3) [Kamerbrief, Tweede Kamer \(2005\)](#), (4) [Plan van aanpak Wet Maatschappelijke Ondersteuning \(WMO\), gemeente Haarlemmermeer \(2005\)](#) – er wordt gesproken over een bedrag vanuit het rijk, dat uitgetrokken wordt voor invoeringskosten

Toelichting rondom cijfers conceptueel model (1/3)

Totale kosten (P x Q) na transitie

Aannames, gemaakt door het SCP⁽¹⁾:

1. Er zijn nog meer zorgproducten te onderscheiden, naast HH1 en HH2 (HH3, HH4, etc). Dit is toegevoegd aan HH2. De overige zorgproducten zijn ongeveer 1% van de totale productie.
2. Voor persoonsgebonden budget (pgb) is uitgegaan van een rekestarief dat 85% vormt van het gewogen 'in natura' tarief (aansluiting CPB). Het pgb-tarief bedraagt in de praktijk gemiddeld 85% van het tarief in natura. Dit lagere tarief is gebaseerd op de gedachte dat cliënten minder overheadkosten hebben dan aanbieders van hulp in natura.
3. Totale uitgaven pgb bekend voor 2005 en 2009. Rest geschat via lineaire interpolatie.
4. De restpost bestaat uit uitgaven voor collectieve arrangementen (arrangementen voor groepen cliënten voor huishoudelijke hulp), waarvoor geen landelijke gegevens beschikbaar zijn, en statistische verschillen (meetfouten in uitgaven, eigen bijdragen, prijzen en volumina).

Tabel: Overzicht aantal uren en prijzen huishoudelijke hulp 2005-2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Uren (in miljoen) - Q						
Hulp in natura						
Basis (HH1)	10	11	16	26	30	31
Basis + organisatie (HH2)	40	43	37	27	25	24
Totaal hulp in natura	51	54	53	53	55	54
Pgb	6	8	10	12	13	14
Totaal	57	62	63	66	68	68
Prijzen per uur (in €) - P						
Hulp in natura						
Basis (HH1)	14	15	15	16	17	21
Basis + organisatie (HH2)	26	24	22	21	22	23
Totaal hulp in natura	24	22	20	19	20	22
Pgb	20	19	17	16	17	19
Totaal	23	22	19	18	19	21
Uitgaven (in miljoen €) - P x Q						
Hulp in natura						
Basis (HH1)	142	159	243	411	531	637
Basis + organisatie (HH2)	1.058	1.040	802	577	550	549
Totaal hulp in natura	1.201	1.199	1.045	988	1.081	1.187
Pgb	125	148	172	195	219	256
Restpost	-	-	57	89	36	78
Totaal	1.326	1.347	1.274	1.272	1.336	1.521

Bronnen:

(1) [Advies over het Wmo-budget huishoudelijke hulp voor 2012, SCP \(2011\)](#)

Toelichting rondom cijfers conceptueel model (2/3)

P x Q gecorrigeerd voor prijs- en volumeontwikkeling

De totale kosten zijn gecorrigeerd op zowel prijs als volume:

- Correctie op volume: gecorrigeerd op de ontwikkeling van thuiswonende bevolking van 75 jaar en ouder.
 - In onderstaande tabel is de ontwikkeling van de thuiswonende bevolking (75+) in kaart gebracht middels indexcijfers. 2005 is hierbij het basisjaar (100).
 - De keuze om te corrigeren op thuiswonende bevolking van 75 jaar en ouder is conform de afspraken uit het bestuurlijk overleg 'financiële verhoudingen' tussen de Rijksoverheid en gemeenten op 4 september 2006⁽¹⁾.
 - Het aantal thuiswonende 75-plussers is niet direct beschikbaar. Dit cijfer is geschat door het totale aantal mensen van 75 jaar en ouder, door het aantal institutionele huishoudens 75-plus in mindering gebracht⁽¹⁾.

Tabel: Indexcijfers gerelateerd aan volumecorrectie^(A)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ontwikkeling bevolking 75-plus						
Bevolking 75-plus	1.033.172	1.055.249	1.075.895	1.100.332	1.120.546	1.143.821
Institutionele huishoudens 75-plus	145.664	144.200	142.937	146.303	144.463	146.505
Thuiswonende bevolking 75-plus ^(B)	887.508	911.049	932.958	954.029	976.083	997.316
Indexcijfers (2005=100)	100,0	102,7	105,1	107,5	110,0	112,4

- Correctie op prijs: gecorrigeerd op loonstijgingen en inflatie.

- Voor de correctie is een verhouding van 81,4% directe personele kosten en 18,6% 'overige kosten' aangehouden⁽²⁾. De 'overige kosten' bestaan uit 'algemene kosten en automatisering', 'huisvesting' en 'indirecte personeelskosten en reiskosten'. Er is naar rato gecorrigeerd.
- De directe personele kosten (81,4%) zijn gecorrigeerd op de loonstijgingen, conform de prijsindexcijfers personele kosten van de Nza⁽³⁾. Dit gebeurt op basis van een percentage dat de overheid vaststelt: de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA).
- De 'overige kosten' (18,6%) zijn gecorrigeerd aan de hand van de ontwikkelingen van de consumentenprijsindex (CPI)⁽⁴⁾.
- Onderstaande tabel laat de berekende indexcijfers zien. 2005 is hierbij het basisjaar (100).

Tabel: Indexcijfers gerelateerd aan prijscorrecties^(A)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Prijsindexcijfers personele kosten	100,0	100,9	101,8	104,2	108,5	112,2
Consumenten-prijsindex	100,0	101,2	102,8	105,4	106,6	108,0

Noot: (A) In april 2008 heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) een advies uitgebracht over het macrobudget huishoudelijke WMO hulp voor 2009⁽⁵⁾. Daarin wordt een voorlopig advies uitgebracht om voor de hoogte van het aan gemeenten toe te kennen macrobudget voor huishoudelijke hulp in 2009 in beginsel uit te gaan van een netto budget van €1.322 miljoen. Dit is een toename van 6,15% van het in 2008 berekende budget, waarvan 2,4% vanwege de volumecomponent en 3,7% vanwege de prijscomponent. De stijgingen zijn in lijn met de correcties die wij in het conceptuele model hebben gehanteerd tussen 2008 en 2009 (bij prijs rekening houdend met zowel de personele kosten als de consumenten-prijsindex). (B) Cijfers berekend middels aannames.

Bronnen: (1) [Advies over het Wmo-budget huishoudelijke hulp voor 2012, SCP \(2011\)](#), (2) [Transparantie in de kostenstructuur van hulp bij het huishouden, PWC \(2008\)](#), (3) [Prijsindexcijfers personele kosten, Nza \(2020\)](#), (4) [Consumentenprijsindex, CBS \(2006\)](#), (5) [Advies over het macrobudget huishoudelijke WMO hulp voor 2009, SCP \(2008\)](#)

Toelichting rondom cijfers conceptueel model (3/3)

Geschatte P x Q zonder transitie

De geschatte totale kosten zonder transitie zijn berekend middels lineaire extrapolatie van de jaren 2005 en 2006 vanaf 2007^(A). Hiervoor zijn de totale kosten per jaar vermenigvuldigd met de factor 1,02. Deze factor is een afronding van de procentuele groei tussen 2005 en 2006 (+1,64%).

Tabel: Geschatte totale kosten zonder transitie 2005-2010

In miljoen €	2005	2006	2007 ^(B)	2008 ^(B)	2009 ^(B)	2010 ^(B)
Totale kosten	1.326	1.347	1.369	1.392	1.414	1.438

Noot: (A) Eerdere cijfers van de kosten rondom HbH voor 2005 zijn niet beschikbaar, (B) Cijfers berekend middels aannames.

Kosten gemeenten blijven binnen de Rijksbijdrage, dus geen aanvullende kosten voor gemeenten opgenomen in de casus

Het Cebeon geeft een inschatting van de transitiekosten per inwoner voor gemeenten

In een rapport zegt het Cebeon het volgende: “De invoeringskosten van de Wmo – die zich vooral in 2006 en in mindere mate daarna kunnen hebben voorgedaan – worden door gemeenten gemiddeld ingeschat op hooguit enkele euro’s per inwoner over alle jaren.”

Aan de hand van deze uitspraak is een berekening gemaakt, waarbij de transitiekosten voor de Wmo 2007 voor gemeenten is ingeschat. Hier is een aantal aannames gedaan:

- De kosten worden over de jaren heen, afnemend, gemaakt. De percentages van de kosten per jaar zijn een inschatting.
- Voor ‘enkele euro’s’ per gemeente is een totaal van € 5,00 per inwoner aangehouden.

- Omdat dit een grove inschatting is, is er ook een ondergrens (€ 3,00) en een bovengrens (€ 8,00) toegevoegd.
- Deze drie bedragen laten zien dat de transitiekosten voor gemeenten volgens deze berekening neerkomen op tenminste € 49 miljoen en maximaal € 131 miljoen. Het middelste scenario (€ 5,00 kosten per inwoner) resulteert in een bedrag van € 82 miljoen.

Alle bedragen vallen onder de Rijksbijdrage voor gemeenten (€ 139 miljoen, zie pagina 31). Aan de hand van onder andere deze berekening is geconcludeerd dat gemeenten uitkwamen met de Rijksbijdrage en dus geen aanvullende kosten hebben gemaakt.

Tabel: Drie verschillende scenario’s voor inschatting transitiekosten voor gemeenten

	2006	2007	2008	2009	Totaal	
Percentage		40%	30%	20%	10%	100%
Kosten per inwoner - onderkant (in €)		1,20	0,90	0,60	0,30	3,00
Kosten per inwoner gemiddeld (in €)		2,00	1,50	1,00	0,50	5,00
Kosten per inwoner - bovenkant (in €)		3,20	2,40	1,60	0,80	8,00
Aantal inwoners in Nederland ⁽¹⁾	16.334.210		16.357.992	16.405.399	16.485.787	65.583.388
Totale kosten - onderkant (in miljoen €)		20	15	10	5	49
Totale kosten - gemiddeld (in miljoen €)		33	25	16	8	82
Totale kosten - bovenkant (in miljoen €)		52	39	26	13	131

Bronnen: (1) [Bevolkingsontwikkeling, Statline \(2020\)](#)



Bijlage B.

Casus 2 - Implementatie DOT in
ziekenhuizen 2012

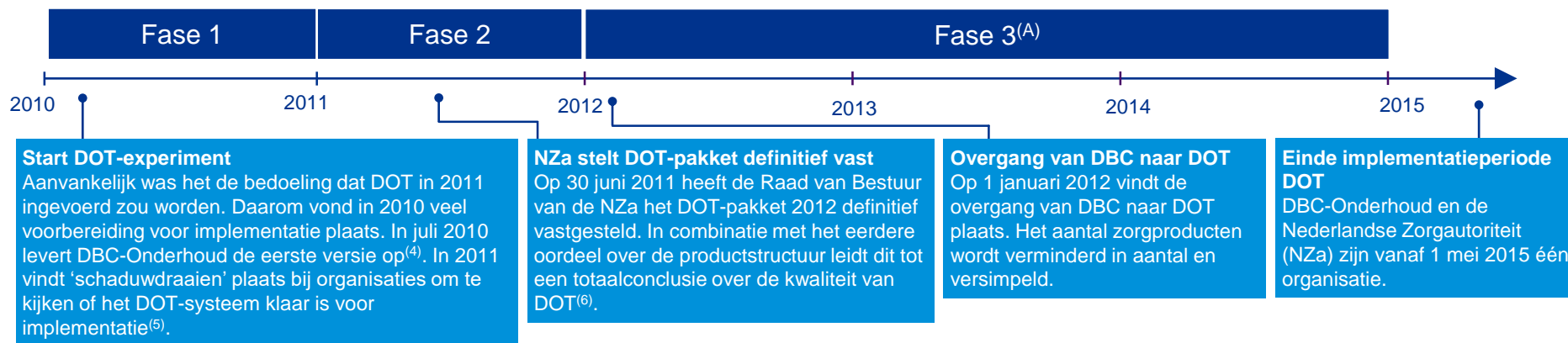
Tussen 2010 en 2015 vond het transitieproces van DBC's op weg naar transparantie (DOT) plaats

De DBC-systematiek dient om geleverde zorg te kunnen registreren door zorginstellingen

Het Diagnose Behandel Combinatie-declaratiesysteem (DBC) is in 2005 ingevoerd met verschillende doelen. De invoering moest leiden tot meer transparantie van het zorgaanbod⁽¹⁾. Hiermee werd gereguleerde marktwerking in de zorg geïntroduceerd. Bovendien moest het DBC-systeem, na de transitieperiode, leiden tot verminderde administratieve lasten⁽¹⁾.

In 2012 vindt de introductie van DBC's op weg naar transparantie (DOT) plaats

Om meer uniformiteit en transparantie en minder complexiteit te krijgen in de zorgproducten en de prijzen, worden 'DBC's op weg naar transparantie' (DOT) geïntroduceerd. Sinds 1 januari 2012 zijn de ruim 44.000 DBC's vervangen voor circa 4.400 DOT-zorgproducten. Hierdoor zijn prestaties beter 'medisch herkenbaar' en representeren de kosten de behandeling beter. Het voordeel van de DOT-systematiek is dat het zorgproduct achteraf wordt bepaald door een landelijk uniform afleidingsstelsel, ook wel een grouper genoemd⁽²⁾. De indeling van DOT is gebaseerd op het internationale classificatiesysteem ICD-10 en de producten zijn specialisme-overstijgend: als specialisten hetzelfde product leveren, heeft dit bij alle specialismen dezelfde prijs⁽³⁾.



Noot: (A) Fases zijn aangehouden zoals SIRM deze heeft vastgesteld. Fase 1 start als er bekend is dat er een stelselwijziging volgt. Fase 2 begint als de wetgeving is aangenomen. Fase 3 start op het moment dat de wet formeel in werking treedt. De grens tussen fase 1 en fase 2 kan lastig zijn om te identificeren.

Bronnen: (1) [Brief Minister, Tweede Kamer \(2003\)](#), (2) [Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg, Tweede Kamer \(2013\)](#), (3) [Nieuw in 2012: DBC wordt DOT, Medisch Contact \(2011\)](#), (4) [Jaarverslag, DBC-Onderhoud \(2010\)](#), (5) [Aandachtspunten voor de implementatie en aanbevelingen voor de doorontwikkeling van DOT, Sint Maartenskliniek \(2011\)](#), (6) [Conceptversie consultatiedocument beoordeling DOT, NZa \(2011\)](#)

Transitiekosten mogelijk voor minstens vijf actoren die betrokken waren bij het transitieproces van DBC's Op weg naar Transparantie (DOT)

Verschillende actoren betrokken bij het transitieproces

De betrokken actoren in dit proces zijn:

Actoren ^(A)	Rol	Mogelijke transitiekosten
Ministerie van VWS	Projectorganisatie op landelijk niveau, initiëren van plannen, informeren betrokken partijen	<ul style="list-style-type: none"> — Evaluatie DBC/DOT-systematiek — Subsidie DBC-Onderhoud en NZa
DBC-Onderhoud	Verantwoordelijk voor implementatie DOT, beheer en onderhoud grouper, waaronder uitvoeren audit op grouper	<ul style="list-style-type: none"> — Personele inzet — Onderhoudskosten en IT-kosten systematiek — Kosten externe audit
NZa	Bepalen tarieven DOT, overleg veldpartijen	<ul style="list-style-type: none"> — Personele inzet
Ziekenhuizen	Introductie en implementatie DBC/DOT systematiek, onderhandelingen over de prijs en kwaliteit van zorg en behandelingen	<ul style="list-style-type: none"> — Veranderingen financiële administratie — Inzicht in kostprijzen — IT-kosten — Projectkosten — Opleidingskosten personeel — Post onvoorzien — Strategisch gedrag ten aanzien van transitieproces — Extra kosten door complexe jaarverantwoording^(1, B)

Noot: (A) Zorgverzekeraars, brancheorganisaties en waarnemers zijn ook actoren in het transitieproces. Op basis van desktop research en interviews schatten we in dat de transitiekosten voor deze actoren relatief lager zijn dan de actoren die wel zijn gekwantificeerd. Het is aannemelijk dat er wel transitiekosten zijn gemaakt door deze actoren, maar deze kosten zijn niet gekwantificeerd in de casus. (B) De mogelijke transitiekosten zijn via jaarrekeningen van verschillende ziekenhuizen geïdentificeerd. Een overzicht van de ziekenhuizen en de bevindingen zijn te vinden op pagina 43.

Bronnen: (1) [Brief Minister, Tweede Kamer \(2013\)](#)

Totale transitiekosten zijn niet in te schatten middels een berekening op basis van het conceptuele model

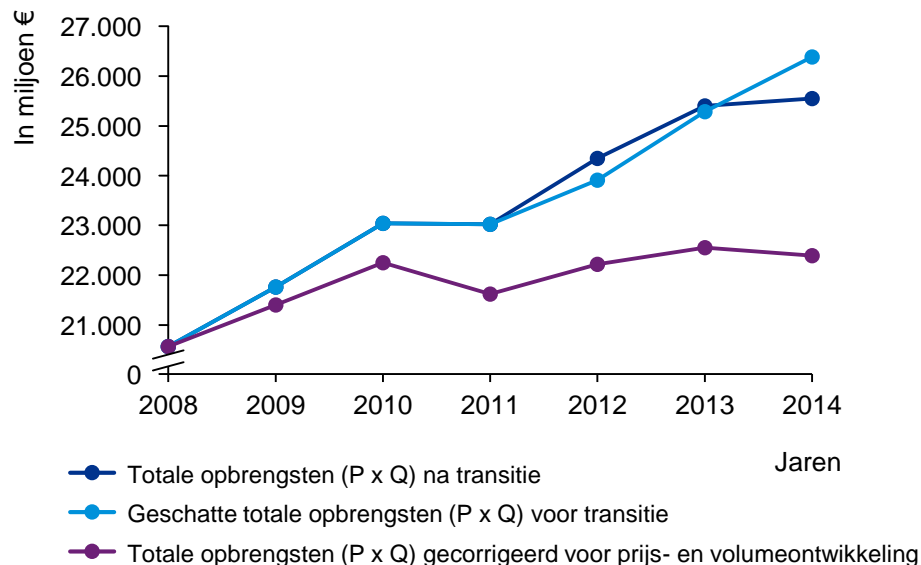
Een inschatting van de transitiekosten is niet mogelijk aan de hand van het conceptueel model

In de grafiek rechts zijn drie lijnen zichtbaar. Deze lijnen zijn gecreëerd met behulp van de totale opbrengsten ($P \times Q$) in ziekenhuizen over de jaren heen⁽¹⁾. Dit bedrag is gedeeld door het totale aantal gesloten DBC's (Q) in Nederland van het betreffende jaar in 'UMC's', 'totaal algemene ziekenhuizen', 'algemene ziekenhuizen topklinisch/specialistisch' en 'algemene ziekenhuizen overig'⁽²⁾. Resultaat is een (inschatting van) kostprijs per gesloten DBC (P).

- De donkerblauwe lijn geeft de daadwerkelijke totale opbrengsten aan.
- De lichtblauwe lijn geeft de geschatte totale opbrengsten vóór de transitie lineair doorgetrokken (factor 1,04) weer. Deze factor is bepaald aan de hand van data vanaf 2008 om de ontwikkeling op langere termijn te kunnen doortrekken. De transitieperiode start echter pas in 2010.
- De paarse lijn geeft de totale opbrengsten gecorrigeerd voor prijs- en volumeontwikkelingen weer. Er is gecorrigeerd voor de ontwikkeling van de Nederlandse bevolking⁽³⁾ en voor de ontwikkeling van de consumentenprijsindex (CPI)⁽⁴⁾.

De figuur maakt inzichtelijk dat gecorrigeerde kosten onder de geschatte kosten zonder transitie vallen. Hierdoor is het niet mogelijk om het conceptuele model te gebruiken bij het bepalen van de transitiekosten. De werkelijke kosten vallen rond de geschatte kosten zonder transitie.

Figuur: Berekening op basis van conceptueel model



Bronnen:

- (1) [Zorguitgaven: aanbieders van zorg en financieringsbron, 1998-2016, CBS \(2018\)](#), (2) [Medisch Specialistische Zorg: DBC's naar diagnose, zorgkenmerken, CBS \(2019\)](#), (3) [Bevolking: kerncijfers, CBS \(2019\)](#), (4) [Consumentenprijsindex, CBS \(2006\)](#)

De inschatting van de transitiekosten tussen 2010 en 2015 bedraagt circa 0,5 % van de totale opbrengsten van ziekenhuizen

Totale cumulatieve transitiekosten bedragen circa € 547 miljoen

De totale transitiekosten zijn berekend op basis van inschattingen. De transitiekosten van DBC-Onderhoud^(A), ziekenhuizen en de NZa zijn in kaart gebracht. Resultaten zijn in de tabel rechts weergegeven.

- **DBC-Onderhoud:** Bestaande uit personeelskosten, materiële kosten, overige kosten en projectkosten (zie pagina 41 en 42).
- **Ziekenhuizen:** Bestaande uit personele inzet, ICT, opleidingskosten personeel en juridische kosten (zie pagina 43 en 44).
- **NZa:** Uitgegaan van transitiekosten door 10% van de personele inzet (zie pagina 45).

De transitiekosten zijn berekend als percentage van de totale opbrengsten van ziekenhuizen⁽¹⁾. De totale transitiekosten zijn gemiddeld 0,5% van de totale opbrengsten van ziekenhuizen.

Niet alle transitiekosten van de geïdentificeerde actoren zijn meegenomen in dit bedrag (bijv. zorgverzekeraars^(B) en brancheorganisaties). De totale transitiekosten in de tabel zijn daarom waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke bedrag.

Tabel: Bottom-up berekening van de transitiekosten implementatie DOT^(B)

In miljoen €	2010	2011	2012	2013	2014	Totaal	
Budget ziekenhuizen totaal	23.040	23.018	24.344	25.404	25.546	121.352	
Transitiekosten							
DBC-Onderhoud		7	11	14	13	11	57
Ziekenhuizen		94	95	101	94	95	480
<i>Personele inzet</i>		16	16	23	16	17	88
<i>ICT</i>		4	4	4	4	4	18
<i>Opleidingskosten personeel</i>		74	74	74	74	74	370
<i>Juridische kosten</i>		1	1	1	1	1	4
NZa		2	2	2	2	3	12
Totale transitiekosten	103	108	118	109	108	547	
Percentage transitiekosten	0,4%	0,5%	0,5%	0,4%	0,4%	0,5%	

Noot: (A) Betreft een inschatting: DBC-onderhoud op basis van jaarrekeningen en inschatting aandeel ziekenhuizen, Ziekenhuizen en NZa een bottom-up berekening op basis van aannames en beschikbare data-punten. (B) De transitiekosten kunnen onder andere bestaan uit IT-kosten, opleidingskosten, personele inzet en aanpassing van beleid, inzicht, beheersmaatregelen en aanpassing van controles⁽²⁾. Doordat de DOT structuur nieuw was verwachten we ook dat er door gebrek aan mogelijkheden om te benchmarken mogelijk minder scherp kon worden ingekocht door de zorgverzekeraars.

Bronnen: (1) [Zorguitgaven: aanbieders van zorg en financieringsbron, 1998-2016, CBS \(2018\)](#),
 (2) [Aandachtspunten voor de implementatie en aanbevelingen voor de doorontwikkeling van DOT. Sint Maartenskliniek Nijmegen \(2011\)](#)

De cumulatieve totale transitiekosten van DBC-Onderhoud tussen 2010 en 2014 voor de implementatie van de DOT-systematiek liggen rond de € 57 miljoen

Aannames zijn gedaan om tot de transitiekosten van circa € 57 miljoen voor DBC-Onderhoud te komen

De totale kosten van DBC-Onderhoud zijn bekend van 2009 tot en met 2012⁽¹⁾.

- De totale kosten in 2013 en 2014 zijn de begrote bedragen⁽²⁾. De gerealiseerde kosten van die jaren zijn niet bekend.
- Niet alle uitgaven van DBC-Onderhoud zijn transitiekosten van de overgang naar DOT. Een deel van de kosten werden gemaakt door het al lopende DBC-systeem. Welk deel van de totale kosten aan DBC en aan DOT is besteed, is onbekend. We hebben zelf de aanname gemaakt dat dit percentage oploopt: 50% in 2010 (fase 1), 75% in 2011 (fase 2) en 100% na implementatie van de DOT-systematiek in 2012 (fase 3).

Tabel: Inschatting totale transitiekosten gemaakt door DBC-Onderhoud

In miljoen €	2010	2011	2012	2013	2014	Totaal
Personeelskosten			8	8		
Materiële kosten			6	6		
Overige kosten			1	1		
Projectkosten			0	0		
Subtotaal		14	15	14	13	11
Aandeel ziekenhuizen ^(A)		76%	75%	76%	76%	76%
Subtotaal		11	11	11	10	8
Aandeel DOT ^(B)		50%	75%	100%	100%	100%
Totale kosten DOT		7	11	14	13	11
						57

Noot: (A) DBC-Onderhoud is niet alleen actief in de ziekenhuiszorg. Een toelichting van die correctie is te vinden op de volgende slide. (B) Aanname.
Bronnen: (1) Jaarrekeningen, DBC-Onderhoud (2009-2012), (2) [Advies Organisatie DBC-Systematiek, NZa \(2013\)](#)

Kosten DBC-Onderhoud zijn gecorrigeerd omdat maar circa 76% van de uitgaven besteed wordt aan de sector MSZ

Niet alle uitgaven van DBC-Onderhoud worden besteed aan de sector medisch specialistische zorg (MSZ)

DBC-Onderhoud is werkzaam in verschillende sectoren⁽¹⁾: ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, forensische zorg en geriatrie revalidatiezorg. Middels de totale zorguitgaven in de betreffende sectoren is het aandeel van de ziekenhuiszorg berekend. De volgende cijfers en aannames zijn gebruikt om tot de cijfers in de tabel onderaan te komen:

- Het is niet bekend in welke sectoren DBC-Onderhoud in 2013 en 2014 werkzaam was. De aanname is gemaakt dat de sectoren onveranderd zijn gebleven.
- De uitgaven van DBC-Onderhoud bestaan zeer waarschijnlijk uit een vast en een variabel deel. Door alle uitgaven te corrigeren met het berekende percentage 'MSZ/rest', is er geen rekening gehouden met

een vast deel van de uitgaven.

- Om het aandeel van de MSZ ten opzichte van alle sectoren in beeld te brengen, is gekeken naar de totale zorguitgaven in miljoenen euro's.
- Voor ziekenhuiszorg zijn de totale opbrengsten van ziekenhuizen gebruikt.

Tabel: Inschatting aandeel MSZ-sector bij DBC-Onderhoud

In miljoen €	2010	2011	2012	2013	2014	Totaal	
Medisch-specialistische zorg ⁽²⁾	23.040	23.018	23.018	24.344	25.404	25.546	121.352
Geestelijke gezondheidszorg ⁽³⁾	6.133	6.428	6.428	6.616	6.699	6.745	32.621
Forensische zorg ⁽⁴⁾	636	636	636	641	632	635	3.180
Geriatrie revalidatiezorg ⁽⁵⁾	620	620	620	620	620	620	3.100
Totaal	30.429	30.702	30.702	32.221	33.355	33.546	160.253
Percentage MSZ/rest	76%	75%	75%	76%	76%	76%	76%

Noot: (A) Inzicht in de totale uitgaven in de betreffende sector ontbreekt. Het gemiddelde van de overige, bekende jaren is aangehouden.

Bronnen: (1) Jaarrekeningen, DBC-Onderhoud (2009-2012), (2) Totale opbrengsten ziekenhuis, DigiMV (2010-2014), (3) [Zorguitgaven: zorgaanbieders en financiering, CBS \(2019\)](#), (4) [Marktscan Forensische Zorg, NZa \(2016\)](#), (5) [Overheveling geriatrie revalidatiezorg - Toekomst AWBZ, Tweede Kamer \(2011\)](#)

Ziekenhuizen noemen verschillende kostencomponenten in relatie tot de invoering van de DOT-systematiek

Ziekenhuis	Beschikbare informatie
LUMC ⁽¹⁾	Voor een goede implementatie van DOT is extra tijdelijke capaciteit aangetrokken, zijn nieuwe opleidingsmodules ontwikkeld en wordt de managementinformatie aangepast aan de nieuwe eisen. Ook zijn de contacten met de huisbankiers verder verstevigd, zodat een adequate liquiditeitspositie in 2012 zo veel mogelijk geborgd is.
Maastricht UMC+ ⁽²⁾	Vanaf 2010 zijn de voorbereidingen voor de implementatie van het nieuwe financieringssysteem DOT gestart. De projectgroep DOT, die de invoering van DOT bij het Maastricht UMC+ heeft begeleid, zal tot medio 2012 actief blijven om nazorg te verrichten. Daarna zal DOT worden opgenomen in het reguliere proces. In 2011 is er een bijzondere waardevermindering van de activa doorgevoerd. Dit betreft een bijzondere waardevermindering op ICT-investeringen, die hoofdzakelijk veroorzaakt wordt door de overgang naar de DOT-systematiek. Hierdoor zijn eerder gedane investeringen die uitgaan van de DBC-systematiek, niet meer te gebruiken en derhalve in waarde verminderd.
Isala Ziekenhuis ⁽³⁾	— Door de transitie naar DOT is de productieregistratie aangepast aan de eisen die door de nieuwe financieringsmethodiek worden gesteld. — Er hebben in 2011 54 DOT-trainingen plaatsgevonden (totaal: 351 trainingen), met 617 deelnemers (totaal: 3813 deelnemers). Dat is respectievelijk 15,4% en 16,2% van het totaal.
MCL	Het MCL heeft door de implementatie van de DOT-systematiek verschillende extra kosten gehad: personele inzet (oa inlooptdagen NZa en NVZ, kennisoverdracht intern), kosten accountant, ICT (systeem aanschaffen, personele inzet en externe consultancykosten), opleidingen en juridische informatie.
Albert Schweitzer-ziekenhuis ⁽⁴⁾ Catharina Ziekenhuis ⁽⁵⁾ , Erasmus MC ⁽⁶⁾ , St. Antoniusziekenhuis ⁽⁷⁾ , UMCG ⁽⁸⁾	Geen relevante informatie

Bronnen: (1) [Jaarverslag, LUMC \(2011\)](#), (2) Jaardocument, Maastricht UMC+ (2010 en 2011), (3) [Jaardocument Isalaklinieken \(2011\)](#), (4) [Jaardocumenten, Albert Schweitzer-ziekenhuis \(2010-2015\)](#), (5) [Jaardocumenten, Catharinaziekenhuis \(2010-2015\)](#), (6) [Jaardocumenten, Erasmus MC \(2010-2015\)](#), (7) [Jaardocument St. Antoniusziekenhuis \(2011\)](#), (8) [Jaarverslag, UMCG \(2010\)](#)

De totale transitiekosten van ziekenhuizen voor de implementatie van de DOT-systematiek liggen rond de € 480 miljoen

Transitiekosten van ziekenhuizen op basis van inschattingen

Personele inzet is berekend aan de hand van een schatting van het aantal ingezette fte in ziekenhuizen^(A). De functies zijn gekoppeld aan vergelijkbare functiebeschrijvingen met een bepaalde salarisschaal⁽¹⁾:

- ICT medewerker^(B). Voor de implementatie is een aantal van twee fte ingeschat. Na implementatie is dit één fte.
- Financieel medewerker^(B). Na implementatie wordt een hoger aantal fte ingeschat (twee fte) dan voor de implementatie (één fte). Dit in verband met eventuele toenemende behoefte aan informatievoorziening binnen ziekenhuizen als de DOT-systematiek in de praktijk wordt gebruikt.
- Projectleider^(C). Gedurende de gehele transitieperiode is er een inschatting gemaakt van één projectleider per ziekenhuis.
- Leden van projectgroep^(B). Maastricht UMC+ heeft een projectgroep voor DOT gevormd tussen 2010 en 2012. Deze jaartallen zijn hier ook aangehouden, met een totaal van twee fte.
- Extra inzet accountant. Adhv verschillende jaarrekeningen berekend^(D).

Kosten ICT-systemen zijn ingeschat op € 200.000 per ziekenhuis. Dit is een inschatting en komt neer op € 40.000 per ziekenhuis per jaar.

Opleidingskosten zijn berekend als 3,6% van de bruto loonsom van ziekenhuizen⁽²⁾. Voor de totale bruto loonsom is een bedrag aangehouden van € 13 miljard⁽³⁾. Dit is een bedrag uit 2016. 15,4% van het totaal aangegeven trainingen in het Isala ziekenhuis in 2011 was voor DOT. Voor het bepalen van de opleidingskosten van alle ziekenhuizen, is 15,4% van 3,6% van de bruto loonsom van ziekenhuizen aangehouden.

De **juridische kosten** zijn ingeschat op € 40.000 per ziekenhuis, voor de helft van de ziekenhuizen.

Om tot de subtotalen per ziekenhuizen te komen, zijn de bedragen vermenigvuldigd met het totaal aantal algemene ziekenhuizen en UMC's. In 2012 en 2013 was dit totaal 92, in 2014 was dit 90⁽⁵⁾. Voor 2010 en 2011 is een aanname gedaan dat er 94 ziekenhuizen waren. Dit ligt in lijn met de trend van lichte krimp die zichtbaar is.

Tabel: Inschatting transitiekosten ziekenhuizen

x €1000	2010	2011	2012	2013	2014	Totaal
Personele inzet						
ICT medewerker	28	28	29	29	30	143
Aantal fte	2	2	2	1	1	8
Financieel medewerker	28	28	29	29	30	143
Aantal fte	1	1	2	2	2	8
Projectleider	31	32	32	32	33	161
Aantal fte	1	1	1	1	1	5
Projectgroep	28	28	29	29	30	143
Aantal fte	2	2	2	-	-	-
Extra inzet accountant extern			47	56	65	168
Subtotaal per ziekenhuis	171	172	251	174	187	955
Subtotaal alle ziekenhuizen	16.033	16.192	23.081	16.016	16.853	88.176
ICT-systeem						
Subtotaal per ziekenhuis	40	40	40	40	40	200
Subtotaal alle ziekenhuizen	3.760	3.760	3.680	3.680	3.600	18.480
Opleidingskosten						
Subtotaal per ziekenhuis	73.944	73.944	73.944	73.944	73.944	369.720
Juridische kosten						
Subtotaal alle ziekenhuizen	752	752	736	736	720	3.696
Totaal alle ziekenhuizen	94.489	94.648	101.441	94.376	95.117	480.072

- Noot: (A) Deze functies zijn een grove inschatting. Personele inzet draagt bij aan externe kennisoverdracht (bijvoorbeeld deelname landelijke platforms, inloopdagen van de Nza en NVZ) en interne kennisoverdracht. (B) Ingeschat op functiegroep 50(1), schaal 21(2). (C) Ingeschat op functiegroep 55⁽¹⁾, schaal 26⁽⁵⁾. (D) Gekeken naar de accountantskosten van 3 UMC's (AMC, UMC, UMCG) en 4 algemene ziekenhuizen (Isala, Meander, Amphia en Catharinaziekenhuis). De transitiekosten zijn berekend door te kijken naar de gemiddelde toename van accountskosten tussen 2009 en 2014. Dit percentage, vermenigvuldigd met de gemiddelde accountantskosten per UMC's/algemene ziekenhuizen, leidt tot transitiekosten.
- Bronnen: (1) [Content FWG 3.0, FWG \(2017\)](#), (2) [Ziekenhuiszorg in cijfers, NVZ \(2018\)](#), (3) Totale personeelskosten, DigiMV (2016), (4) [Kerncijfers medisch-specialistische zorg, NZa \(2020\)](#), (5) CAO ziekenhuizen, (2009-2011), (2011-2014)

De totale transitiekosten van de NZa voor de implementatie van de DOT-systematiek liggen rond de € 12 miljoen

Bij het bepalen van de transitiekosten voor de NZa is gekeken naar de totale kosten van de salarissen en van 'externe deskundigheid⁽¹⁾'

Voor de totale kosten salarissen en 'externe deskundigheid' van de NZa is de aanname gemaakt dat 10% van deze kosten te wijten is aan de transitie naar DOT-systematiek. Dit resulteert in transitiekosten van € 12 miljoen op deze post.

Tabel: Inschatting transitiekosten NZa

In miljoen €	2010	2011	2012	2013	2014	Totaal
Personele inzet						
Salarissen	17	16	15	15	23	86
Kosten externe deskundigheid	5	7	7	6	5	30
Subtotaal	22	23	22	22	28	116
Personele kosten DOT	2	2	2	2	3	12

Bronnen: (1) Jaarrekeningen, Nza ([2011](#), [2013](#) en [2015](#))



Bijlage C.

Casus 3 - Vorming Nationale Politie
2013

Tussen 2011 en 2018 vond het transitieproces van de vorming Nationale Politie plaats

Het doel van de vorming van de Nationale Politie was om van verschillende eenheden, één organisatie te creëren. Hierdoor wordt de politie een organisatie die meer in verbinding met haar omgeving staat en waarbinnen het vakmanschap van de medewerkers centraal staat. Bovendien verhoogt de reorganisatie de efficiency en wordt de overhead gereduceerd. De transitieperiode van de vorming van de Nationale Politie loopt tot vijf jaar na inwerkingtreding van de nieuwe Politiewet in 2012, tot 1 januari 2018⁽¹⁾.

De transitieperiode is door de politie opgedeeld in drie verschillende 'plateaus'

Vanaf het moment dat de Politiewet aangenomen is (juni 2012), start de voorbereidingsfase, ook wel plateau 0 genoemd. De korpschef wordt voorbereid op de nieuwe verantwoordelijkheden en er wordt gewerkt aan continuïteit in de bestaande werkprocessen.

In plateau 1 (2013-2015) wordt de Nationale Politie opgebouwd: onder andere een personele reorganisatie vindt plaats, het politiedienstencentrum (PCD) wordt gevormd en de informatievoorziening in ICT wordt verbeterd. Ook komt er één landelijke, uniforme informatiehuishouding. Plateau 2 vindt plaats vanaf 1 januari 2015 tot 1 januari 2018. De gevormde structuren en werkprocessen worden geoptimaliseerd waar nodig. Ook worden de operationele doelen zoveel mogelijk gerealiseerd. Na 1 januari 2018 worden er geen nieuwe activiteiten meer opgestart voor de vorming van de Nationale Politie. Lopende activiteiten worden afgerond, waardoor er nog transitiekosten zijn in 2018. De verantwoordelijkheden omtrent de vorming worden overdragen van 'Regieteam Realisatie' naar de lijn.



Noot: (A) Fases zijn aangehouden zoals SIRM deze heeft vastgesteld. Fase 1 start als er bekend is dat er een stelselwijziging volgt. Fase 2 begint als de wetgeving is aangenomen. Fase 3 start op het moment dat de wet formeel in werking treedt. De grens tussen fase 1 en fase 2 kan lastig zijn om te identificeren.

Bronnen: (1) [Realisatieplan Nationale Politie, Nationale Politie \(2012\)](#), (2) [Wetsvoorstel nationale politie naar Tweede Kamer, Nederlands Genootschap van Burgermeesters \(2011\)](#)

Transitiekosten mogelijk voor minstens twee actoren die betrokken waren bij het transitieproces van de vorming Nationale Politie

Verschillende actoren betrokken bij het transitieproces

De betrokken actoren in dit proces zijn onder andere⁽¹⁾:

Actoren ^(A)	Rol	Mogelijke transitiekosten
Politie	Uitvoerende organisatie (tien regionale eenheden, een Landelijke Eenheid en het Politiedienstencentrum zijn hier deel van)	<ul style="list-style-type: none"> — Personele inzet — Frictiekosten — Opleiding en vorming — Huisvesting — Vervoer — Verbindingen en automatisering — Operationeel — Beheer
Ministerie van Justitie en Veiligheid	De minister van Justitie en Veiligheid (JenV) is eindverantwoordelijk voor het goed functioneren van de politie	<ul style="list-style-type: none"> — Bijdrage aan transitiekosten vorming Nationale Politie — Personele inzet

Noot: (A) De Inspectie van Justitie en Veiligheid, de (hoofd)officier van Justitie en gemeenten zijn ook actoren in het transitieproces. Op basis van desktop research en interviews schatten we in dat de transitiekosten voor deze actoren relatief lager zijn dan de actoren die wel zijn gekwantificeerd. Het is aannemelijk dat er wel transitiekosten zijn gemaakt door deze actoren, maar deze kosten zijn niet gekwantificeerd in de casus.

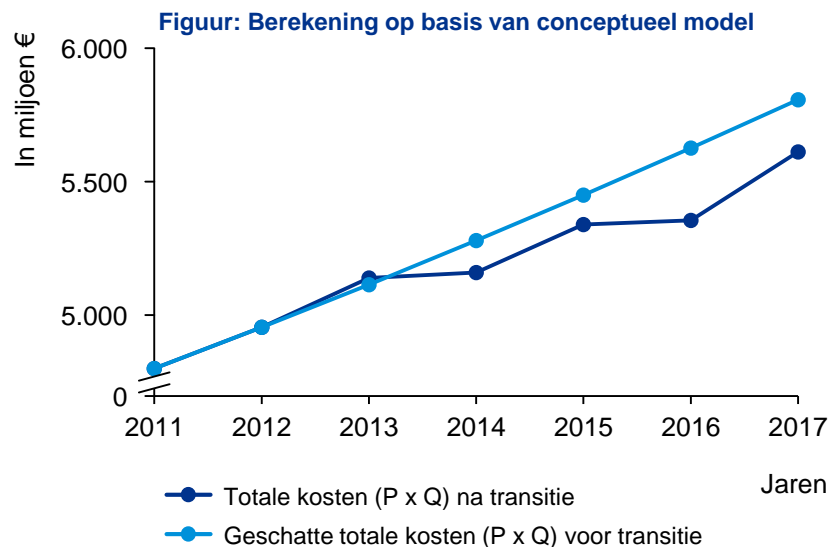
Bronnen: (1) [Organisatie Politie, Rijksoverheid \(2020\)](#)

Totale transitiekosten zijn niet in te schatten middels een berekening op basis van het conceptuele model

Een inschatting van de transitiekosten is niet mogelijk aan de hand van het conceptueel model

In de grafiek rechts zijn twee lijnen zichtbaar. De donkerblauwe lijn geeft de totale kosten van de politie in Nederland aan. De lichtblauwe lijn geeft de totale kosten van de politie vóór de transitie lineair doorgetrokken (factor 1,03) weer. Deze twee lijnen zijn gecreëerd met behulp van de totale kosten (P x Q) van de Nationale Politie over de jaren heen⁽¹⁾.

Gelijktijdig aan de transitie verminderden de lasten van zowel de reorganisatie als de reguliere bedrijfsvoering. Hierdoor kwam € 230 miljoen⁽²⁾ beschikbaar. Door de doorgevoerde besparingen, valt de lijn met werkelijke kosten onder de doorgetrokken lijn. Hierdoor is het niet mogelijk om het conceptuele model te gebruiken bij het bepalen van de transitiekosten.



Bronnen: (1) Jaarrekeningen, Nationale Politie ([2013](#), [2014](#), [2015](#), [2016](#) en [2017](#)), (2) [Kamerstuk politie, Tweede Kamer \(2015\)](#)

In 2012 werden de transitiekosten begroot op € 230 miljoen, in 2014 is de begroting herijkt naar € 460 miljoen

De totale begrote transitiekosten waren € 230 miljoen

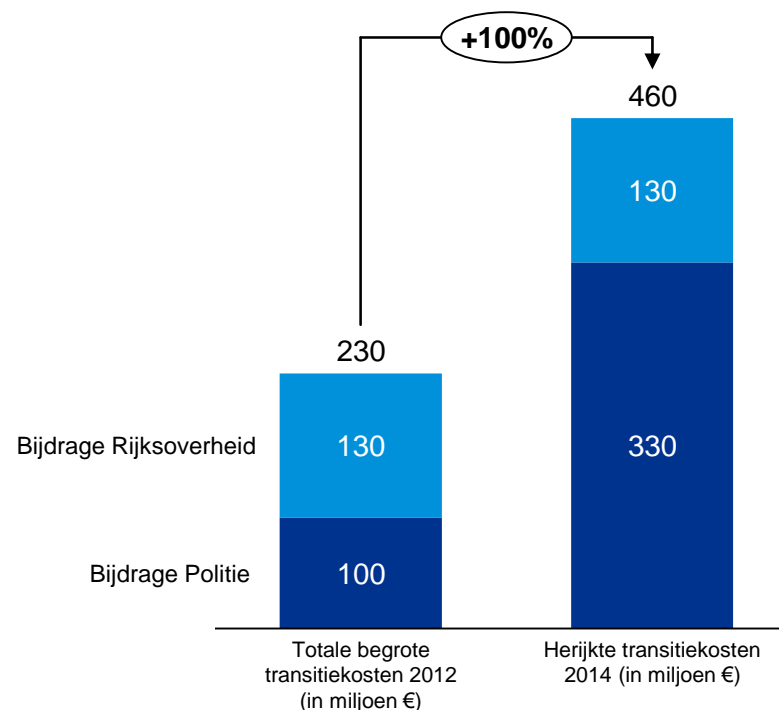
Voorafgaand aan de transitie is er een budget van € 230 miljoen beschikbaar gesteld voor de vorming van de Nationale Politie:

- Dit betreft een bedrag van € 100 miljoen dat in het onderhandelingsakkoord van 2009 is gereserveerd voor de centralisatie van de bedrijfsvoering;
- En een bedrag van € 130 miljoen dat aanvullend beschikbaar is gekomen vanuit de Rijksoverheid voor de vorming van de Nationale Politie⁽¹⁾. Dit bedrag was bedoeld voor onder andere reorganisatie- en projectkosten voor de programmaorganisatie en tijdelijke huisvesting^(2,3);

De totale herijkte transitiekosten bedragen €460 miljoen

Deze begrote transitiekosten zijn bepaald toen veel nog niet helder was omtrent de reorganisatie. Zo waren er nog geen definitieve afspraken met vakbonden over sociaal flankerend beleid en was de duur van de reorganisatie nog niet zeker. Om die reden zijn in 2014 de transitiekosten van de vorming Nationale Politie herijkt. Deze herijking komt neer op totale, geschatte transitiekosten van € 460 miljoen⁽⁴⁾. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door het feit dat de vorming van de Nationale Politie vertraagd was. De geschatte kosten per kostenpost voor zowel 2012 en 2014 zijn te vinden op pagina 52. Een overzicht van de totale begrote transitiekosten op basis van de begrotingscijfers is te vinden in de figuur rechts.

Figuur: Overzicht ingeschatte transitiekosten



Bronnen:

- (1) [Begroting 2016-2020, Nationale Politie \(2015\)](#), (2) [Ontwerpbegroting 2013-2017, Nationale Politie \(2012\)](#), (3) [Realisatieplan Nationale Politie, Nationale Politie \(2012\)](#), (4) [Kamerstuk politie, Tweede Kamer \(2015\)](#)

Twee scenario's met transitiekosten van 1,0% en 0,9% van totale exploitatiekosten politie

De transitiekosten zijn bepaald aan de hand van twee scenario's.

1. Scenario 1: De totale transitiekosten worden door de politie ingeschat op € 460 miljoen⁽¹⁾ (zie tabel 1). Dit is 1,0% van de totale exploitatiekosten van de politie. De berekeningen van de transitiekosten zijn in dit scenario gebaseerd op een kamerbrief en vinden hun basis onder andere in de realisatie 2014, actuele prognoses van de flankerende voorzieningen uit het Landelijk Sociaal Statuut (opleiding- en outplacementfaciliteiten en vergoedingen in het kader van vrijwillig vertrek van medewerkers) en de nieuwste inzichten over de ontwikkeling van de reiskosten. De transitiekosten, ook in verhouding met de totale kosten van de politie, zijn te vinden in tabel 1^(1,2). 2019 is niet meegenomen in de berekening van het percentage transitiekosten – dat jaar valt buiten de vastgestelde transitieperiode.

Tabel 1: De transitiekosten in scenario 1

In miljoen € ^(1,2)	T/m 2014	2015	2016	2017	2018	2019 ^(A)	Totaal
Transitiekosten		103	79	130	64	51	34
Totale exploitatiekosten politie		20.052	5.339	5.355	5.612	5.783	42.141
% transitiekosten/totale kosten		0,5%	1,5%	2,4%	1,1%	0,9%	1,0%

Tabel 2: De transitiekosten in scenario 2

In miljoen €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Totaal
Transitiekosten	19 ^(C,4)		14	70	110	56	40	10	299
Totale exploitatiekosten politie	4.799	4.954	5.139	5.160	5.339	5.355	5.612	5.783	37.342
% transitiekosten/totale kosten			0,3%	1,3%	2,1%	1,0%	0,7%	1,1%	0,9%

Noot: (A) Totale exploitatiekosten van de politie zijn nog niet bekend. Bovendien valt 2019 buiten de transitieperiode. Om die redenen is 2019 niet meegenomen in het percentage transitiekosten. Wel geeft de €34 miljoen inzicht in de transitiekosten die in 2019 nog steeds aanwezig waren. (B) Door afronding is de som van de transitiekosten €461 miljoen. In onderstaande bronnen wordt echter €460 miljoen aangehouden. Dat hebben wij ook aangehouden in deze rapportage. (C) Schatting geven in de Ontwerpbegroting 2013-2017 van de Nationale Politie. Voor de vorming van de Nationale Politie in 2013 zijn de transitiekosten niet gedocumenteerd in de jaarrekeningen. De schatting is zeer waarschijnlijk onvolledig. De jaren 2011 en 2012 worden daarom niet meegenomen voor het totale percentage transitiekosten.

Bronnen: (1) [Begroting 2016-2020, Nationale Politie \(2015\)](#), (2) [Kamerstuk politie, Tweede Kamer \(2015\)](#), (3) Jaarrekeningen, Nationale Politie ([2013](#), [2014](#), [2015](#), [2016](#) en [2017](#)), (4) [Ontwerpbegroting 2013-2017, Nationale Politie \(2012\)](#)

De geschatte transitiekosten bestaan uit elf kostensoorten

De tabel rechts geeft een overzicht van de geschatte transitiekosten per kostensoort van de begroting in 2012 en de herijking in 2014.

Tabel: Geschatte transitiekosten per kostensoort (2012 en 2014)

Kostensoorten ⁽¹⁾	2012 (in miljoen €)	2014 (in miljoen €)
Opleidingen	16	10
Outplacement	5	8
Verhuizingen	25	25
Woon-werkverkeer reorganisatie	68	159
Stimulering van vertrek	30	90
Loonsuppletie	8	8
Programmaorganisatie	32	82
PAC	4	4
Huisvesting	40	24
Administratie	5	5
Bedrijfsvoering	Afwezig	46
Totaal	232	460

Bronnen: (1) [Kamerstuk politie, Tweede Kamer \(2015\)](#)

Toelichting exploitatiekosten vorming Nationale Politie

Tabel: Besteding vorming Nationale Politie

x €1000	2013	2014	2015	2016	2017 Totaal	
Exploitatiekosten jaarrekening						
Personeel	6.193	59.843	98.603	45.217	33.004	242.860
Opleiding en vorming	424	1.046	1.609	1.890	619	5.588
Huisvesting	2.413	3.371	3.412	3.601	2.925	15.722
Vervoer	3	59	8	-8		62
Verbindingen en automatisering	222	293	239	179	600	1.533
Operationeel	62	72	91	107	16	348
Beheer	4.323	4.824	6.372	5.217	2.638	23.374
Totaal exploitatiekosten	13.640	69.508	110.334	56.203	39.802	289.487

Tabel: Toelichting per kostenpost

Kostenpost	Toelichting
Personeel	Bestaat uit salariskosten, inhuur van derden, toevoeging aan voorzieningen ambtsjubilea en wachtgeld.
Opleiding en vorming	Opleiding en vorming van het reguliere contractonderwijs, waaronder de kosten van de opleiding mentale kracht en weerbaarheid.
Huisvesting	Bestaande uit afschrijvingen, energie, huur, overige zaken en diensten en mutaties voorzieningen.
Vervoer	Afschrijvingen, energie en huur van de gebruikte voertuigen.
Verbindingen en automatisering	Automatiseringskosten, voornamelijk uit het bijgestelde ICT-aanvalsprogramma.
Operationeel	Kosten verbandhoudende met opsporing, tolken, in beslag genomen goederen, arrestanten en dienstreizen.
Beheer	De kosten van catering, inhuur van deskundigheid, vergaderingen en druk- en bindwerk.



Bijlage D.

Casus 4 - National Program for IT
NHS (Engeland) 2002

Tussen 2002 en 2012 vond het transitieproces van het National Programme for IT plaats

Het 'National Program for IT' (NPFIT) werd in 2002 geïmplementeerd door de 'National Health Service' (NHS). De NHS is het overheidsorgaan verantwoordelijk voor het gezondheidszorgsysteem in Engeland⁽¹⁾.

Het NPFIT had als doel het moderniseren (en digitaliseren) van de manier waarop de NHS informatie gebruikte en service verleende aan patiënten. De inkoop van IT binnen de NHS werd met het NPFIT gecentraliseerd en gestandaardiseerd. Voorheen gebeurde dat nog door de individuele NHS organisaties, wat leidde tot hoge kosten en beperkte interoperabiliteit tussen de verschillende afdelingen van de NHS^(2,3). De hervormingen binnen het NPFIT omvatten^(1,2):

De introductie van de nieuwe functie 'Director General of NHS IT' (later 'NHS Connecting for Health') door het 'Department of Health' (DoH). De Director

General hield toezicht op de implementatie van het programma, beheerde fondsen en stuurde de 'Strategic Health Authority' (SHA) en NHS Information Authority aan.

De implementatie van de volgende onderdelen^(1,2,5):

- Geïntegreerde elektronische patiëntendossiers;
- Elektronisch voorschrijven;
- Elektronisch afspraken maken (choose and book);
- Onderbouwing van de IT-infrastructuur met voldoende capaciteit om zowel nationale toepassingen als lokale systemen te ondersteunen;
- Ondersteuning voor NHS artsen en medewerkers;
- Picture Archiving and Communications Systems (PACS).



Noot: (A) Fases zijn aangehouden zoals SIRM deze heeft vastgesteld. Fase 1 start als er bekend is dat er een stelselwijziging volgt. Fase 2 begint als de wetgeving is aangenomen. Fase 3 start op het moment dat de wet formeel in werking treedt. De grens tussen fase 1 en fase 2 kan lastig zijn om te identificeren.

Bronnen: (1) [The National Programme for IT in the NHS, University of Cambridge \(2014\)](#), (2) [The National Programme for IT in the NHS, National Audit Office \(2006\)](#), (3) [The National Programme for IT in the NHS: Progress since 2006, National Audit Office \(2008\)](#), (4) [Review of the final benefits statement for programmes previously managed under the National Programme for IT in the NHS, National Audit Office \(2013\)](#), (5) [The National Programme for IT, Dell \(n.d.\)](#)

De verwachte transitieperiode voor het ontmantelen van NPfIT en afronden van resterende onderdelen is 2013 tot 2024

Bepaalde programma's binnen NPfIT zijn succesvol geïmplementeerd, terwijl anderen aanzienlijke vertraging hebben opgelopen (met name de geïntegreerde patiëntendossiers).

Vanaf september 2011 werd NPfIT ontmanteld in verschillende componenten (verwachte einddatum in 2024). De ontmanteling vond plaats op basis van rapporten van de NAO (in juni 2006, mei 2008 en mei 2011), PAC (in maart 2007, januari 2009 en juli 2011) en een review door de 'Major Projects Authority'⁽¹⁾. Sommige componenten waren destijds gecentraliseerd, waaronder inkoop van IT door de NHS (bijvoorbeeld NHSmail en elektronische voorschrijven). Andere componenten waren gedecentraliseerd, waarbij lokale NHS-onderdelen zelf leveranciers selecteerden (bijvoorbeeld elektronisch patiëntendossier).

Iedere ontmantelde component van het NPfIT-programma kreeg een senior eigenaar toegewezen. De eigenaren waren verantwoordelijk voor hun component (o.a. het leveren en beoordelen van het nut van de component).

De componenten waar nog aan gewerkt werd op het moment van ontmanteling (in verschillende mate van afronding), waren⁽²⁾:

- Geïntegreerde elektronische patiëntendossiers in de regio's Londen, Zuid-Engeland en Noord, Midden en Oost-Engeland;
- Elektronisch afspraken maken (choose and book);
- Elektronisch patiëntendossier en 'summary care record' (SCR);
- NHS mail;
- Elektronisch voorschrijven.

Na de ontmanteling zijn de onvoltooide initiatieven ieder op een eigen manier opgepakt, bijvoorbeeld:

- De NHS heeft de implementatie van het elektronisch patiëntendossier gedecentraliseerd naar de lokale NHS trusts. De NHS trusts hebben de vrijheid hun eigen IT-systeem te kiezen. De beoogde deadline is 2020 voor volledige adoptie^(3,4,5).
- In 2015 is de overheid een aantal initiatieven gestart om lokale gebieden aan te moedigen over te stappen van papieren naar elektronische dossiers. Voorbeelden van deze initiatieven zijn Integrated Digital Care Fund (2015), Nursing Technology Fund (2015) en NHS Innovation Accelerator scheme⁽³⁾.
- Het percentage huisartsenpraktijken in Engeland met CSR online zichtbaar voor patiënten, elektronisch afspraken maken en elektronisch herhaalrecepten bestellen is tussen 2014 en 2016 gestegen van 3% naar 97%⁽³⁾.
- In 2013 initieerde de NHS migratie van NHSmail naar NHSmail 2, met meer mailcapaciteit. Op andere tools werd mobiele integratie gefaciliteerd. De migratie werd voltooid in 2016⁽⁶⁾.
- Tussen 2013 en 2016 heeft de overheid toenemende vooruitgang geboekt bij de introductie van elektronisch voorschrijven. De overheid kondigde complete uitrol van deze service aan vanaf december 2019^(7,8).

Bronnen:

- (1) [Review of the final benefits statement for programmes previously managed under the National Programme for IT in the NHS, National Audit Office \(2013\)](#),
- (2) [The National Programme for IT in the NHS, University of Cambridge \(2014\)](#),
- (3) [Electronic Health Records, House of Parliament \(2016\)](#),
- (4) [CSC And NHS Reach £900m IT Service Compromise, McCaskill, S. \(2012\)](#),
- (5) [Spending review and autumn statement 2015, Gov.UK \(2015\)](#),
- (6) [NHSmail 2 rolled out to 200,000 NHS staff, digitalhealth \(2016\)](#),
- (7) [Mandatory electronic prescriptions was the easy bit in NHS paperless plans, Hall, K. \(2019\)](#),
- (8) [National roll-out of electronic prescription service, Gov.UK \(2019\)](#)

Transitiekosten mogelijk voor vier actoren die betrokken waren bij het transitieproces van het NPfIT

Meerdere actoren betrokken bij het transitieproces

De invoering van het NPfIT was een transitie van grote omvang. Veel organisaties waren betrokken bij deze transitie. Actoren die onder andere betrokken zijn in dit proces zijn onderstaand opgenomen^(1,2,3).

Actoren ^(A)	Rol	Mogelijke transitiekosten
Department of Health (DoH)	Plannen en besturen implementatie van het programma en ontwerpen programmadocument	Kosten zijn niet gemaakt door DoH, maar door NHS England en binnen het NPfIT
NHS Engeland (NHS IT later NHS Connecting for Health)	Valt onder het 'Department of Health'. Verantwoordelijk voor de implementatie van de NPfIT	— Kosten voor programmamanagement — Implementatie nationale IT applicaties en infrastructuur en elektronisch patiëntendossier
Local Service Providers (LSP)	Leveren IT-services binnen de afgesloten contracten. Contracten afgesloten met vier providers: Accenture, Fujitsu, BT en CSC	— Afschrijven verliezen

Noot: (A) De Strategic Health Authority en lokale NHS onderdelen zijn ook actoren in het transitieproces. Op basis van desktop research en interviews schatten we in dat de transitiekosten voor deze actoren relatief lager zijn dan de actoren die wel zijn gekwantificeerd. Het is aannemelijk dat er wel transitiekosten zijn gemaakt door deze actoren, maar deze kosten zijn niet gekwantificeerd in de casus.

Bronnen: (1) [The National Programme for IT in the NHS, University of Cambridge \(2014\)](#), (2) [The National Programme for IT in the NHS, National Audit Office \(2006\)](#), (3) [The National Programme for IT in the NHS: an update on the delivery of detailed care records systems, National Audit Office \(2011\)](#)

Scenario 1: de begrote transitiekosten voor NPfIT zijn £ 10.7 miljard tussen 2002 en 2024, 0,4% van de totale NHS uitgaven

Scenario 1 gaat uit van begrote kosten: de cumulatieve begrote transitiekosten voor NPfIT zijn geschat op £ 10.7 miljard tussen 2002 en 2024^(A,B)

In de vier weergegeven jaren heeft de DoH steeds een begroting gemaakt van de verwachte kosten en een inschatting van de looptijd. De getallen geven de cumulatieve kosten in deze periode weer. De begroting en de looptijd van de transitie zijn in de loop der jaren bijgesteld. Belangrijkste oorzaken hiervan zijn vertragingen bij de implementatie, afname van de scope van onderdelen en toevoegingen aan het programma.

- In 2006 had de DoH de totale cumulatieve kosten voor NPfIT begroot op £ 12,6 miljard en de transitieperiode geschat op 2002-2014.
- In de latere begrotingen werden wijzigingen aangebracht en de kosten werden geleidelijk teruggebracht tot £ 10,7 miljard^(B) in de definitieve begroting van maart 2012. De programmaperiode werd toen geschat op 2002-2024. De cumulatieve transitiekosten vertegenwoordigen in deze begroting 0,4% van de cumulatieve uitgaven voor gezondheidszorg in Engeland voor de periode 2002-2024.
- De uitsplitsing van de begrote transitiekosten is weergegeven in de tweede en derde tabel. Op basis van interviews is aangenomen dat zorgaanbieders weinig tot geen kosten hebben gemaakt. De DoH is niet als aparte stakeholder opgenomen, omdat deze kosten met name binnen de NHS gemaakt zijn.

- De afschrijvingen voor LSP's waren niet begroot, dus deze kosten zijn alleen meegenomen in methode 2, waarbij uitgegaan is van gerealiseerde kosten.

Tabel: Begrote transitiekosten per periode^(1,2,3,4,A,B,C)

In miljarden £	2006 ^(D)	2008	2011	2012
Periode	2002-2014	2002-2016	2002-2016	2002-2024
Verwachte transitiekosten (cumulatief)	12,6	13,1	12,3	10,7
Totale NHS uitgaven (cumulatief voor de periode)	1.037,0	1.267,5	1.267,5	2.410,3
Transitiekosten als % van totale uitgaven	1,2%	1,0% ^(E)	1,0% ^(E)	0,4%

Tabel: Begrote transitiekosten per periode – Opsplitsing per stakeholder^(1,2,3,4,A,B,C)

In miljarden £	2006	2008	2011	2012
NHS IT	8,7	9,2	8,3	7,2
Commissioners'	3,9	3,9	4,0	3,5
Totale transitiekosten	12,6	13,1	12,3	10,7

Tabel: Begrote transitiekosten per periode – Opsplitsing voor NHS^(1,2,3,4,A,B,C)

In miljarden £	2006	2008	2011	2012
Programma management	1,4	1,7	1,4	1,4
Nationale infrastructuur	1,6	1,5	1,6	1,3
Nationale applicaties	0,6	0,7	0,5	0,5
Patiëntendossier	5,0	5,2	4,7	4,0
Totale transitiekosten NHS	8,7	9,2	8,3	7,2

Noot: (A) De uitgaven in de originele NAO publicatie zijn gebaseerd op 2004-05 prijzen. Deze zijn gecorrigeerd voor inflatie om te komen tot kosten gebaseerd op prijzen van het betreffende jaar. (B) Het definitieve budget (2012) bevatte vanwege onzekerheid geen kosten voor implementatie van het Lorenzo system in Noord, Midlands en Oost Engeland (£572 miljoen) en toekomstige compensatie aan Fujitsu's voor het beëindiging van hun contract voor patiëntendossiers in het zuiden van Engeland (~£700 miljoen). (C) Stakeholder en NHS Breakdown voor de jaren 2006 en 2012 zijn niet gerapporteerd door NAO. Deze zijn geschat op basis van gemiddelde uitsplitsing voor de jaren 2008 en 2011. (D) Het bovenste jaar is het jaar waarin de begroting is gemaakt. De periode daaronder werd bekeken in de betreffende begroting. (E) Het percentage in 2008 is 1,03%, in 2011 0,97%. Door afronding worden beide percentages weergegeven als 1,0%.

Bronnen: (1) [NPfIT Report, National Audit Office \(2006\)](#), (2) [The National Programme for IT in the NHS: Progress since 2006, National Audit Office \(2008\)](#), (3) [The National Programme for IT in the NHS: an update on the delivery of detailed care records systems, National Audit Office \(2011\)](#), (4) [Review of the final benefits statement for Programmes previously managed under the National Programme for IT in the NHS, National Audit Office \(2013\)](#)

Scenario 2: de gerealiseerde transitiekosten aan NPfIT waren €10,7 miljard tussen 2002 en 2012, 1,3% van de totale NHS uitgaven

Scenario 2 gaat uit van gerealiseerde kosten: de cumulatieve gerealiseerde transitiekosten voor de periode 2002 tot 2012 waren £ 10,7 miljard^(A)

Scenario 2 is gebaseerd op gerealiseerde (daadwerkelijk gemaakte) kosten en is het voorkeursscenario. De gerealiseerde uitgaven voor NPfIT waren lager dan verwacht, vanwege vertragingen bij de levering van bepaalde systemen (vooral het elektronisch patiëntendossier). De leverancier werd pas betaald als bewezen was dat de dienst geleverd werd en werkte⁽¹⁾.

- Tussen 2002-2008 stonden de totale uitgaven op £4,0 miljard (dat was lager dan verwacht), als gevolg van aanzienlijke vertragingen bij de implementatie van het elektronisch patiëntendossier⁽³⁾.
- In het definitieve NPfIT beoordelingsrapport voor de ontmanteling (maart 2012) zijn gerealiseerde uitgaven gerapporteerd van circa £ 10,7 miljard tussen 2002 tot 2012. Dit vertegenwoordigt 1,3% van de cumulatieve uitgaven voor gezondheidszorg in Engeland voor de periode 2002-2012.
- De uitsplitsing van de werkelijke transitiekosten wordt weergegeven in de tweede en derde tabel. Het merendeel van de kosten is gemaakt door NHS IT (NHS Connecting for Health sinds 2005). Deze vertegenwoordigen circa 70% van de totale gerealiseerde kosten tot 2012. Ook hier is op basis van interviews de aanname gedaan dat zorgaanbieders en DoH weinig tot geen kosten hebben gemaakt.
- Kosten voor Local Service Providers bestaan uit afschrijvingen die deze IT-leveranciers hebben moeten maken op de contracten die zij met de NHS hebben gesloten voor het NPfIT. De onderbouwing en aannames zijn opgenomen op pagina 62.

Tabel: Gerealiseerde transitiekosten per periode^(1,2,3,4,A)

In miljarden £	2006	2008	2011	2012
Periode	2002-2006	2002-2008	2002-2011	2002-2012
Gerealiseerde transitiekosten (cumulatief voor de periode)	0,7	4,0	8,5	10,7
Totale NHS uitgaven (cumulatief voor de periode)	264,7	429,4	719,2	822,0
Transitiekosten als % van totale uitgave	0,2%	0,9%	1,2%	1,3%

Tabel: Gerealiseerde transitiekosten per periode – Opsplitsing per stakeholder periode^(1,2,3,4,A,B)

In miljarden £	2006	2008	2011	2012
NHS IT	0,5	2,6	4,7	5,5
Commissioners'	0,2	1,1	2,1	2,5
Local Service provider (LSP) ^(C)	0,0	0,3	1,6	2,7
Total Transition costs	0,7	4,0	8,5	10,7

Tabel: Gerealiseerde transitiekosten per periode – Opsplitsing voor NHS^(1,2,3,4,A,B)

In miljarden £	2006	2008	2011	2012
Programma management	0,1	0,5	1,0	1,2
Nationale infrastructuur	0,2	0,8	1,5	1,7
Nationale applicaties	0,0	0,3	0,5	0,5
Patiëntendossier	0,2	1,0	1,8	2,0
Totale bijdrage door de NHS	0,5	2,6	4,7	5,5

- Noot: (A) De uitgaven in de originele NAO publicatie zijn gebaseerd op 2004-2005 prijzen. Deze zijn gecorrigeerd voor inflatie om te komen tot kosten gebaseerd op prijzen van het betreffende jaar. (B) Stakeholder en NHS Breakdown voor de jaren 2006, 2008 en 2012 zijn niet gerapporteerd door DoH. Deze zijn berekend op basis van het jaar 2011, waarin de uitsplitsing wel gerapporteerd is. Daarbij is ervan uitgegaan dat de verdeling(%) in 2006, 2008 en 2012 hetzelfde is als in 2011. (C) Methode en aannames zijn uitgewerkt op pagina 60-62.
- Bronnen: (1) [The National Programme for IT in the NHS, National Audit Office \(2006\)](#); (2) [The National Programme for IT in the NHS: Progress since 2006, National Audit Office \(2008\)](#); (3) [The National Programme for IT in the NHS: an update on the delivery of detailed care records systems, National Audit Office \(2011\)](#); (4) [Review of the final benefits statement for Programmes previously managed under the National Programme for IT in the NHS, National Audit Office \(2013\)](#)

Methodologie voor aanpassing prijzen gebaseerd op 2004-05 waarden naar nominale waarden voor dat jaar

- De totale gerapporteerde uitgaven (begroot/gerealiseerd) zijn opgesplitst in de volgende twee categorieën:
 - Vaste-prijscontracten: contracten worden tegen vaste prijzen uitgerold en konden in de loop der jaren niet veranderen. Deze omvatten de kosten van nationale infrastructuur, nationale toepassingen en lokale services (d.w.z. patiëntendossiers);
 - Overige kosten: uitgaven voor het beheer van het programma door de NHS of lokale NHS-trusts. Deze werden aanvankelijk niet vastgelegd via een contract en we zijn ervan uitgegaan dat deze in de loop van de jaren veranderden.
- De kosten voor vaste-prijscontracten zijn overgenomen zoals gerapporteerd in de betreffende jaren.
- De overige kosten zijn aangepast door te corrigeren voor de inflatie in het jaar waarin de kosten werden gerapporteerd door te vermenigvuldigen met de inflatie-index voor dat jaar volgens onderstaande tabel:

De kosten voor vaste-prijscontracten en aangepaste overige kosten zijn opgeteld om tot de definitieve waarde te komen.

Tabel: Overzicht inflatie 2005-2012

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Inflatie %	2.1%	2.3%	2.32%	3.6%	2.2%	3.3%	4.5%	2.8%
Inflatie index	1.000	1.023	1.047	1.085	1.108	1.145	1.196	1.230

Tabel: Voorbeeld aanpassing in begrote en gerealiseerde uitgaven 2011⁽¹⁾

In miljoenen £		
	Gerealiseerd	Begroot
Nationale infrastructuur		
Spine	814	902
N3 network	530	530
NHSmail	159	207
Nationale applicaties		
Choose and Book	154	154
GP2GP transfer	25	25
Toegevoegde contracten	297	341
Lokale services		
London	444	948
South	213	454
North, Midlands and East	854	2.507
Additional Supply Capability and Capacity	–	470
Interoperabiliteit	–	52
Totaal ingehouden door Accenture	122	110
Totaal ingehouden door Fujitsu	151	151
Lokale NHS kosten		
PACS	675	886
N3 Network	216	216
Kosten voor lokale personele inzet	882	2.084
Interoperabiliteit	–	172
Centrale programmakosten		
	817	1.190
Totaal	6.354	11.400

Vaste-prijscontracten
Kosten genomen zoals gerapporteerd

Overige kosten
Kosten vermenigvuldigd met inflatie-index m.b.t. 2004-05 (1.196 in 2011) om aangepaste uitgave te verkrijgen

Bronnen:

(1) [The National Programme for IT in the NHS: an update on the delivery of detailed care records systems, National Audit Office \(2011\)](#)

Verwachte kosten nadat NPfIT was ontmanteld waren circa £ 4.04 miljard voor de periode 2013-2024

Tabel: Verwachte kosten per jaar na ontmanteling van het NPfIT in verschillende componenten⁽¹⁾

In miljarden £	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Totaal
NHS en commissioners	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	2,74
Aanvullende kosten Lorenzo initiatief ^(A,1)	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,57
Aanvullende kosten Fujitsu geschillenregeling ^(B,2)	-	-	-	-	-	-	-	0,70	-	-	-	-	0,70
Kosten juridische ondersteuning ^(C,1)	0,04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,04
Totaal begrote transitiekosten	0,31	0,28	0,28	0,28	0,28	0,28	0,28	0,98	0,28	0,28	0,28	0,28	4,04
Totale uitgaven	105,2	109,8	113,3	117,2	120,5	125,2	130,8	137,8	145,1	152,8	161,0	169,6	1.588,3
Totaal begrote transitiekosten als % van de uitgaven	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,7%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%

De cumulatieve begrote transitiekosten voor de periode 2013 tot 2024 waren £ 4.04 miljard

- Op basis van het verschil tussen de begrote en werkelijke uitgaven gepubliceerd in maart 2012, hebben we aangenomen dat de resterende £ 2,74 miljoen werd uitgegeven tussen 2013 en 2024.
- Hieraan hebben we de extra kosten toegevoegd: kosten voor het Lorenzo-initiatief^(A), kosten van Fujitsu-geschillenregeling^(B,2) en bijbehorende juridische kosten^(C). Daarmee zijn we gekomen tot de totale verwachte uitgaven tussen 2013-2024.
- Dit vertegenwoordigt 0,3% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg in Engeland voor de periode 2013-2024.

Noot: (A) Omvat toekomstige kosten voor het contract van het ministerie met CSC om het Lorenzo-zorgregistratiesysteem te leveren aan acute trusts, psychische trusts en gemeenschapdiensten in Noord-, Midden en Oost-Engeland. (B) Omvat kosten die voortvloeien uit de beëindiging van het contract door Fujitsu voor zorgregistratiesystemen in Zuid-Engeland. De geschatte kosten liggen tussen £ 400 - 700 miljoen. We zijn uitgegaan van £ 700 miljoen in bovenstaande schattingen. (C) Bestaande uit £ 31,5 miljoen, £ 2,9 miljoen en £ 2,7 miljoen, betaald aan DLA Piper voor juridisch advies in de rechtszaak Fujitsu, CSC-onderhandelingen en andere onderhandelingen met betrekking tot NPfIT-contracten

Bronnen: (1) [Review of the final benefits statement for Programmes previously managed under the National Programme for IT in the NHS, National Audit Office \(2013\)](#),

(2) [Department close to settling 10-year NPfIT legal battle with Fujitsu, Digitalhealth \(2018\)](#)

Methode en aannames verliezen voor Local Service Providers (LSP's)

Methode en aannames bij kwantificeren verliezen voor LSP's

- **Accenture:** beëindigde het contract voor NPfIT in september 2006. De geschatte verliezen omvatten:
 - Een voorziening voor toekomstig verwacht verlies van £ 0,23 miljard vanwege het NPfIT (contract beëindigd in september later dat jaar).
 - Daarnaast moest Accenture £ 0,07 miljard terugbetalen aan de NHS dat het bedrijf had ontvangen als vooruitbetaling^(1,2).
- **Fujitsu:** beëindigde het contract met de NHS in mei 2008. Het bedrijf voerde een rechtszaak waarbij £ 0,70 miljard werd gevraagd als eindafrekening. Aangenomen is dat dit het verlies is dat Fujitsu heeft geleden^(3,4).
- **BT:** de volgende aannames zijn gemaakt:
 - In Q4 2009 (in dit geval door gebroken boekjaar: januari tot maart 2009) heeft BT voorzieningen getrokken voor verliezen op contracten voor £ 1.2 miljard.
 - Dit verlies hing samen met twee contracten van BT Global Services, waarvan NPfIT er één was.
 - Aangenomen is dat de helft van het verlies (dus £ 0,60 miljard) voor NPfIT was^(5,6,7).
- **CSC:** verliezen van CSC bestaand uit twee delen:
 - Een afschrijving van £ 0,96 miljard aan investeringen die CSC heeft gedaan voor NPfIT. Dit omvat £ 0,82 miljard voor onderhande werk, £ 0,13 voor gefactureerde en niet-gefactureerde vorderingen en £ 0,01 overig.

- Daarnaast moest CSC de NHS £ 0,17 miljard terugbetalen dat het bedrijf had ontvangen als vooruitbetaling^(8,9).

Tabel: Cumulatief verlies voor LSP's door NPfIT^(1,2,3,4,5,6,7)

In miljarden £ (cumulatief)	2006	2008	2011	2012
NHS financieel jaar	2007	2009	2009	2012
Accenture ^(A)	-	0,30	0,30	0,30
Fujitsu	-	-	0,70	0,70
BT ^(B)	-	-	0,60	0,60
CSC ^(C)	-	-	-	1,134
Totaal verlies voor LSP's	-	0,30	1,60	2,73

Not: (A) Conversie in 2006: £1=\$1.95, (B) Conversie in 2011: £1=\$1.55, (C) In 2013 ontving BT bijna alle bedragen voor contracten die als LSP fungeerde - Londen en Zuid-Europa (gecontracteerd voor zorgregistratie)

Bronnen: (1) [The National Programme for IT in the NHS, National Audit Office \(2006\)](#), (2) [Fujitsu may quit NHS National Programme for IT, Computerweekly \(2008\)](#), (3) [Department close to settling 10-year NPfIT legal battle with Fujitsu, Digitalhealth \(2018\)](#), (4) [Fujitsu to withdraw from the NPfIT - what happens now?, Computerweekly \(2008\)](#), (5) [BT's writedown on London NPfIT contract, Computerweekly \(2009\)](#), (6) [BT earns £1.3bn extra from "dismantled" NHS IT scheme, Campaign4Change \(2014\)](#), (7) [Financial Results, BT \(2009\)](#), (8) [CSC set to write-off £1bn spent on NPfIT, Digitalhealth \(2012\)](#), (9) [Financial report Q3, Computer sciences corporation \(2012\)](#)



Bijlage E.

Casus 5 - Invoering Quality
Outcome Framework (Engeland)
2004

Tussen 2000 en 2006 vond het transitieproces van het Quality and Outcome Framework (QOF) plaats

Het Quality and Outcome Framework (QOF) is een vrijwillig programma van jaarlijkse beloning voor huisartsen. Hoewel het programma is geïmplementeerd in Engeland, Wales, Schotland en Noord-Ierland, gaan we in deze casus alleen uit van de transitie in Engeland. QOF valt binnen het General Medical Service (GMS) contract voor huisartsen. Het systeem is geïmplementeerd door de National Health Service (NHS) in april 2004. De intentie was het verbeteren van de kwaliteit van huisartsenzorg door het belonen van 'good practices' en het oplossen van het tekort aan huisartsen. Huisartsen verdienen punten. Hoe hoger de score, hoe hoger de beloning^(1,2).



Noot: (A) Fases zijn aangehouden zoals SIRM deze heeft vastgesteld. Fase 1 start als er bekend is dat er een stelselwijziging volgt. Fase 2 begint als de wetgeving is aangenomen. Fase 3 start op het moment dat de wet formeel in werking treedt. De grens tussen fase 1 en fase 2 kan lastig zijn om te identificeren. (B) Hoewel de implementatieperiode in 2000 begint, zijn pas vanaf 2014 (het moment van implementatie) transitiekosten gerapporteerd.

Bronnen: (1) [QOF 2018/19 results, NHS digital \(2020\)](#), (2) [Quality and Outcomes Framework: what have we learnt?, Roland, M. & Guthrie, B. \(2016\)](#)

Transitiekosten mogelijk voor drie actoren die betrokken waren bij het transitieproces van het QOF

Vier actoren betrokken bij het transitieproces

Onderstaande vier actoren waren betrokken bij het transitieproces van het QOF en hebben mogelijk transitiekosten gemaakt.

Actoren	Rol	Mogelijke transitiekosten
NHS (England) ⁽¹⁾	Valt onder het 'UK National Health Service'. Verantwoordelijk voor de implementatie van het QOF	<ul style="list-style-type: none"> — Aanvullend salaris huisartsen — Personele inzet voor reorganisatie, administratiekosten — Ontwikkelen en beschikbaar stellen software tools QOF — Opstellen gedetailleerde handleidingen voor huisartsen — Ondersteuning bij implementatie
Huisartsen	Uitvoerende partijen huisartsenzorg	<ul style="list-style-type: none"> — Personele inzet en administratieve lasten: o.a. verzamelen benodigde data, monitoren uitkomsten en betaling^(1,2) — Systeemveranderingen zoals implementatie universele elektronische dossiers benodigd om betaling te ontvangen⁽¹⁾ — Fricatiekosten
NHS Primary Care Trusts	Toezicht houden en controleren van het QOF en uitvoeren gerelateerde betalingen	<ul style="list-style-type: none"> — Inrichten systemen voor toezicht, controle en betaling

Bronnen:

(1) [Quality and Outcomes Framework: what have we learnt?](#), Roland, M. & Guthrie, B. (2016),

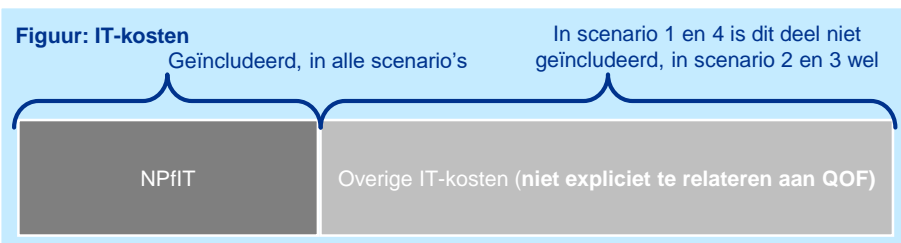
(2) [Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care.](#) Ruth, D et al. (2007)

Vier scenario's om de transitiekosten QOF te bepalen

In de transitiekosten QOF zijn twee posten het meest onzeker (zie figuur rechts):

- Onverwacht aanvullend salaris huisartsen: door de implementatie van het QOF ontvingen huisartsen een aanvullend salaris bij goede uitkomsten. Echter, dit aanvullende salaris was in de eerste jaren fors hoger dan begroot. Huisartsen haalden in het eerste jaar 90% van de te behalen punten, in plaats van de verwachte 75%. De kosten voor de nieuwe contracten met huisartsen waren daardoor hoger dan begroot^(1,2).
- IT-kosten: de transitiekosten IT omvatten kosten voor huisartsenzorg in het kader van het National Programme for IT (NPfIT), ondersteunend aan het Quality Outcome Framework. Dit zijn investeringen in huisartsenzorg die alleen in de contracten van 2003/2004 en 2005/2006 zijn opgenomen⁽³⁾. Daarnaast zijn echter ook overige IT-kosten gemaakt. Voor deze IT-kosten kan geen onderscheid gemaakt worden in transitiekosten en reguliere IT-kosten.

Uitgaande van deze twee onzekerheden, zijn vier scenario's gemaakt van de transitiekosten (zie tabel rechts). Daarbij wisselt of de kosten voor bovenstaande posten worden gezien als onderdeel van de transitie en dus geïncorporeerd worden als transitiekosten. Of dat ze gezien worden als reguliere kosten en niet geïncorporeerd worden als transitiekosten.



Tabel: Vier scenario's transitiekosten QOF

	Onverwacht aanvullend salaris huisartsen	Overige IT-kosten
Scenario 1	Niet geïncorporeerd	Niet geïncorporeerd
Scenario 2	Niet geïncorporeerd	Wel geïncorporeerd
Scenario 3	Wel geïncorporeerd	Wel geïncorporeerd
Scenario 4	Wel geïncorporeerd	Niet geïncorporeerd

Bronnen:

- (1) [NHS Pay Modernisation: New Contracts for General Practice Services in England, National Audit Office \(2008\)](#), (2) [Do GPs deserve their recent pay rise?, Timmins, N. \(2005\)](#), (3) [Investment in General Practice 2003/04 to 2009/10 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, The Health and Social Care Information Centre \(2010\)](#)

De transitiekosten QOF bedragen tussen 2003 en 2006 gemiddeld jaarlijks 1,9% tot 3,9% afhankelijk van het gekozen scenario

Transitiekosten tussen 2003 en 2006 gemiddeld 1,9% tot 3,9% afhankelijk van het gekozen scenario

In scenario 1 zijn de gemiddelde transitiekosten tussen 2003 en 2006 1,9%, in scenario 2 2,7%, in scenario 3 3,9% en in scenario 4 3,2%. Een uitsplitsing van de kosten, onderbouwing en toelichting zijn te vinden op pagina 68 en 69. De transitiekosten zijn gebaseerd op gerealiseerde kosten. Waar deze kosten niet beschikbaar waren, zijn inschattingen gemaakt op basis van aannames.

Tabel: Inschatting transitiekosten QOF Engeland^(1,2,3,4,5,6)

In miljoen €	2003	2004	2005	2006	Totaal
Totale uitgaven huisartsenzorg na de transitie ^(A)	5.185	5.811	6.914	7.747	25.657
Scenario 1: exclusief onverwacht aanvullend salaris huisartsen en IT-kosten					
Totale transitiekosten exclusief onverwacht aanvullend salaris huisartsen en IT-kosten	0	185	219	82	485
% transitiekosten / totale uitgaven	0,0%	3,2%	3,2%	1,1%	1,9%
Scenario 2: exclusief onverwacht aanvullend salaris huisartsen en IT-kosten, inclusief IT-kosten					
Totale transitiekosten exclusief onverwacht aanvullend salaris huisartsen en IT-kosten, inclusief IT-kosten	0	247	285	150	682
% transitiekosten / totale uitgaven	0,0%	4,3%	4,1%	1,9%	2,7%
Scenario 3: inclusief onverwacht aanvullend salaris huisartsen en IT-kosten					
Totale transitiekosten inclusief onverwacht aanvullend salaris huisartsen en IT-kosten	0	247	440	318	1.005
% transitiekosten / totale uitgaven	0,0%	4,3%	6,4%	4,1%	3,9%
Scenario 4: inclusief onverwacht aanvullend salaris huisartsen, exclusief IT-kosten					
Totale transitiekosten inclusief onverwacht aanvullend salaris huisartsen, exclusief IT-kosten	0	185	374	250	808
% transitiekosten / totale uitgaven	0,0%	3,2%	5,4%	3,2%	3,2%

Noot: (A) Voor de totale uitgaven huisartsenzorg na de transitie in 2003 is de aanname gedaan dat dit 85% van de uitgaven in het totale VK is (Engeland, Wales, Noord-Ierland en Schotland. In de jaren 2004 tot en met 2019 was dit steeds 85% of 86% (gemiddeld 85%).

Bronnen: (1) [Investment in General Practice 2003/04 to 2009/10 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, The Health and Social Care Information Centre \(2010\)](#), (2) [Investment in General Practice 2006/07 to 2010/11 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, The Health and Social Care Information Centre \(2011\)](#), (3) [Investment in General Practice 2011/12 to 2015/16 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, The Health and Social Care Information Centre \(2016\)](#), (4) [Investment in General Practice 2006/07 to 2010/11 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, The Health and Social Care Information Centre \(2011\)](#), (5) [Investment in General Practice 2003/04 to 2007/08 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, The Health and Social Care Information Centre \(2009\)](#), (6) [The new GMS Contract for GPs and other Healthcare Professionals, Audit commission in Wales, \(2004\)](#)

Toelichting, onderbouwing en aannames transitiekosten QOF (1/2)

Toelichting berekening transitiekosten QOF

- In de berekeningen is uitgegaan van de kosten in Engeland. Kosten voor Wales, Noord-Ierland en Schotland zijn buiten beschouwing gelaten in alle posten.
- De NHS rapporteert in financiële jaren die lopen van april tot en met maart. We gaan in de berekeningen uit van het jaareinde van het boekjaar. Dus 2004 is de periode van april 2003 tot en met maart 2004.
- Data van de transitiekosten zijn beschikbaar vanaf 2003. De NHS rapporteert over de periode.

Onderbouwing en aannames berekening transitiekosten QOF per post

- **NPfIT en IT-kosten:** de transitiekosten IT omvatten kosten voor huisartsenzorg in het kader van het National Programme for IT (NPfIT), ondersteunend aan het Quality Outcome Framework. Dit zijn investeringen in huisartsenzorg die alleen in de contracten van 2003/2004 en 2005/2006 zijn opgenomen⁽¹⁾. Daarnaast zijn echter ook overige IT-kosten gemaakt. Voor deze IT-kosten kan geen onderscheid gemaakt worden in transitiekosten en reguliere IT-kosten. In scenario 1 en 4 zijn deze kosten niet geïnccludeerd in de transitiekosten, in scenario 2 en 3 wel.
- **Training en educatie huisartsen:** een inschatting voor de kosten voor training en educatie huisartsen is gemaakt met de aanname dat 0,2% van de totale uitgave huisartsenzorg besteed wordt aan training en educatie. 0,2% is gebaseerd op kosten voor training en educatie van huisartsen in Noord-Ierland in 2009 en 2010^(1,2), opgehoogd voor de transitiejaren.

Bronnen:

(1) [Investment in General Practice 2003/04 to 2009/10 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, The Health and Social Care Information Centre \(2010\)](#),

(2) [Investment in General Practice 2003/04 to 2008/09 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, NHS, 2009](#),

(3) [The new GMS Contract for GPs and other Healthcare Professionals, Audit Commission in Wales \(2004\)](#), (4) [Number of GP practices in England falls below 7,000, GP Online \(2019\)](#),

(5) [GP Earnings and Expenses Estimates 2017/18, NHS \(2019\)](#), (6) [NHS Pay Modernisation: New Contracts for General Practice Services in England, National Audit Office \(2008\)](#),

(7) [Do GPs deserve their recent pay rise?, Timmins, N. \(2005\)](#)

- **Vorbereidingskosten:** werden betaald aan iedere huisartsenpraktijk om de kosten te dekken voor de implementatie van QOF. Praktijken ontvingen een gemiddelde voorbereidingskosten van £ 9,000 in 2003/2004 en £ 3,250 in 2004/2005⁽³⁾. Daarna werden geen voorbereidingskosten meer betaald. Deze bedragen zijn vermenigvuldigd met het aantal huisartsenpraktijken in het betreffende jaar⁽⁴⁾.
- **Transitiekosten gemaakt door huisartsen:** voor de transitiekosten voor huisartsen is (nog) geen directe cijfermatige onderbouwing gevonden. Vooralnog zijn we uitgegaan van een grove inschatting die als volgt is bepaald: eerst is de jaarlijkse groei van de kosten voor huisartsenzorg berekend in de periode na de transitie⁽⁵⁾. Daarvoor is de compound annual growth rate (CAGR) berekend over de periode 2006-2018. Aangenomen is dat dit reguliere kosten zijn voor huisartsenzorg. Vervolgens is deze groei afgetrokken van de kostenstijging in de periode van de transitie (2004-2006), om de transitiekosten te bepalen. Dit is een grove inschatting, verdere cijfermatige onderbouwing is (nog) niet gevonden.
- **Onverwacht aanvullend salaris huisartsen:** door de implementatie van het QOF ontvingen huisartsen een aanvullend salaris bij goede uitkomsten. Dit was één van de doelen van QOF en niet tijdelijk. Echter, dit aanvullende salaris was in de eerste jaren fors hoger dan begroot. Huisartsen haalden in het eerste jaar 90% van de te behalen punten, in plaats van de verwachte 75%. De kosten voor de nieuwe contracten met huisartsen waren daardoor hoger dan begroot^(6,7). Omdat de standaarden met de ontwikkeling van QOF zijn aangepast, worden deze kosten gezien als tijdelijke kosten en daarmee als transitiekosten.

Toelichting, onderbouwing en aannames transitiekosten QOF (2/2)

Tabel: Onderbouwing transitiekosten QOF per scenario (inclusief Engeland)^(1,2,3,4,5,6)

In miljoen £	2003	2004	2005	2006	Totaal
Scenario 1: exclusief onverwacht aanvullend salaris huisartsen en IT-kosten					
NPfIT	0	38	43	66	147
Training en educatie huisartsen ^(A)	0	12	14	16	41
Vorbereidingskosten ^(A)	0	76	28	0	104
Transitiekosten gemaakt door huisartsen ^(A)	0	59	135	0	193
Scenario 2: exclusief onverwacht aanvullend salaris huisartsen en IT-kosten, inclusief IT-kosten					
NPfIT	0	38	43	66	147
Training en educatie huisartsen ^(A)	0	12	14	16	41
Vorbereidingskosten ^(A)	0	76	28	0	104
Transitiekosten gemaakt door huisartsen ^(A)	0	59	135	0	193
IT-kosten	0	63	66	68	197
Scenario 3: inclusief onverwacht aanvullend salaris huisartsen en IT-kosten					
NPfIT	0	38	43	66	147
Training en educatie huisartsen ^(A)	0	12	14	16	41
Vorbereidingskosten ^(A)	0	76	28	0	104
Transitiekosten gemaakt door huisartsen ^(A)	0	59	135	0	193
IT-kosten	0	63	66	68	197
Onverwacht aanvullend salaris huisartsen	0	0	155	168	323

Tabel: Onderbouwing transitiekosten QOF per scenario (inclusief Engeland)^(1,2,3,4,5,6)

In miljoen £	2003	2004	2005	2006	Totaal
Scenario 4: inclusief onverwacht aanvullend salaris huisartsen, exclusief IT-kosten					
NPfIT	0	38	43	66	147
Training en educatie huisartsen ^(A)	0	12	14	16	41
Vorbereidingskosten ^(A)	0	76	28	0	104
Transitiekosten gemaakt door huisartsen ^(A)	0	59	135	0	193
Onverwacht aanvullend salaris huisartsen	0	0	155	168	323

Noot:
Bronnen:

(A) Gebaseerd op aannames.

(1) [Investment in General Practice 2003/04 to 2009/10 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, The Health and Social Care Information Centre \(2010\)](#),
 (2) [Investment in General Practice 2006/07 to 2010/11 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, The Health and Social Care Information Centre \(2011\)](#),
 (3) [Investment in General Practice 2011/12 to 2015/16 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, The Health and Social Care Information Centre \(2016\)](#),
 (4) [Investment in General Practice 2006/07 to 2010/11 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, The Health and Social Care Information Centre \(2011\)](#),
 (5) [Investment in General Practice 2003/04 to 2007/08 England, Wales, Northern Ireland and Scotland, The Health and Social Care Information Centre \(2009\)](#),
 (6) [The new GMS Contract for GPs and other Healthcare Professionals, Audit Commission in Wales \(2004\)](#)



Bijlage F.

Casus 6 - Invoering Health and
Social Care Act (Engeland) 2012

Tussen 2011 en 2015 vond het transitieproces van de Health and Social Care Act plaats

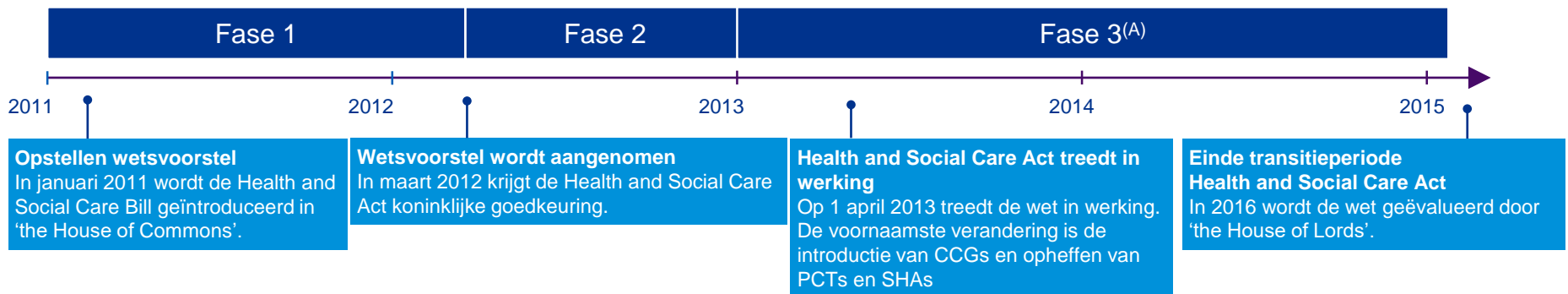
De Health and Social Care Act 2012 is geïntroduceerd als onderdeel van de National Health Service (NHS). Dit is het overheidsorgaan dat verantwoordelijk is voor het gezondheidssysteem in Engeland⁽¹⁾. De Health and Social Care Act is geïntroduceerd vanwege stijgende de zorgvraag en zorgkosten in Engeland. Hierdoor nam de druk op de NHS toe. Het is een van de meest uitgebreide en radicale reorganisaties van zorginkoop in de NHS. De Health and Sociale Care Act schafte de NHS Primary Care Trusts (152 PCT's) en de Strategic Health Authorities (10 SHA's) af en verplaatste verantwoordelijkheid voor zorginkoop naar Clinical Commissioning Groups (211 CCG's). De transitie resulteerde daarmee in een verschuiving van inkoopmacht, waarbij de verantwoordelijkheid meer in de regio is belegd⁽²⁾.

De beoogde veranderingen door de Health and Social Act waren onder andere^(3,4):

- Verantwoordelijkheden voor het inkopen van zorg en verdeling van de budgetten worden overgedragen van Strategic Health Authority (SHA) en

Primary Care Trust (PCT) naar 'Clinical Commissioning Groups' (CCGs). De insteek was om zorginkoop meer regionaal te beleggen en dat o.a. huisartsen hierdoor meer verantwoordelijkheid en vrijheid zouden krijgen om het zorgaanbod beter rondom de patiënt te organiseren, en hiermee de kwaliteit van zorg te verhogen;

- Competitieve tenders. Competitie moet op basis van kwaliteit gaan, niet op basis van prijs. Op deze manier hoopt de overheid dat mensen betere zorg krijgen;
- Meer keuzevrijheid voor patiënten voor innovatieve diensten en producten;
- Vergrote betrokkenheid patiënten door vergrote rol patiëntorganisaties.



Noot: (A) Fases zijn aangehouden zoals SIRM deze heeft vastgesteld. Fase 1 start als er bekend is dat er een stelselwijziging volgt. Fase 2 begint als de wetgeving is aangenomen. Fase 3 start op het moment dat de wet formeel in werking treedt. De grens tussen fase 1 en fase 2 kan lastig zijn om te identificeren.

Bronnen: (1) [NHS reform bill, the Guardian \(2012\)](#), (2) [Glover-Thomas N. \(2013\). The Health and Social Care Act 2012: The emergence of equal treatment for mental health care or another false dawn?. Medical law international, 13\(4\), 279-297. https://doi.org/10.1177/0968533214521090](#), (3) [Overview of the Health and Social Care Act fact sheet, UK Government \(2012\)](#), (4) [The Health and Social Care Act 2012, Glover-Thomas \(2013\)](#)

Transitiekosten mogelijk voor vier actoren die betrokken waren bij het transitieproces van de Health and Social Care Act 2012

Meerdere actoren betrokken bij het transitieproces

De invoering van de Health and Social Care Act was een transitie van grote omvang. Veel organisaties waren betrokken bij deze transitie. De actoren die onder andere betrokken zijn in dit proces⁽¹⁾:

Actoren	Rol	Mogelijke transitiekosten
Department of Health (DoH)	Wet- en regelgeving Health and Social Care Act op landelijk niveau, o.a. door opstellen en indienen wetsvoorstel	<ul style="list-style-type: none"> — Kosten opstellen en implementeren wetsvoorstel — Evaluatie wet
NHS Engeland	Valt onder het 'department of health'. Verantwoordelijk voor de implementatie van de Health and Social Care Act	<ul style="list-style-type: none"> — Personele inzet voor reorganisatie — Administratieve kosten
Lokale zorg inkoop organisaties (transitie van inkoopmacht van PCTs en SHAs naar CCGs)	Maken het op lokaal niveau mogelijk om de wet te implementeren	<ul style="list-style-type: none"> — Personele inzet voor onder andere opleidingskosten CCG — Controle CCG — Friciekosten PCTs en SHAs
Zorgaanbieders (oa huisartsen, tandartsen, opticiens)	De zorgaanbieders worden gefinancierd door de Health and Social Care Act	<ul style="list-style-type: none"> — Opleidingskosten — Systemveranderingen — Productiviteitsverlies door transitie

Bronnen:

(1) ["The end of the NHS as we know it"? A guide to the Health and Social Care Act, the UK's Independent Fact Checking Charity \(2013\)](#)

Variant 1: De cumulatieve, begrote transitiekosten voor de Health and Social Care Act zijn circa £ 1,1 tot 1,2 miljard, 5,6% en 6,2% van de totale DoH-administratiekosten

Variant 1 - drie scenario's: cumulatieve transitiekosten zijn in 2011 begroot op circa £ 1,1 - 1,2 miljard

Middels een impact assessment zijn door de Department of Health (DoH) twee inschattingen gemaakt van de transitiekosten. Dit zijn scenario 1 en 2. Daarnaast is in 2013 een business case gemaakt op basis van deels gerealiseerde kosten en deels nog te verwachte kosten. Dit is scenario 3.

- Scenario 1: lage inschatting transitiekosten. De transitiekosten werden in dit scenario geschat op circa £ 1,1 miljard. Dit komt neer op 5,6% van de totale uitgaven. Voor de totale kosten zijn de kosten vanuit de business case overgenomen.
- Scenario 2: hoge inschatting transitiekosten. De transitiekosten werden in dit scenario geschat op circa £ 1,2 miljard, met een verschil van £120 miljoen tussen de lage en de hoge inschatting. Dit is 6,2% van de totale uitgaven. Voor de totale kosten zijn de kosten vanuit de business case overgenomen.
- Scenario 3: aan de hand van een business case is in 2013 een inschatting gemaakt van de transitiekosten⁽¹⁾. De cumulatieve transitiekosten zijn in dit scenario geschat op £ 1,5 miljard. Dit is 7,9% van de administratiekosten van de DoH.^(A)

In de laatste tabel is een opsplitsing weergegeven van de transitiekosten. Daarbij vormen de totale afvloeiingskosten circa 60% van de cumulatieve transitiekosten.

Tabel: Begrote transitiekosten impact assessment 2011 – scenario laag⁽²⁾

In miljoen £	2011	2012	2013	2014	2015	Totaal
Totale transitiekosten	215	376	116	239	115	1.061
Totale uitgaven na transitie	4.260	3.969	3.811	3.553	3.337	18.930
% transitiekosten/totale kosten	5,0%	9,5%	3,0%	6,7%	3,4%	5,6%

Tabel: Begrote transitiekosten impact assessment 2011 – scenario hoog⁽²⁾

In miljoen £	2011	2012	2013	2014	2015	Totaal
Totale transitiekosten	239	419	129	266	128	1.181
Totale uitgaven na transitie	4.260	3.969	3.811	3.553	3.337	18.930
% transitiekosten/totale kosten	5,6%	10,6%	3,4%	7,5%	3,8%	6,2%

Tabel: Geschatte transitiekosten business case 2013⁽¹⁾

In miljoen £	2011	2012	2013	2014	2015	Totaal
Totale transitiekosten	200	340	413	364	168	1.485
Totale uitgaven na transitie	4.260	3.969	3.811	3.553	3.337	18.930
% transitiekosten/totale kosten	4,7%	8,6%	10,8%	10,2%	5,0%	7,8%

Tabel: Opsplitsing geschatte transitiekosten business case 2013⁽¹⁾

In miljoen £	2011	2012	2013	2014	2015	Totaal
Geschatte afvloeiingskosten	195	219	141	218	83	856
Kostprijs vastgoed	-	5	20	85	85	195
IT kosten	-	13	114	40	-	167
Interne kosten	5	38	43	-	-	86
Externe kosten	-	65	95	21	-	181
Totale transitiekosten	200	340	413	364	168	1.485

Bronnen:
Noot:

(1) [Business case, Department of Health \(2013\)](#), (2) [Health and Social Care Bill 2011, Impact assessment, Department of Health \(n.d\)](#)

(A) betreft jaarlijkse kosten om de zorginkoop uit te kunnen voeren, in de specifieke casus jaarlijkse kosten voor PCTs en SHAs en na de transitie voor de CCGs

Variant 2: De transitiekosten in de drie beschreven scenario's zijn 0,2% van de totale uitgaven aan Health en Social Care door de NHS in Engeland

Variant twee: de tweede variant bevat dezelfde transitiekosten, met een aangepaste noemer

De tweede variant bevat een andere grondslag. De transitiekosten zijn afgezet tegen de totale uitgaven aan Health en Social Care door NHS in Engeland^(A). Dit resulteert in een lager percentage transitiekosten in alle drie de scenario's afgerond 0,2%. Door afronding lijkt dit percentage in alle drie de scenario's gelijk^(B).

De transitiekosten in de drie scenario's zijn zoals beschreven op de vorige pagina.

- Scenario 1: lage inschatting transitiekosten. De transitiekosten werden in dit scenario geschat op circa £ 1,1 miljard. Dit komt neer op 0,2% van de totale uitgaven. Voor de totale kosten is het budget van de Department of Health and Social Care van de NHS aangehouden.
- Scenario 2: hoge inschatting transitiekosten. De transitiekosten werden in dit scenario geschat op circa £ 1,2 miljard, met een verschil van £120 miljoen tussen de lage en de hoge inschatting. Dit is 0,2% van de totale uitgaven. Voor de totale kosten is het budget van de Department of Health and Social Care van de NHS aangehouden.
- Scenario 3: aan de hand van een business case is in 2013 een inschatting gemaakt van de transitiekosten⁽¹⁾. Hiervoor geldt dezelfde opsplitsing zoals weergegeven in de tabel op de vorige bladzijde. De cumulatieve transitiekosten zijn in dit scenario geschat op £ 1,5 miljard. Dit is 0,2% van het budget van de Department of Health and Social Care van de NHS.

Tabel: Begrote transitiekosten impact assessment 2011 – scenario laag⁽²⁾

In miljoen £	2011	2012	2013	2014	2015	Totaal
Totale transitiekosten	215	376	116	239	115	1.061
Totale uitgaven na transitie	118.200	118.600	121.500	123.800	127.100	609.200
% transitiekosten/totale kosten	0,2%	0,3%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%

Tabel: Begrote transitiekosten impact assessment 2011 – scenario hoog⁽²⁾

In miljoen £	2011	2012	2013	2014	2015	Totaal
Totale transitiekosten	239	419	129	266	128	1.181
Totale uitgaven na transitie	118.200	118.600	121.500	123.800	127.100	609.200
% transitiekosten/totale kosten	0,2%	0,4%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%

Tabel: Geschatte transitiekosten business case 2013⁽¹⁾

In miljoen £	2011	2012	2013	2014	2015	Totaal
Totale transitiekosten	200	340	413	364	168	1.485
Totale uitgaven na transitie	118.200	118.600	121.500	123.800	127.100	609.200
% transitiekosten/totale kosten	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,1%	0,2%

Noot: (A) Het budget is weergegeven van maart tot maart in het volgende jaar en representeert daardoor niet volledig het genoemde jaar. (B) De werkelijke waarden liggen op 0,17% (scenario 1), 0,19% (scenario 2) en 0,24% (scenario 3).

Bronnen: (1) [Business case, Department of Health \(2013\)](#); (2) [Health and Social Care Bill 2011, Impact assessment, Department of Health \(n.d\)](#)



Bijlage G.

Hypothetische beleidsoptie 1 -
Medisch specialisten in loondienst

Het hypothetische proces van de nieuwe wet- en regelgeving die de medisch specialist verplicht in loondienst te treden duurt ongeveer 5 jaar

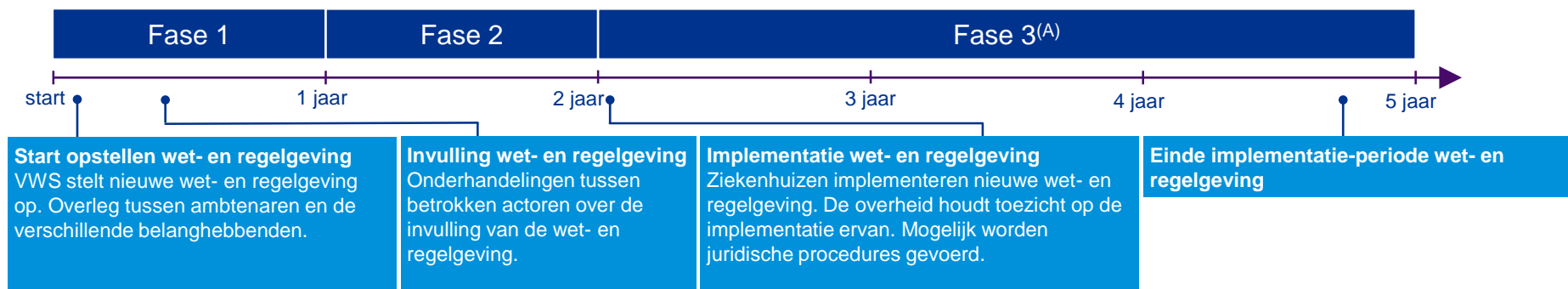
Deze hypothetische beleids optie heeft betrekking op het verplicht in loondienst treden van alle medisch specialisten. Deze hypothetische beleids optie is in kaart gebracht op verzoek van de opdrachtgever en is niet gebaseerd op een suggestie / voorstel van KPMG. In dit onderzoek worden geen uitspraken gedaan over de (on)wenselijkheid van deze hypothetische beleids optie.

Naar aanleiding van wetgeving per 1 januari 2015, hebben medisch specialisten op dit moment nog de keuze uit drie modellen:

- De medisch specialist treedt in loondienst bij het ziekenhuis;
- De medisch specialist wordt aandeelhouder van het ziekenhuis in het zogenoemde participatiemodel;
- De medisch specialist wordt via een persoonlijke BV onderdeel van Medisch Specialisten Bond (MSB) die samenwerkt met het ziekenhuis.

Op 1 januari 2019 waren in Nederland ruim 25.000 medisch specialisten werkzaam⁽¹⁾. Ruim de helft hiervan werkte in loondienst, 40% werkte als zelfstandig ondernemer en 10% combineerde beide modellen⁽²⁾. Er is een trend richting loondienst zichtbaar⁽³⁾.

In de casus gaan we uit van een situatie waarin alle medisch specialisten verplicht in loondienst treden. Voor de duur van het proces gaan we uit van 5 jaar⁽³⁾ (zie onderstaande figuur). In de eerste twee jaar wordt de nieuwe wet- en regelgeving opgesteld door het Ministerie van VWS en wordt deze door verschillende partijen goedgekeurd⁽⁴⁾. In het derde jaar start de implementatie. De arbeidscontracten van specialisten werkzaam in 71 ziekenhuizen worden in deze periode opgesteld en aangepast. Na drie jaar is de wetwijziging volledig geïntegreerd in het zorgsysteem⁽³⁾. Gelet op het verplichte karakter lopen na vijf jaar mogelijk nog juridische procedures. De duur van juridische procedures is echter een onzekere factor. Daarom is uitgegaan van een transitieperiode van vijf jaar, maar het proces zou ook langer kunnen duren.



Noot: (A) Fases zijn aangehouden zoals SIRM deze heeft vastgesteld. Fase 1 start als er bekend is dat er een stelselwijziging volgt. Fase 2 begint als de wetgeving is aangenomen. Fase 3 start op het moment dat de wet formeel in werking treedt. De grens tussen fase 1 en fase 2 kan lastig zijn om te identificeren.

Bronnen: (1) [Onderzoeksverslag voor het Capaciteitsorgaan, Prismant \(2019\)](#) NB: In dit cijfer ontbreken de Klinisch Fysici en de klinisch chemici. (2) [Geld voor medisch specialisten blijft op de plank liggen, NOS \(2019\)](#), (3) [Zorgkeuzes in kaart, Technische werkgroep Zorgkeuzes in kaart \(2015\)](#), (4) [Hoe komt een wet tot stand?, Rijksoverheid \(2020\)](#)

Transitiekosten mogelijk voor drie actoren die betrokken zijn bij de hypothetische beleids optie

Gedurende het hypothetische proces worden kosten gemaakt die toegerekend kunnen worden aan drie verschillende actoren⁽¹⁾.

Actoren	Rol	Mogelijke transitiekosten
Ministerie van VWS	Wet- en regelgeving op landelijk niveau, o.a. door opstellen en indienen wetsvoorstel, het opzetten van een projectteam dat VWS vertegenwoordigt in de onderhandelingen, het afbetalen van goodwill	<ul style="list-style-type: none"> — Opstellen wet- en regelgeving — Inwinnen van juridisch advies — Bekostiging van transitiefonds dat misgelopen goodwill compenseert — Toezicht houden op implementatie wet- en regelgeving — Voeren van juridische procedures.
Ziekenhuizen met vrijgevestigde medisch specialisten	In dienst nemen medisch specialisten	<ul style="list-style-type: none"> — In dienst nemen medisch specialisten — Compensatie misgelopen goodwill medisch specialist uit maatschap — Voeren van juridische en arbeidsrechtelijke procedures — Inwinnen van financieel advies
Vrijgevestigde medisch specialisten	Opgeven eigen onderneming en in loondienst van ziekenhuis treden	<ul style="list-style-type: none"> — Lobby om wet- en regelgeving te beïnvloeden — Voeren van juridische procedures

Bronnen: (1) [Transitiekosten van stelselwijzigingen in de zorg. SIRM \(2015\)](#)

Cumulatieve transitiekosten op basis van schatting minimaal € 47 miljoen, gemiddeld 0,9% van de honorarium kosten voor vrijgevestigde medisch specialisten^(A,1)

Variant 1: Theoretische inschattingen leiden waarschijnlijk tot onderschatting transitiekosten

Onderstaande tabel geeft de hypothetische transitiekosten weer voor het ministerie van VWS, ziekenhuizen met vrijgevestigde medisch specialisten en vrijgevestigde medisch specialisten. Onderbouwing en toelichting is opgenomen op pagina 80 tot en met 82.

De lopende kosten, gedragseffecten en de onvoorziene kosten zijn volgens SIRM onderdeel van het percentage transitiekosten. Deze zijn deels opgenomen als kostencomponenten onder de actoren ministerie van VWS, ziekenhuizen en vrijgevestigd medisch specialisten. Daarbij zijn gedragseffecten en onvoorziene kosten de grote onzekere factoren, wat

waarschijnlijk resulteert in een onderschatting van de transitiekosten. Op basis van een inschatting van met name de lopende kosten, bedragen de totale hypothetische transitiekosten minimaal €47 miljoen. Dit komt neer op gemiddeld minimaal 0,9% van de honorariumkosten vrijgevestigd medisch specialisten^(A,1). Daarnaast zijn er transitiekosten van het type 'waardeoverdracht'. In deze casus is dat de compensatie van de misgelopen goodwill van de vrijgevestigde medisch specialisten. Deze kosten vallen buiten de genoemde 1,5% transitiekosten in de huidige rekenregel. Inclusief waardeoverdracht zijn de transitiekosten €2,9 miljard, wat neerkomt op gemiddeld 53,5% van het honorarium voor medisch specialisten.

Tabel: Uitwerking inschatting hypothetische transitiekosten medisch specialisten in loondienst

In miljoen €	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	Totaal	
Totale uitgaven		1.007	1.046	1.087	1.128	1.172	5.440
Ministerie van VWS							
Inwinnen juridisch advies		0,8	0,8	.	.	.	1,5
Belangenbehartiging		0,4	0,4	.	.	.	0,7
Juridische procedure		.	.	1,3	1,3	1,3	4,0
Overige personele inzet		0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	4,6
Ziekenhuizen							0
Inwinnen financieel advies		.	.	13,5	10,1	6,8	30,4
Belangenbehartiging		0,3	0,3	.	.	.	0,7
Vrijgevestigd Medisch Specialist							0
Juridische procedure		.	.	1,3	1,3	1,3	4,0
Belangenbehartiging		0,4	0,4	.	.	.	0,7
Totale kosten		3	3	17	14	10	47
% transitiekosten/totale kosten		0,3%	0,3%	1,6%	1,2%	0,9%	0,9%
Waardeoverdracht: compensatie goodwill medisch specialisten			2.865				2.865
Totale kosten		3	2.868	17	14	10	2.912
% transitiekosten/totale kosten		0,3%	274,1%	1,6%	1,2%	0,9%	53,5%

Bronnen: (1) [Op basis van honorariumkosten vrijgevestigd medisch specialisten, DigiMV \(2017 en 2018\)](#)

Op basis van de mediaan van de zes casussen zijn de hypothetische transitiekosten ruim tweeënhalf keer hoger, cumulatief circa € 122 miljoen

Variant 2: Transitiekosten op basis van mediaan zes casussen

Op basis van de mediaan van de zes casussen komen de cumulatieve transitiekosten uit op circa € 122 miljoen (zie onderstaande tabel). Dit is ruim tweeënhalf keer hoger dan de transitiekosten op basis van de theoretische inschattingen, die voornamelijk een kwantificering van de lopende kosten bevatten.

Tabel: Inschatting hypothetische transitiekosten op basis van mediaan zes casussen (exclusief waardeoverdracht)

In miljoen €	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	Totaal
Totale uitgaven	1.007	1.046	1.087	1.128	1.172	5.440
Transitiekosten op basis van mediaan zes casussen (2,25%)	22,7	23,5	24,5	25,4	26,4	122,4
% transitiekosten	2,25%	2,25%	2,25%	2,25%	2,25%	2,25%

De geschatte transitiekosten voor waardeoverdracht zijn waarschijnlijk een onderschatting

Voor de compensatie van de goodwill van medisch specialisten is uitgegaan van €250.000 per medisch specialist^(1,2). Voor de medisch specialisten die deels in loondienst werken en deels ondernemer zijn, is aangenomen dat zij minstens 50% van hun werktijd als zelfstandig ondernemer functioneren. Aan de hand hiervan is de prijs van hun goodwill op €125.000 geschat⁽³⁾. De berekeningen achter de totale prijs voor het compenseren van de goodwill is in de tabel rechts zichtbaar.

Echter, deze inschatting is waarschijnlijk een onderschatting van de transitiekosten:

- € 250.000 per medisch specialist is waarschijnlijk een onderschatting. Dit bedrag is gebaseerd op vrijwillig vertrek van artsen aan het eind van hun carrière. Het verplichtende karakter van deze hypothetische beleidsoptie drijft de transitiekosten mogelijk op. Bijvoorbeeld: als het vaste salaris in loondienst niet in verhouding is met de vergoeding die artsen vanuit een MSB zouden ontvangen, is dat ongunstig voor artsen. Zeker jonge artsen, die nog langdurig uitzicht hadden op een hoger inkomen vanuit een MSB, zullen mogelijk een hogere vergoeding willen ontvangen voor het gemiste verdienpotentieel als zij in loondienst treden tegen een lager inkomen.
- Mogelijk leidt het in loondienst treden tot een productiviteitsdaling, omdat de financiële prikkels niet meer gericht zijn op productie. Dit is niet per definitie nadelig en kan ook bijdragen aan het enkel leveren van zinnige zorg.
- De sociale lasten zijn in loondienst mogelijk hoger dan in een MSB en worden in dat geval door het ziekenhuis gedragen.
- Niet alle transitiekosten zijn meegenomen in dit bedrag. Schadeclaims kunnen bijvoorbeeld voor aanvullende transitiekosten zorgen. Deze post is echter complex om te kwantificeren. Dit bedrag is afhankelijk van

meerdere factoren, onder andere de omvang van het bedrag voor het compenseren van de goodwill van medisch specialisten. Hierdoor zijn de totale transitiekosten in de tabel waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke bedrag.

Tabel: Toelichting post 'compensatie goodwill medisch specialisten'

Compenseren goodwill medisch specialist (in miljoen €)	
Aantal MS vrijgevestigd 2020	10.188
Aantal MS vrijgevestigd en in loondienst 2020	2.547
Prijs goodwill MS vrijgevestigd	0,25
Prijs goodwill MS vrijgevestigd en loondienst	0,125
Totale prijs compenseren goodwill medisch specialist	2.865

Noot: (A) Betreft schatting van het minimale bedrag per medisch specialist. De verwachting is dat dit bedrag hoger zal liggen door het verplichte karakter
 Bronnen: (1) [VWS: een ton goodwill per specialist, Zorgvisie \(2014\)](#), (2) [Artsen failliet Ruwaard voor miljoenen gedupeerd, Skipr \(2014\)](#), (3) [Onderzoeksverslag voor het Capaciteitsorgaan, Prismant \(2019\)](#)

Onderbouwing en aannames medisch specialisten in loondienst

Onderstaand zijn de verschillende posten van de hypothetische transitiekosten voor medische specialisten in loondienst toegelicht. Ook zijn de aannames benoemd. Onderbouwing bij de posten is opgenomen in de tabellen rechts. De kwantificering van transitiekosten en onderliggende aannames zijn gebaseerd op inschattingen. De daadwerkelijke uitkomsten van deze schattingen kunnen in de praktijk anders uitpakken.

- **Inwinnen juridisch advies:** Dit zijn kosten voor VWS voor de inzet van juridisch adviseurs die helpen bij het opstellen van de nieuwe wet- en regelgeving. Daarbij is alleen uitgegaan van aanvullende inzet specifiek voor de transitie. Reguliere inzet van juridisch adviseurs is niet meegenomen.
- **Belangenbehartiging:** Vanuit iedere groep actoren wordt een projectgroep opgesteld, die in de onderhandelingen over de invulling van de nieuwe wet- en regelgeving de belangen van zijn/haar groep behartigt. Deze kosten lopen tot aan het officieel in werking treden van de nieuwe wet- en regelgeving.

Tabel: Toelichting post 'inwinnen juridisch advies'

Inwinnen juridisch advies (in miljoen €)	
Aantal juridisch adviseurs	5
Frequentie juridisch advies in (in fte)	1
Jaarsalaris advocaat	0,15
Totale kosten per jaar	0,75

Tabel: Toelichting post 'belangenbehartiging'

Belangenbehartiging (in miljoen €)	
Ministerie van VWS	
Jaarsalaris (top) ambtenaar	0,1
Aantal ambtenaren vertegenwoordiging VWS	5,0
Fase 1: frequentie onderhandelingen wet (fte) VWS	1,0
Kosten per jaar	0,4
Kosten totaal	0,7
Ziekenhuizen	
Aantal ziekenhuizen (excl. UMC's)	71,0
Jaarsalaris lid raad van bestuur	0,2
Fase 1: frequentie onderhandelingen wet (fte) per ziekenhuis	0,0
Kosten per jaar	0,3
Kosten totaal	0,7
Vrijgevestigd medisch specialisten	
Gem. inkomen vrijgevestigd medisch specialist	0,2
Aantal medisch specialisten in vertegenwoordiging	71,0
Fase 1: frequentie onderhandelingen wet (fte) per ziekenhuis	0,0
Kosten per jaar	0,4
Kosten subtotaal	0,7
Kosten belangenbehartiging totaal	2,1

Onderbouwing en aannames medisch specialisten in loondienst

De kwantificering van transitiekosten en onderliggende aannames zijn gebaseerd op inschattingen. De daadwerkelijke uitkomsten van deze schattingen kunnen in de praktijk anders uitpakken.

- **Juridische procedure:** Aangenomen is dat een deel van de medisch specialisten de handen ineen slaat en in beroep gaat tegen de nieuwe wet- en regelgeving. Deze procedure zal gedurende de hele periode doorlopen en hiervoor wordt juridisch bijstand verleend aan zowel de overheid als de medisch specialisten. Daarbij zijn we uitgegaan van één gezamenlijke claim. In jaar 3 worden alle kostenposten in tabel 3 aangerekend aan zowel VWS als de medisch specialisten. In jaar 4 en 5 worden enkel nog de kosten voor de advocaat en overige kosten meegenomen in de berekening^(1,2).
- **Overige personele inzet:** Aangenomen is dat gedurende de hele transitieperiode een nationaal team vanuit VWS werkzaam is om invulling te geven aan het nieuwe stelsel. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het herijken van processen en het aanpassen van contracten. Om deze kosten te berekenen zijn aannames gedaan over de benodigde functies met bijbehorend salaris. Deze zijn weergegeven in de tabel⁽³⁾.
- **Inwinnen financieel advies:** Dit zijn kosten voor ziekenhuizen voor het consulteren van financieel adviseurs die de transitie in goede banen leiden. Hierbij is uitgegaan van een afnemende frequentie in het driejarige implementatieproces (zie tabel 5).

Tabel: Toelichting post 'juridische procedure'

Juridische procedure (in miljoen €)	
Griffierecht	0,01
Liquidatietarief rechtbank	0,10
Salaris per punt (vordering vanaf €1.000.000)	0,01
Aantal punten	18,50
Advocaat	0,15
Overige kosten	0,01
Kosten per procedure	0,27
Aantal procedures per jaar	5,00
Totale kosten per jaar	1,34

Tabel: Toelichting post 'overige personele inzet'

Projectteam VWS				
Functie	Jaarsalaris	Schaal	Totaal FTE	Totale kosten
Senior beleidsspecialist	€ 59.324	Schaal 13	4	€ 225.432
Senior wetgevingsjurist	€ 59.324	Schaal 13	3	€ 189.837
Senior communicatieadviseur	€ 59.324	Schaal 13	3	€ 154.243
Bestuurlijk-juridisch specialist	€ 73.517	Schaal 15	3	€ 249.957
Beleidsveldmanager	€ 66.124	Schaal 14	2	€ 105.799
Totaal per jaar			15	€ 925.268

Tabel: Toelichting post 'inwinnen financieel advies'

Inwinnen financieel advies (in miljoen €)	
Dagprijs	1905,75
Frequentie (dagen/week) jaar 1	3
Frequentie (dagen/week) jaar 2	2
Frequentie (dagen/week) jaar 3	1

Bronnen:

(1) [Proceskosten in civiele zaken per 01-01-2020, E-legal \(2019\)](#) (2) [Liquidatietarief per 1 mei 2018, De rechtspraak \(2018\)](#), (3) [Functies en salarisschalen bij de overheid, Intermediair \(2009\)](#)



Bijlage H.

Hypothetische beleids optie 2 -
Publiek stelsel met centrale
aansturing en regionale
uitvoerders

Het hypothetische proces naar een publiekrechtelijk zorgstelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders duurt ongeveer tien jaar

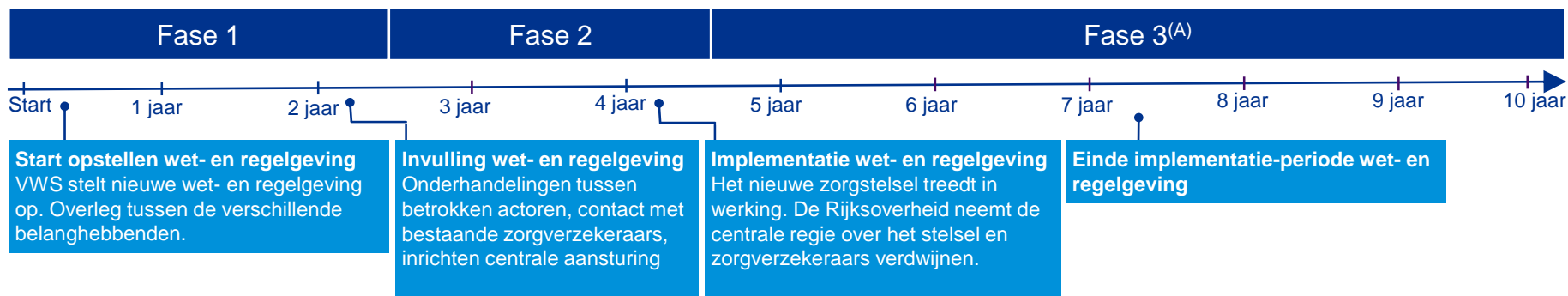
Door een publiekrechtelijk zorgstelsel wordt zorg een voorziening, gefinancierd uit algemene middelen

Deze hypothetische beleidsoptie heeft betrekking op een publiekrechtelijk zorgstelsel in de curatieve zorg. Deze hypothetische beleidsoptie is in kaart gebracht op verzoek van de opdrachtgever en is niet gebaseerd op een suggestie / voorstel van KPMG. In dit onderzoek worden geen uitspraken gedaan over de (on)wenselijkheid van deze hypothetische beleidsoptie.

Zorg wordt bij deze hypothetische beleidsoptie een voorziening in plaats van een recht⁽¹⁾. De huidige zorgverzekeraars verdwijnen en de Rijksoverheid neemt de centrale regie over het stelsel. De centrale aansturing verloopt via regionale instituten die verantwoordelijk worden voor de zorg van de burgers in hun regio, inclusief de publieke gezondheidszorg.

Het huidige stelsel is een privaatrechtelijke zorgverzekering met gereguleerde concurrentie onder zorgverzekeraars die winst mogen maken.

De duur van het gehele proces van de nieuwe wet- en regelgeving wordt door het CPB geschat tussen de zes en tien jaar⁽¹⁾. Wij gaan in de uitwerking van dit voorbeeld uit van een periode van tien jaar (zie onderstaande figuur) gezien de grote omvang van de casus. Echter, de duur van de hypothetische beleidsoptie is moeilijk in te schatten en een onzekerheid in deze casus.



Noot: (A) Fases zijn aangehouden zoals SIRM deze heeft vastgesteld. Fase 1 start als er bekend is dat er een stelselwijziging volgt. Fase 2 begint als de wetgeving is aangenomen. Fase 3 start op het moment dat de wet formeel in werking treedt. De grens tussen fase 1 en fase 2 kan lastig zijn om te identificeren.

Bronnen: (1) [Zorgkeuzes in kaart](#), Technische werkgroep [Zorgkeuzes in kaart](#) (2015)

Transitiekosten mogelijk voor vier actoren die betrokken zijn bij de hypothetische beleidsoptie

Gedurende het hypothetische proces worden vier verschillende actoren betrokken, die verschillende mogelijke transitiekosten maken^(1,2).

Actoren ^(A)	Rol	Mogelijke transitiekosten
Ministerie van VWS	Wet- en regelgeving op landelijk niveau, o.a. door opstellen en indienen wetsvoorstel, contact en onderhandelingen met zorgkantoren, centrale aansturing zorgstelsel (o.a. toezicht houden op regionale uitvoerders)	<ul style="list-style-type: none"> — Opstellen wet- en regelgeving — Inwinnen juridisch advies — Compensatie waardeoverdracht zorgverzekeraars — Toezicht houden op implementatie — Personele kosten (projectteam en centrale aansturing) — ICT-kosten (inrichten systemen voor centrale aansturing) — Overige kosten: campagnes, ondersteuning veldpartijen
Zorgverzekeraars	Geen rol in het nieuwe stelsel	<ul style="list-style-type: none"> — Compensatie waardeoverdracht (positief of negatief) — Personeelsverloop — Naar aanloop van transitie verminderde inspanningen zorgverkoop en lagere productiviteit
Zorgaanbieders	Implementeren nieuwe manier van financiering en werken in processen en cultuur	<ul style="list-style-type: none"> — Inhuren financieel adviseurs voor implementatie nieuwe stelsel — Gedragseffecten op ontbreken van volumeprikkel en concurrentie tussen zorgaanbieders — Wegvallen innovatieprikkel

Noot: (A) Regionale instituten zijn ook actoren in het transitieproces. De transitiekosten voor deze actoren (personele kosten, ICT-kosten, aanleggen extra kapitaalbuffers, tijdelijk lagere productiviteit door opstarten, nieuwe contracten personeel) zijn relatief kleiner en niet gekwantificeerd in de casus.

Bronnen: (1) [Transitiekosten van stelselwijzigingen in de zorg, SIRM \(2015\)](#), (2) [Zorgkeuzes in kaart, Technische werkgroep Zorgkeuzes in kaart \(2015\)](#)

Een inschatting van de kosten voor waardeoverdracht van zorgverzekeraars is complex en niet eenduidig te bepalen

Waardeoverdracht zorgverzekeraars

In de hypothetische beleidsoptie naar een publiek stelsel is een component om rekening mee te houden de waardeoverdracht van zorgverzekeraars dan wel de compensatie die geboden dient te worden aan (de aandeelhouders van) de bestaande zorgverzekeraars. Dit is echter complex en binnen de kaders van dit onderzoek niet mogelijk. Indirecte effecten zoals toegenomen inkoopkracht en (in)efficiëntie door samenvoegen onder één dak vallen tevens buiten de scope van dit onderzoek. De complexiteit van het waarderen van een zorgverzekeringsportefeuille wordt gedreven door de volgende elementen:

Toelichting		Implicaties
Winstbeklemming	— Een waardering van een portefeuille of onderneming wordt gedreven door vrij uitkeerbare kasstromen. Voor zorgverzekeraars geldt echter een winstbeklemming.	— Een waardering op basis van het verdisconteren van vrije kasstromen is niet mogelijk.
Kostendekking	— De premie inkomsten uit de zorgverzekeringsactiviteiten kunnen kostendekking bieden voor andere activiteiten. Hiervan is slechts sprake bij verzekeringsgroepen die naast zorg een breder aanbod bieden (bv. Achmea en ASR).	— Wegvallen zorgverzekeringsactiviteiten leidt tot wegvallen kostendekking voor overhead en andere activiteiten. Verzekeraars wensen mogelijk een compensatie.
Kapitaalseisen / Solvency II	— Solvency II bepaalt de minimale kapitaalsvereisten voor (zorg)verzekeraars. In combinatie met andere verzekeringen bieden zorgverzekeringen diversificatievoordeel onder Solvency II.	— Wegvallen zorgverzekeringsactiviteiten leidt (voor verzekeringsgroepen met brede activiteiten) tot nadelige effecten op de kapitaalspositie. Verzekeraars wensen mogelijk een compensatie.
Impact op verbonden activiteiten	— Binnen de keten van zorgverzekeringen zijn tevens volmachtpartijen en intermediairs actief, die verdienen aan de distributie van zorgverzekeringen.	— Overgang naar een publiek stelsel maakt rol intermediair en volmacht overbodig. Aandeelhouders van deze partijen wensen mogelijk compensatie.
Scope van waardering en alternatieve methodes	— In geval van nadelige effecten als gevolg van overheidsbeleid zou een nadeelcompensatie kunnen gelden in plaats van going concern marktwaarde. — Een alternatieve methode zou een waardering op basis van multiples kunnen zijn.	— Nadeelcompensatie ziet vaak op een kortere termijn dan een going concern waardering die in principe uitgaat van oneindige kasstromen. — Voor een multiple waardering ontbreken vergelijkbare beursgenoteerde peers en/of vergelijkbare transacties.

Naast waardeoverdracht zorgverzekeraars nog enkele geschatte transitiekosten die in de praktijk waarschijnlijk hoger zullen uitvallen

Variant 1: Theoretische inschattingen leiden waarschijnlijk tot onderschatting transitiekosten

Onderstaande tabel geeft de kostencomponenten voor de hypothetische beleidsoptie naar een publiek stelsel.

De kwantificering van transitiekosten en onderliggende aannames zijn gebaseerd op inschattingen. De daadwerkelijke uitkomsten van deze schattingen kunnen in de praktijk anders uitpakken.

Daarnaast zijn er twee kostencomponenten niet meegenomen in de onderstaande inschatting. Dit resulteert in een onderschatting van de transitiekosten.

De volgende twee kostencomponenten zijn niet meegenomen:

1. De kosten voor waardeoverdracht van zorgverzekeraars vormen een relatief grote kostencomponent. De kwantificering van deze component ontbreekt in deze casus, daardoor geven de cijfers geen totaalbeeld van de transitiekosten voor deze casus.
2. Mogelijk zijn de onderstaande kostencomponenten een onderschatting, omdat relatief kleinere en onzekere kostenposten (zoals mogelijk juridische procedures) niet meegenomen zijn.

Tabel: Toelichting transitiekosten

In miljoen €	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	Jaar 6	Jaar 7	Jaar 8	Jaar 9	Jaar 10	Totaal
VWS											
Projectteam zorgkantoren			6	9	7	6	6	6	6	4	50
Projectteam VWS	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	7
IT kosten	509	509	509								5.093
Boventallig personeel				168							168
Zorgaanbieders											0
Inwinnen financieel en IT advies ziekenhuizen				16	16	8	8	8	8	8	70
Totale kosten VWS en zorgaanbieders	510	510	516	194	24	15	14	14	14	12	5.388
Totale uitgave na transitie	49.123	50.844	52.626	54.471	56.380	58.356	60.401	62.518	64.709	66.977	576.404
% transitiekosten/totale kosten	1,0%	1,0%	1,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%

Op basis van de mediaan van de zes casussen zijn de hypothetische transitiekosten bijna tweeënhalf keer hoger, cumulatief circa € 12,9 miljard

Variant 2: Transitiekosten op basis van mediaan zes casussen

Op basis van de mediaan van de zes casussen komen de cumulatieve transitiekosten uit op circa € 12,9 miljard (zie onderstaande tabel). Dit is bijna tweeënhalf keer hoger dan de transitiekosten op basis van de theoretische inschattingen, die voornamelijk een kwantificering van de lopende kosten bevatten.

Tabel: Inschatting hypothetische transitiekosten op basis van mediaan zes casussen (exclusief waardeoverdracht)

Kosten (in miljoen €)	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	Jaar 6	Jaar 7	Jaar 8	Jaar 9	Jaar 10	Totaal
Totale uitgave na transitie	49.123	50.844	52.626	54.471	56.380	58.356	60.401	62.518	64.709	66.977	576.404
Transitiekosten op basis van mediaan zes casussen (2,25%)	1.105	1.144	1.184	1.226	1.269	1.313	1.359	1.407	1.456	1.507	12.969
% transitiekosten	2,25%	2,25%	2,25%	2,25%	2,25%	2,25%	2,25%	2,25%	2,25%	2,25%	2,25%

Onderbouwing en aannames publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders (1/2)

Onderstaand zijn de relatief kleinere kostencomponenten van de hypothetische beleidsoptie 'Publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders' toegelicht. Ook zijn de aannames benoemd. Onderbouwing bij de posten is opgenomen in de tabellen rechts.

De kwantificering van transitiekosten en onderliggende aannames zijn gebaseerd op inschattingen. De daadwerkelijke uitkomsten van deze schattingen kunnen in de praktijk anders uitpakken.

- **Projectteam zorgkantoren^(A)**: De aanname is gedaan dat de regionale uitvoering vanuit de zorgkantorregio's georganiseerd wordt. In elk van deze regio's wordt een projectteam ingezet om de implementatie van het nieuwe stelsel te realiseren. Aangenomen is dat de inzet van fte's in jaar 4 en jaar 5 het hoogst is⁽²⁾.
- **Projectteam VWS^(A)**: Aangenomen is dat gedurende de hele periode een nationaal team vanuit VWS werkzaam is om invulling te geven aan het nieuwe stelsel. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het herijken van processen en het aanpassen van contracten. Om deze kosten te berekenen zijn aannames gedaan over de benodigde functies met bijbehorend salaris. Deze zijn weergegeven in de tabel⁽²⁾. De tabel rechts geeft het totaal aantal FTE en de totale kosten over de gehele periode (10 jaar).

Tabel: Toelichting post 'projectteam zorgkantoren'

Projectteam zorgkantoren				
Functie	Jaarsalaris (€)	Schaal	Totaal FTE	Totale kosten (in miljoen €)
IT-medewerker	34.303	schaal 8	18	21
Projectleider	53.116	schaal 12	8	9
Projectgroep	46.251	schaal 11	16	19
Totaal			42	50

Tabel: Toelichting post 'projectteam VWS'

Projectteam VWS				
Functie	Jaarsalaris (€)	Schaal	Totaal FTE over transitiejaren	Totale kosten (in miljoen €)
ICT programma-manager	73.517	Schaal 15	19	1
Senior beleidsspecialist	59.324	Schaal 13	19	1
Senior wetgevingsjurist	59.324	Schaal 13	16	1
Senior communicatieadviseur	59.324	Schaal 13	13	1
Bestuurlijk-juridisch specialist	73.517	Schaal 15	17	1
Beleidsveldmanager	66.124	Schaal 14	8	1
Beleidsmedewerker	53.116	Schaal 11	19	1
Totaal			111	7

Noot: (A) Salarissen zijn bruto-bedragen. Een gemiddelde van de onderkant en de bovenkant van de salarisschaal is aangehouden per maand. Dit bedrag is vermenigvuldigd met twaalf om tot een jaarsalaris te komen.

Bronnen: (1) [Zorgkeuzes in kaart, Technische werkgroep Zorgkeuzes in kaart \(2015\)](#), (2) [Functies en salarisschalen bij de overheid, Intermediair \(2009\)](#).

Onderbouwing en aannames publiek stelsel met centrale aansturing en regionale uitvoerders (2/2)

De kwantificering van transitiekosten en onderliggende aannames zijn gebaseerd op inschattingen. De daadwerkelijke uitkomsten van deze schattingen kunnen in de praktijk anders uitpakken.

- **IT kosten:** Om de kosten van de opzet van een nieuw IT-systeem te berekenen, is de vergelijking gemaakt met Casus 6: Invoering Health and Social Care Act (Engeland) 2012. In deze casus bedroegen de IT-kosten 1% van de totale uitgaven⁽¹⁾. De aannames is gedaan dat ook in deze hypothetische beleidsoptie de IT-kosten 1% van de totale uitgaven en deze kosten zijn teruggerekend naar kosten per jaar. Aangenomen is dat in de drie voorbereidende jaren voor de implementatie kosten zijn gemaakt voor IT.
- **Boventallig personeel:** Bij de Nederlandse zorgverzekeraars zijn bijna 23.000 werknemers in dienst. Wanneer we aannemen dat er 550 werknemers nodig zijn per zorgkantorregio, betekent dit dat er een groep van 5.364 boventallige werknemers ontstaat. De kosten voor het beëindigen van een dienstverband zijn voor verschillende situaties weergegeven in de tabel⁽²⁾. Bij het berekenen van de totale kosten is uitgegaan van een gelijk aantal werknemers (33%) per ontslagroute.
- **Financieel en IT advies ziekenhuizen:** Van alle zorgaanbieders die vallen onder de zorgverzekeringswet, zullen de grote zorginstellingen een traject moeten opzetten om de veranderingen in het IT-systeem en het bekostigingsmodel te implementeren. Dit betreft vooral de ziekenhuizen. Aangenomen is dat vanaf jaar 3 elk ziekenhuis een team van adviseurs consulteert, om hen te begeleiden in de transitie. De kosten zijn weergegeven in de tabel.

Tabel: Toelichting post 'IT-kosten'

IT-kosten (in miljoen €)	€
Totale uitgaven Zvw gedurende transitieperiode	576.404
Percentage IT-kosten	1%
Totale uitgaven IT gedurende transitieperiode	5.093
Uitgaven IT per jaar	509

Tabel: Toelichting post 'boventallig personeel'

Boventallig personeel	€
Aantal werknemers zorgverzekeringen in NL	22.964
Werknemers beschikbaar per regio	718
Aantal benodigde werknemers per regio	550
Boventallig personeel	5.364
Ontslagroutes	
Gemiddelde ontslagkosten met wederzijds goedvinden (2015-2016)	24.000
Kosten ontslagvergunning via het UWV	18.248
Kosten ontbindingsverzoek via de kantonrechter	51.456
Totale kosten (in miljoen €)	168

Tabel: Toelichting post 'zorgaanbieders'

Financieel en IT advies ziekenhuizen	
Dagprijs team	1.906
Frequentie (dagen/week) jaar 4 en 5	2
Frequentie (dagen/week) jaar 6 tm 10	2
totale kosten ziekenhuizen (in miljoen €)	70

Bronnen:

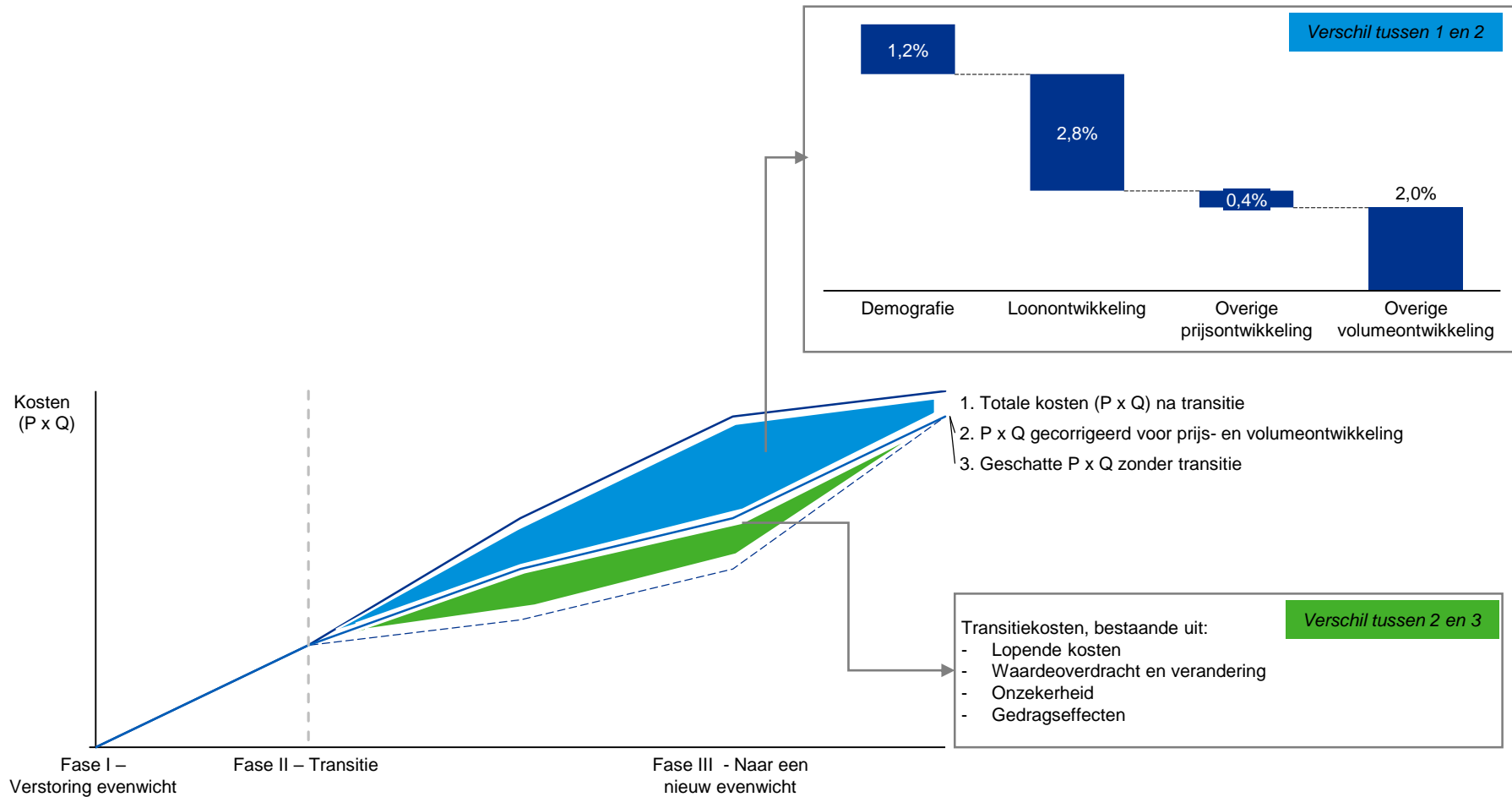
- (1) [Business case, Department of Health \(2013\)](#), (2) [De kosten van ontslag met wederzijds goedvinden voor werkgevers, SEO Economisch Onderzoek \(2013\)](#), (3) [Ontslagkosten van werkgevers in 2012, Panteia \(2013\)](#)



Bijlage I.

Visuele weergave methode 1:
Kwantitatieve onderbouwing op
basis van conceptueel model

Methode 1: conceptueel model om transitiekosten in kaart te brengen





Bijlage J.

Overzicht resultaten alle scenario's
casussen

Bijlage: Overzicht resultaten alle scenario's casussen

De tabel op de volgende pagina geeft een overzicht van de resultaten van de kwantitatieve analyse van de zes casussen. Bij casussen waar gewerkt is met meerdere scenario's, zijn de resultaten van deze scenario's apart weergegeven. Per casus is de duur van de transitie gegeven en de methode van kwantificering. Daarbij zijn de gemiddelde berekende transitiekosten per jaar^(A,B) gegeven en de cumulatieve transitiekosten over de looptijd van de transitie^(C). De achterliggende uitwerking van de casussen is opgenomen in bijlage A tot en met F.

Noot:

- (A) Indien via documentatieonderzoek, interviews met experts en analyses van openbare data geen data beschikbaar bleek, is gewerkt met schattingen en aannames.
- (B) Percentage berekend door de som van transitiekosten over alle transitiejaren te delen door de som van het totale budget / de totale uitgave over alle transitiejaren
- (C) Cumulatieve transitiekosten berekent door de gemiddelde transitiekosten per jaar te vermenigvuldigen met de duur van de transitie. Dit getal is bedoeld om een indicatie te geven van de transitiekosten voor de gehele looptijd van de transitie in vergelijking met de andere casussen.

Bijlage: Overzicht resultaten alle scenario's casussen

Casus	Duur transitie (in jaren)	Methode kwantificering		Gemiddelde transitiekosten per jaar	Cumulatieve transitiekosten	
Casus 1 - Decentralisatie huishoudelijke hulp 2007	5	2	3	Scenario 1	6,2%	31,0%
		2	3	Scenario 2	5,3%	26,4%
Casus 2 - Implementatie DOT in ziekenhuizen 2012	5	3			0,5%	2,3%
Casus 3 - Vorming nationale politie 2013	6	2	3	Scenario 1	1,0%	6,0%
		3		Scenario 2	0,9%	5,4%
Casus 4 - National Program for IT NHS (Engeland) 2002	22	2		Scenario 1	0,4%	8,8%
	10	3		Scenario 2	1,3%	13,0%
Casus 5 - Invoering Quality Outcome Framework (Engeland) 2004	6	3		Scenario 1	1,9%	11,4%
		3		Scenario 2	2,7%	16,2%
		3		Scenario 3	3,9%	23,4%
		3		Scenario 4	3,2%	19,2%
Casus 6 - Invoering Health and Social Care Act (Engeland) 2012	5	2		Scenario 1	5,6%	28,0%
		2		Scenario 2	6,2%	31,0%
		2	3	Scenario 3	7,9%	39,5%
Casus 6 - Invoering Health and Social Care Act (Engeland) 2012	5	2		Scenario 1	0,2%	0,9%
		2		Scenario 2	0,2%	1,0%
		2	3	Scenario 3	0,2%	1,2%

Noot:

(A) betreft jaarlijkse kosten om de zorginkoop uit te kunnen voeren, in de specifieke casus jaarlijkse kosten voor PCTs en SHAs en na de transitie voor de CCGs



KPMG on social media



KPMG app

© 2020 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken van KPMG International.



Eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet

Bijlage bij het rapport Zorgkeuzes in Kaart 2020

In dit achtergronddocument wordt de nieuwe methodiek uitgelegd die in Zorgkeuzes in Kaart 2020 is gebruikt om de budgettaire effecten van verschillende vormen van eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet te kwantificeren. De nieuwe methodiek betreft een nieuw, door CPB ontwikkeld structureel microsimulatiemodel waarvan de parameters met een Bayesiaans mixture model zijn geschat op individueel zorggebruik in de Zorgverzekeringswet.

Naast de uitleg van de methodiek worden de budgettaire effecten van verschillende vormen en hoogten van eigen betalingen in de Zvw in kaart gebracht en worden mogelijke verklaringen van verschillen in de uitkomsten besproken.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1 Voorwoord	3
2 Introductie	3
3 Het simulatiemodel.....	8
3.1 Het model.....	8
3.2 Data en schattingen	12
3.3 Simuleren van andere vormen van eigen betalingen.....	12
3.4 Beperkingen van het model	13
4 Uitkomsten	14
4.1 Gedragseffecten en financieringsschuiven van verschillende vormen van eigen betalingen	15
4.1.1 Verplicht eigen risico	15
4.1.2 Procentueel eigen risico	16
4.1.3 Two-tiersysteem	17
4.1.4 Verschoven eigen risico	18
4.2 Een vergelijking met andere onderzoeken	18
Referenties	19
Appendix	20
A.1 Data en schattingen	20
A.2 Extra figuur	21

1 Voorwoord

In Zorgkeuzes in Kaart 2020 is een nieuwe methodiek gebruikt om de budgettaire effecten van wijzigingen van de vormgeving van eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) te kwantificeren.¹ Voorbeelden van zulke wijzigingen zijn het afschaffen van het verplicht eigen risico in de Zvw, of het vervangen van het verplicht eigen risico door een procentueel eigen risico. De basis van de nieuwe methodiek is een nieuw simulatiemodel dat is ontwikkeld door het Centraal Planbureau. In dit achtergronddocument wordt het simulatiemodel beschreven en worden de belangrijkste uitkomsten gepresenteerd. In hoofdstuk 2 wordt toegelicht wat een simulatiemodel is en waarom een simulatiemodel nodig is om de effecten van wijzigingen van de vormgeving van eigen betalingen te kwantificeren. In hoofdstuk 3 wordt het model toegelicht en in hoofdstuk 4 worden de uitkomsten van de simulaties van de maatregelen in Zorgkeuzes in Kaart 2020 besproken.

Voor een technische en gedetailleerde uitleg van het simulatiemodel verwijzen we naar het Discussion Paper van Boone en Remmerswaal (2020) dat gelijktijdig met dit achtergronddocument wordt uitgebracht.

2 Introductie

Eigen betalingen in de zorg beprijsen het gebruik van zorg voor verzekerden en hebben daardoor een effect op de hoeveelheid zorg die iemand gebruikt (zie [box 1](#) voor meer uitleg). In de Nederlandse Zorgverzekeringswet (Zvw) geldt op dit moment, in 2020, een verplicht eigen risico van 385 euro. Dat betekent dat een behandeling (of een reeks van behandelingen) voor een verzekerde maximaal 385 euro kan kosten in een jaar.² Door het eigen risico zullen sommige verzekerden afzien van zorg, omdat ze de kosten niet op vinden wegen tegen de baten, terwijl andere verzekerden wel kiezen voor een behandeling omdat ze de baten hoger vinden dan de kosten.

Niet alleen de hoogte en de vorm van de eigen betalingen bepalen de prijs van zorg voor een verzekerde: ook het zorggebruik van een verzekerde heeft een invloed op de prijs. Stel dat een chronisch zieke man een behandeling aangeboden krijgt van 150 euro. De man heeft ook nog andere zorgkosten, waardoor hij zijn eigen risico van 385 euro direct volmaakt. De aangeboden behandeling kost hem daarom niets extra en de kans is groot dat hij de behandeling accepteert. Voor een jonge man is dat waarschijnlijk anders: veel jongeren hebben geen of weinig zorguitgaven en ze maken doorgaans hun eigen risico niet vol. Als een jongere man dezelfde behandeling aangeboden krijgt dan kost deze behandeling 150 euro als hij verder geen of lage zorgkosten heeft. Het is mogelijk dat voor de jongere man dat bedrag niet opweegt tegen de behandeling en er daarom van afziet. Kortom: een eigen risico van 385 euro zal dus weinig effect hebben op het zorggebruik van chronisch zieken, omdat ze vanwege hun hoge zorgkosten dit eigen risico direct volmaken. Voor de meeste jongeren is dat anders. Zij zijn wat in economische termen ‘aan de marge’ wordt genoemd: ze hebben

¹ Er zijn ook maatregelen in Zorgkeuzes in Kaart 2020 die eigen betalingen in de Wet maatschappelijke ordening (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz) wijzigen. Dit achtergronddocument gaat echter alleen over eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

² Naast het verplicht eigen risico betaalt een verzekerde ook een nominale premie en inkomensafhankelijke bijdrage voor zorg. Een verzekerde betaalt echter dezelfde premie en bijdrage, ongeacht de hoeveelheid zorg die hij of zij nodig heeft. Dat is niet het geval voor eigen betalingen, zoals het verplicht eigen risico. Dit achtergronddocument gaat over in hoeverre verzekerden meer of minder zorg gaan gebruiken als gevolg van wijzigingen van stelsels van eigen betalingen in de Zvw. Verder zijn er ook andere vormen van eigen betalingen in de Zvw voor specifieke vormen van zorg. Er gelden bijvoorbeeld vaste eigen betalingen voor hulpmiddelen en geneesmiddelen (zie [box 1](#)). Deze vallen ook buiten de scope van het model (zie ook paragraaf 3.4).

gemiddeld lage zorgkosten en maken doorgaans niet het eigen risico vol. Een eigen risico van 385 euro voor jongeren kan wel effect hebben op hun zorgkosten, omdat een extra behandeling voor hen wel tot extra kosten leidt. Een verzekerde aan de marge kan ervoor zorgen dat hij of zij minder uit eigen zak hoeft te betalen, door minder zorg te gebruiken.

Een (simulatie)model kan berekenen welke prijs een verzekerde ervaart voor zorg gegeven de vorm en de hoogte van een eigen betaling en het overige zorggebruik van een verzekerde. Daarnaast kan het model het verband leggen tussen deze prijs en de ervaren baten van een behandeling en berekenen hoe groot de kans is dat een behandeling wordt afgewezen door de verzekerde.

Voor Zorgkeuzes in Kaart 2020 zijn we geïnteresseerd in de effecten van een *wijziging* van de vormgeving van eigen betalingen. Door een verhoging van het verplicht eigen risico wordt het gebruik van zorg duurder voor de verzekerde, waardoor verzekerden vaker afzien van een behandeling en de zorguitgaven afnemen. Een simulatiemodel kan hierbij rekening houden met verschillen tussen het (verwachte) zorggebruik van verzekerden, zoals de chronisch zieke man en de jongere man in het voorbeeld hierboven, maar ook verschillen in (de kosten van) het type behandelingen dat ze aangeboden krijgen: de chronisch zieke man is minder gezond en zal meer en andere behandelingen aangeboden krijgen dan de gezonde, jongere man. Hierdoor kan hun reactie op een wijziging van de vormgeving van eigen betalingen ook verschillen. Het simulatiemodel berekent dus in welke mate de prijs voor zorg toeneemt en voor wie en hoe de zorgkosten veranderen omdat verzekerden afzien van een behandeling.

Er zijn nog meer voordelen van het gebruik van een simulatiemodel voor het kwantificeren van de effecten van eigen betalingen. Een model kan ook de effecten berekenen voor vormen van eigen betalingen die we nog niet in de Nederlandse Zvw hebben gehad. Sinds de introductie van de Zvw in 2006 zijn er twee vormen van eigen betalingen geweest (zie ook [box 1](#)): de no-claimkorting (tot 2008) en het verplicht eigen risico (vanaf 2008). De effecten van deze vormen van eigen betalingen op het zorggebruik in Nederland zijn onderzocht en gemeten (zie bijvoorbeeld Remmerswaal et al. (2019) of Remmerswaal et al. (2019b)) en daarom zijn de effecten van deze twee vormen van eigen betalingen relatief eenvoudig te kwantificeren. Voor andere vormen van eigen risico zoals een procentueel eigen risico of een verschoven eigen risico kan dat niet. Deze alternatieven zijn in sommige gevallen wel onderzocht, maar het nadeel van deze onderzoeken is dat ze betrekking hebben op andere landen met andere zorgstelsels, alternatieve vormen van eigen betalingen en ander zorggebruik (Brot-Goldberg et al., 2017; Newhouse et al., 1993).

Het is echter lastig om de resultaten van onderzoeken uit andere landen goed te vertalen naar en toe te passen op de situatie in Nederland. In het achtergronddocument over eigen betalingen in de zorg bij Zorgkeuzes in Kaart 2015 van Remmerswaal et al. (2015) wordt dit gedetailleerd uitgelegd en dus zullen wij ons hier beperken tot enkele belangrijke punten. Een probleem van het gebruik van de uitkomsten van onderzoeken uit andere landen, vaak uitgedrukt als prijselasticiteiten³, is dat de grootte van de uitkomsten afhangt van de omvang en het type zorg waarvoor eigen betalingen geldt. In de Zvw valt bijvoorbeeld de huisarts niet onder het eigen risico, waardoor de prijselasticiteit voor zorg in de Zvw lager kan uitvallen dan wanneer de huisarts wel onder het eigen risico zou vallen. Daarnaast hebben huisartsen een poortwachtersrol waardoor patiënten niet direct naar het ziekenhuis mogen, waardoor onnodige bezoeken aan het ziekenhuis worden vermeden. In sommige andere landen, zoals België, gelden er wel eigen betalingen voor huisartsen en hebben huisartsen een andere rol. Ook de institutionele vormgeving van het stelsel bepaalt het effect van eigen betalingen. Als een stelsel heel doelmatig is dan zal een patiënt minder snel van een behandeling afzien, omdat de baten van de

³ Een prijselasticiteit geeft aan hoeveel meer (of minder) zorg iemand gaat gebruiken wanneer een eigen betaling afneemt (of toeneemt). Een sterke negatieve elasticiteit bijvoorbeeld betekent een grote afname in zorggebruik (ofwel remeffect) bij een verhoging van de eigen betaling (Remmerswaal et al., 2015).

behandeling hoog zijn. Dat is anders wanneer het systeem ondoelmatig is en veel onnodige zorg wordt verleend. De reactie op eigen betalingen hangt ook af van de inrichting van het zorgaanbod. In sommige stelsels is het moeilijker of minder aantrekkelijk voor zorgaanbieders om hun weggevallen omzet, oftewel de afname van zorggebruik door bijvoorbeeld een eigen risico, op te vangen met andere zorg, zodat ze hun inkomen kunnen behouden. Tenslotte is, zoals eerder aangegeven, het zorggebruik zelf ook medebepalend voor het effect van eigen betalingen. Stel dat een land een sterk vergrijsde bevolking heeft met veel chronisch zieken, zoals in het voorbeeld hierboven, dan zal een verplicht eigen risico van 100 euro zorggebruik weinig afremmen. Dat is anders voor een land met een heel gezonde en jonge populatie.

Het heeft daarom de voorkeur de uitkomsten van onderzoeken te gebruiken waarbij het huidige Nederlandse zorgstelsel is onderzocht. Veel van de hierboven genoemde problemen gelden dan niet of in mindere mate. Het simulatiemodel is daarom zo vormgegeven dat ook de effecten van vormen van eigen betalingen die nog niet hebben bestaan in Nederland kunnen worden gekwantificeerd. In hoofdstuk 3 wordt uitgelegd hoe dat precies wordt gedaan.

Het Centraal Planbureau heeft een nieuw simulatiemodel ontwikkeld met als doel de budgettaire effecten⁴ van wijzigingen het stelsel van eigen betalingen in de Zvw te kwantificeren. Het nieuwe simulatiemodel is ontwikkeld, omdat er nieuwe empirische inzichten beschikbaar waren over de effecten van de no-claimkorting en het verplicht eigen risico in de Zvw (Remmerswaal et al., 2019; Remmerswaal et al., 2019b). Daarnaast is er nieuwe, gedetailleerde data beschikbaar gekomen waardoor het mogelijk is om ook de effecten van andere vormen van eigen betalingen dan het verplicht eigen risico te kwantificeren.

Box 1: Eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet (Zvw)

De Zorgverzekeringswet (Zvw) kent sinds 2008 een verplicht eigen risico: een verzekerde betaalt in 2020 de eerste 385 euro aan zorgkosten uit eigen zak en zorgkosten boven 385 euro worden vergoed door zijn of haar verzekeraar. Personen jonger dan 18 jaar zijn uitgezonderd van het verplicht eigen risico, net als huisartsenzorg, wijkverpleegkundige zorg, verloskundige zorg, kraamzorg, bevolkingsonderzoeken, de grieprik voor bepaalde risicogroepen en bepaalde zorg bij een aantal chronische ziekten. Een verzekerde kan er voor kiezen zijn of haar verplicht eigen risico te verhogen met een bedrag van 100, 200, 300, 400 of 500 euro in ruil voor een premiekorting. Deze verhoging van het verplicht eigen risico wordt het vrijwillig eigen risico genoemd. Er gelden naast het verplicht en vrijwillig eigen risico nog enkele specifieke vaste eigen betalingen voor bepaalde hulpmiddelen en geneesmiddelen.

Naast het verlagen of verhogen van het verplicht eigen risico, kan er ook een keuze gemaakt worden over de ontwikkeling van het verplicht eigen risico over tijd. Vanaf 2022 stijgt het verplicht eigen risico in het basispad weer mee met de ontwikkeling van de zorgkosten in de Zvw over tijd. Het is echter ook mogelijk om de hoogte van het verplicht eigen risico op hetzelfde bedrag vast te houden, ofwel te 'bevriezen'.⁵ De afgelopen jaren was dit het geval en bleef het verplicht eigen risico 385 euro.

⁴ Het simulatiemodel is ontworpen om de budgettaire effecten, oftewel de gedragseffecten en financieringsschuiven, van zulke wijzigingen te kwantificeren voor Zorgkeuzes in Kaart, Keuzes in Kaart en bijvoorbeeld de doorrekening van het Regeerakkoord. Mede daarom worden andere aspecten van eigen betalingen in de Zvw, zoals het effect op de gezondheid van verzekerden, niet expliciet gemodelleerd (zie ook paragraaf 3.4).

⁵ In Zorgkeuzes in Kaart 2020 wordt verondersteld dat de zorguitgaven vanaf 2021 niet groeien en dat het verplicht eigen risico dus 385 euro blijft. Daarmee zijn het laten meegroeien van de hoogte van het verplicht eigen risico en het bevriezen van het eigen risico de

Andere vormen van eigen betalingen

Een eigen risico is niet de enige mogelijke vorm van eigen betalingen; er zijn meerdere andere vormen en combinaties mogelijk. Veel van deze vormen van eigen betalingen zijn opgenomen in Zorgkeuzes in Kaart 2020. We bespreken hier enkele vormen van eigen betalingen die vaak voorkomen.

Procentueel eigen risico

Een voorbeeld van een andere vorm van eigen betalingen is een procentueel eigen risico, waarbij een verzekerde een percentage van zijn of haar zorgkosten uit eigen zak betaalt, vaak in combinatie met een maximale eigen betaling. Een voorbeeld van een procentueel eigen risico is dat verzekerden 25% van hun zorgkosten zelf betalen tot een maximaal bedrag 385 euro. Ze betalen dit maximale bedrag wanneer hun zorgkosten 1540 euro of meer zijn ($25\% \cdot 1540$ euro is 385 euro). Zie maatregel 56 in Zorgkeuzes in Kaart 2020.

Verschoven eigen risico

Een verschoven eigen risico is hetzelfde als een verplicht eigen risico, behalve dat het startpunt van het eigen risico verschoven is. Het eigen risico gaat dus niet direct in, maar start bijvoorbeeld op 300 euro. Dat betekent dat er geen eigen risico geldt voor zorgkosten onder 300 euro en dat zorg tot 300 euro 'gratis' is. Bij een verschoven eigen risico van 385 euro met een startpunt op 300 euro, betalen verzekerden een eigen risico voor alle zorgkosten tussen 300 en 685 euro. In maatregel 58 worden deze en een ander variant uitgewerkt.

No-claimkorting

Voordat het verplicht eigen risico werd ingevoerd in de Zvw, gold een no-claimkorting. Verzekerden hoefden naast de premie geen eigen bijdrage te betalen voor zorg, maar konden wel een bonus krijgen aan het einde van het jaar als hun zorguitgaven laag waren. Deze bonus bedroeg 255 euro als een verzekerde geen zorguitgaven had gemaakt, of 255 euro min de zorguitgaven. Als een verzekerde 255 euro zorguitgaven had of meer, dan kreeg hij of zij geen bonus aan het einde van het jaar. Om de bonus te bekostigen werd de premie voor alle verzekerden verhoogd. Maatregel 60 is het herinvoeren van de no-claimkorting.

Vaste eigen bijdrage

Bij een vaste eigen bijdrage betaalt een verzekerde een vooraf bepaald bedrag per behandeling, geneesmiddel, hulpmiddel, receptregel, enzovoorts. In de Zvw gelden naast het verplicht eigen risico enkele vaste eigen bijdrages voor geneesmiddelen en hulpmiddelen. Ook in andere landen komen vaste eigen bijdrages vaak voor, zoals in België. Een voorbeeld hiervan is een eigen bijdrage per diagnosebehandelcombinatie (dbc). Deze wordt in maatregel 61 besproken. Andere voorbeelden in Zorgkeuzes in Kaart 2020 zijn: een eigen bijdrage voor een bezoek aan de huisartsenpost (maatregel 64), een eigen bijdrage voor extramurale geneesmiddelen (maatregel 65), een eigen bijdrage voor verblijf in het ziekenhuis (maatregel 67) en een eigen bijdrage voor wijkverpleging (maatregel 68).

Two-tiersysteem

Een two-tier systeem is een combinatie van bijvoorbeeld een verplicht eigen risico en een procentueel eigen risico. Eerst geldt bijvoorbeeld een verplicht eigen risico van 320 euro. De verzekerde betaalt zijn zorg volledig zelf tot een bedrag van 320 euro. Daarboven geldt bijvoorbeeld een procentueel eigen risico van 25% en er is een maximale eigen betaling van 385 euro. Het procentueel eigen risico geldt dus voor de zorgkosten tussen 320 euro en 580 euro: als een verzekerde 580 euro aan zorgkosten heeft, betaalt hij of zij

facto hetzelfde. In andere doorrekeningen, zoals Keuzes in Kaart, is dit niet het geval. Omdat aanpassingen van het verplicht eigen risico volgens het simulatiemodel tot grotere gedragseffecten leiden, zal ook het bevroren van het verplicht eigen risico tot grotere budgettaire effecten hebben dan voorheen (zie paragraaf 4.1). Merk op dat het 'bevroren' van het verplicht eigen risico in feite een wijziging van de hoogte van het verplicht eigen risico is. Deze wijzigingen worden besproken in maatregel 54 van Zorgkeuzes in Kaart 2020.

320 euro voor het verplicht eigen risico + $25\% * (580 - 320) = 385$ euro, de maximale eigen betaling. Deze en andere two-tiersystemen worden besproken in maatregel 57. Two-tiersystemen komen voor in bijvoorbeeld Zwitserland en de Verenigde Staten.

Het doel van eigen betalingen

Een zorgverzekering is waardevol, omdat het mensen beschermt tegen hoge en onverwachte zorguitgaven en zorg op deze manier toegankelijk maakt. Een nadeel van een (volledige) zorgverzekering is echter dat een extra behandeling “gratis” is: elke verzekerde betaalt een zorgpremie, maar op het moment dat iemand zorg wil gebruiken hoeft hij of zij niets extra te betalen. Hierdoor zullen verzekerden soms zorg gebruiken met lage baten en zal zorggebruik toenemen, een effect dat moreel gevaar wordt genoemd. Beleidsmakers kiezen daarom vaak voor eigen betalingen in zorgverzekeringen. Door een deel van de kosten terug te leggen bij de gebruiker, maken verzekerden een afweging tussen de kosten en baten van zorg, en wordt zorggebruik afgeremd.

De twee belangrijkste effecten van eigen betalingen zijn het gedragseffect en de financieringsverschuiving. Het gedragseffect, ook wel het remgeldeffect genoemd, is het effect van een eigen betaling op het gedrag van verzekerden: door een eigen betaling zullen sommige verzekerden minder zorg gebruiken, wat leidt tot een besparing van zorgkosten. Het omgekeerde kan ook het geval zijn: wanneer bijvoorbeeld het verplicht eigen risico wordt afgeschaft, zullen verzekerden naar verwachting meer zorg gebruiken en zullen de zorgkosten toenemen.

Het gedragseffect als gevolg van eigen betalingen kan de doelmatigheid van zorg verbeteren, omdat er minder onnodige zorg wordt gebruikt. Inzichten uit de literatuur tonen voor de Verenigde Staten aan dat een afname van zorggebruik bestaat uit ongeveer evenveel nodige als onnodige zorg (Brot-Goldberg et al., 2017). Dit kan meerdere oorzaken hebben. Ten eerste kunnen verzekerden moeite hebben om in te schatten welke zorg nodig of onnodig is. Een afname van zorggebruik door het remgeldeffect kan dan deels leiden tot een afname van onnodige zorg (en daarmee tot een verbetering van de doelmatigheid), maar kan evenzeer leiden tot een afname van nodige zorg (en een slechtere gezondheid). Ten tweede is het mogelijk dat verzekerden afzien van zorg door de eigen betalingen, omdat ze de kosten niet kunnen betalen.

Met de financieringsverschuiving, het tweede effect, wordt het effect bedoeld dat verzekerden zelf een bedrag uit eigen zak moeten betalen vanwege de eigen betaling. Deze zorgkosten komen voor rekening van verzekerden en hoeven dus niet meer worden betaald uit de premie (collectieve zorguitgaven). In 2019 was het verplicht eigen risico 385 euro en betaalden verzekerden gemiddeld 225 euro per jaar uit eigen zak voor het verplicht eigen risico (Zeilstra et al., 2019). Er is een wisselwerking tussen de eigen betaling en de premie: hoe hoger de eigen betaling, hoe lager de premie, en visa versa. Stel dat het eigen risico wordt afgeschaft, dan hoeven verzekerden niets uit eigen zak te betalen (de gemiddelde eigen betaling is nul) en worden alle zorgkosten betaald uit premies. In dit document wordt uitgelegd hoe beide effecten worden gekwantificeerd in Zorgkeuzes in Kaart 2020.

De potentiële doelmatigheidswinst door het gedragseffect gaat ook ten koste van de solidariteit tussen zieken en gezonden. Vanwege het financieringseffect moeten gebruikers van zorg een deel van de zorgkosten uit eigen zak betalen. Voor gezonden zal dit een lager bedrag zijn dan voor zieken. Daarmee is er dus een uitruil tussen besparing op zorguitgaven door het gedragseffect en solidariteit tussen zieken en gezonden. Het is aan de politiek om beide effecten te wegen.

Er zijn echter ook vormen van eigen betalingen die, vergeleken met het huidige verplicht eigen risico, de uitruil tussen de twee effecten kunnen verbeteren. Oftewel: vormen van eigen betalingen die leiden tot minder gebruik van zorg zonder dat gebruikers van zorg meer uit eigen zak hoeven te betalen (besparing op

zorguitgaven en mogelijke winst van doelmatigheid zonder verlies van solidariteit) of vormen waardoor gebruikers van zorg minder uit eigen zak hoeven te betalen zonder dat het gebruik van zorg toeneemt (verbetering van solidariteit zonder toename van zorguitgaven en eventueel verlies van doelmatigheid) of vormen die beide verbeteren (zie paragraaf 4.1).

3 Het simulatiemodel

Een verandering van de vorm van eigen betalingen verandert de prijs van zorg voor de verzekerde. Zoals in de introductie werd besproken hangt de precieze prijsverandering af van de vormgeving van eigen betalingen en de (verwachte) zorgkosten van een verzekerde. In het simulatiemodel moeten daarom beide aspecten worden gemodelleerd. Bovendien moet het gedrag van verzekerden worden gemodelleerd: hoe reageren verzekerden op een verandering in de prijs van zorg? Wordt de prijs te hoog, dan zien ze mogelijk af van de behandeling. Is de prijs laag (of gratis) dan besluiten ze misschien wel voor een bepaalde behandeling. Het gaat er om of de kosten van de behandeling opwegen tegen de – door de verzekerde – ingeschatte baten⁶ van de behandeling.

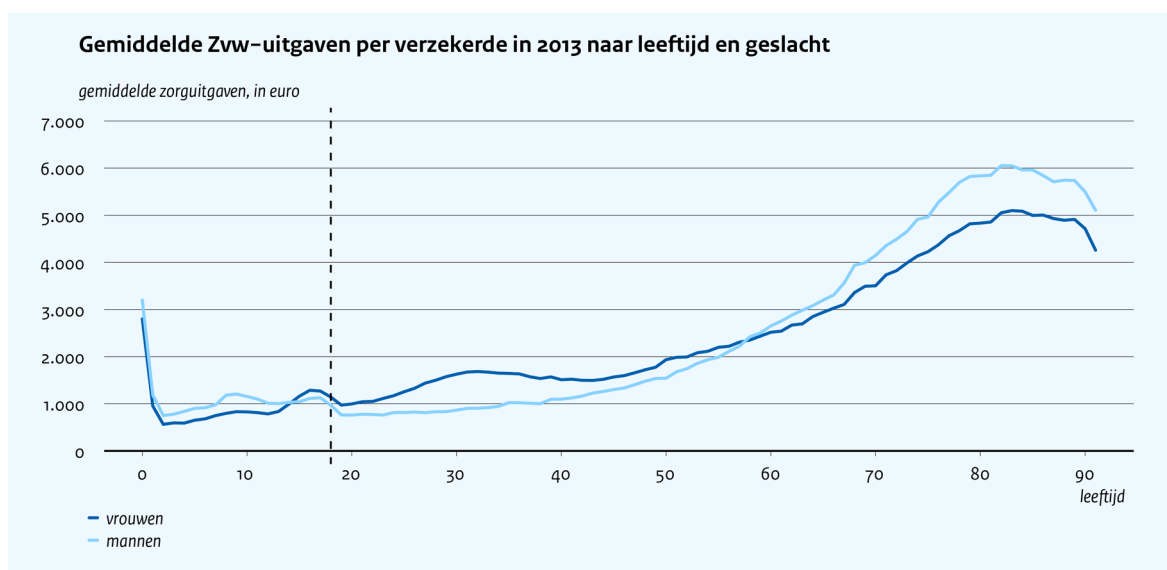
In dit hoofdstuk wordt eerst de theorie van het model uitgelegd en wordt beschreven hoe het gedrag van verzekerden en hoe eigen betalingen in de Zvw in het model verwerkt zijn. Daarna wordt beschreven hoe de theorie is verbonden met gegevens over zorggebruik in Nederlandse Zvw, opdat het model het gedrag van verzekerden en wijzigingen van de vormgeving van eigen betalingen in Nederlandse Zvw beschrijft. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een uitleg hoe de effecten van verschillen in de vormgeving van eigen betalingen kunnen worden gesimuleerd en hoe het model is ingezet voor Zorgkeuzes in Kaart 2020.

3.1 Het model

Figuur 3.1 geeft de gemiddelde zorgkosten van verzekerden in de Zvw in 2013 weer naar leeftijd en geslacht. Het gaat om zorgkosten waarvoor het verplicht eigen risico van toepassing is, dus kosten voor huisartsenzorg of kraamzorg zijn uitgezonderd (zie ook [box 1](#)). Uit het figuur blijkt dat deze gemiddelde zorgkosten aanzienlijk verschillen voor mannen en vrouwen en voor verzekerden van verschillende leeftijden: de gemiddelde zorgkosten nemen toe naarmate men ouder is en vrouwen tussen de 20 en 60 jaar oud hebben gemiddeld hogere zorgkosten dan mannen. Omdat de zorgkosten zo verschillen naar leeftijd en geslacht, kan de reactie op een verandering van de vormgeving van eigen betalingen ook verschillen. Daarom wordt in het model het effect van een wijziging van de vormgeving van eigen betalingen afzonderlijk voor elke leeftijd en geslacht gemodelleerd en gesimuleerd.

⁶ Merk op dat de – door een verzekerde ingeschatte – baten van een behandeling niet hetzelfde hoeven te zijn als de daadwerkelijke, medische baten van de behandeling. Onderzoek uit de Verenigde Staten suggereert dat mensen niet goed het verschil kunnen inschatten tussen nodige en onnodige zorg (Brot-Goldberg et al., 2017). Het is dus mogelijk dat een persoon de baten van een bepaalde behandeling onterecht heel laag inschat en niet vindt opwegen tegen de kosten en dat hij of zij er vervolgens vanaf ziet. Het simulatiemodel beschrijft het gedrag van verzekerden en gaat daarom uit van de door verzekerde ingeschatte baten van zorg. We modelleren niet de baten zelf, maar de kans dat een behandeling wordt afgewezen, gegeven de prijs die een verzekerde voor de behandeling moet betalen.

Figuur 3.1 Gemiddelde Zvw-uitgaven naar leeftijd en geslacht



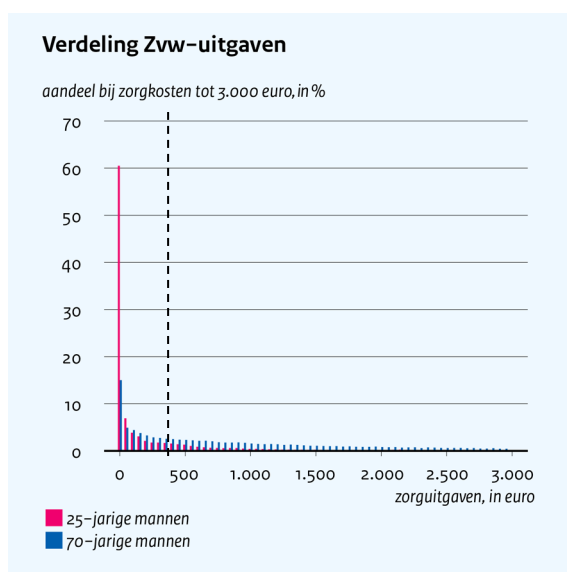
Uit figuur 3.1 blijkt dat een 25-jarige man gemiddeld 815 euro aan zorgkosten had in 2013, terwijl de gemiddelde zorgkosten van een 70-jarige man in datzelfde jaar gemiddeld 4.147 euro waren. De gemiddelde zorgkosten van beiden zijn ruim boven het verplicht eigen risico van 350 euro in dat jaar. Op basis van figuur 3.1 lijkt het alsof alle verzekerden hun eigen risico volmaakten in 2013 en dat geen van de verzekerden aan de marge was. Figuur 3.2 laat zien hoe de zorgkosten voor mannen van 25 jaar en 70-jaar zijn verdeeld in 2013.⁷ Er is een piek aan de linkerkant van het figuur, wat betekent dat er veel 25-jarige mannen zijn die geen of zeer lage zorguitgaven hadden. Daarentegen is er weinig massa aan de rechterkant van het figuur: er zijn weinig 25-jarige mannen met hoge zorguitgaven.⁸ Er is dus een bepaalde kans dat een 25-jarige man zorgkosten heeft of niet, en gegeven dat een man zorgkosten heeft, is de verdeling van zorgkosten scheef.⁹ Ook al zijn de gemiddelde kosten van 25-jarige mannen ruim boven het verplicht eigen risico, 76% van hen maakte in 2013 hun eigen risico van 350 euro niet vol. Omdat de verdeling van zorguitgaven zo scheef is en het gemiddelde zorggebruik hoger is dan het eigen risico, zijn deze gemiddeldes niet bruikbaar om te bepalen of een verzekerde 'aan de marge' is. Verdelingen, zoals in figuur 3.2 zijn wel informatief.

⁷ Net als in figuur 3.1 gaat het hier om zorgkosten waarvoor het eigen risico geldt.

⁸ Merk op dat de verdeling is afgekapt op 3.000 euro om het figuur leesbaar te houden. Door het afkappen is 5% van de 25-jarigen en 28% van de 70-jarigen 2013 niet opgenomen in het figuur. De eerste kolom links betekent dat 61% van de 25-jarige mannen met zorgkosten tot 3.000 euro (of 58% van alle 25-jarige mannen, ongeacht hun zorgkosten, in dat jaar), zorgkosten tussen 0 en 50 euro heeft.

⁹ Deze kansenverdeling kan wiskundig benaderd worden met een binomiale verdeling in combinatie met een lognormale verdeling.

Figuur 3.2 Verdeling van Zvw-uitgaven voor 25-jarige en 70-jarige mannen



De verdelingen voor andere leeftijden en voor vrouwen lijken op de verdeling van 25-jarige mannen in figuur 3.2 en kunnen op dezelfde manier wiskundig worden beschreven. De kansverdeling heeft dan wel andere parameters: de precieze vorm van de kansverdeling, bijvoorbeeld de gemiddelde kans dat uitgaven positief zijn, de zorguitgaven gegeven dat ze positief zijn en de spreiding van positieve zorguitgaven, verschilt per geslacht en leeftijd. Deze parameters worden bepaald op basis van gegevens van zorggebruik in de Zvw. De kans dat zorgkosten positief zijn, is bijvoorbeeld gemiddeld groter voor ouderen dan voor jongere, en jongeren zullen meer massa aan de linkerkant van de verdeling hebben (zie bijvoorbeeld de verdeling zorgkosten van 70-jarige mannen in figuur 3.2).

Het uitgangspunt van het model is dat verzekerden met een bepaalde kans een behandeling aangeboden krijgen. Naast het vormgeving van eigen betalingen hangt de prijs die de verzekerde ervaart voor de behandeling af van de verwachte kosten van de behandeling die wordt aangeboden en van andere zorgkosten die de persoon verwacht te maken. Zowel de verdeling van de verwachte kosten van de behandelingen die worden aangeboden, als de verdeling van andere zorgkosten die een verzekerde verwacht te maken, worden in het simulatiemodel benaderd met een kansverdeling zoals in figuur 3.2. Er is in deze kansverdeling een kans dat zorgkosten nul zijn of positief, en gegeven dat de zorgkosten positief zijn, zijn deze kosten scheef verdeeld.¹⁰ Hiervoor wordt een *mixture model* gebruikt (zie [box 2](#)).

Met de verwachte kosten van de aangeboden behandeling en de andere kosten die iemand verwacht te maken per leeftijd en geslacht, kan voor allerlei vormen van eigen betalingen berekend worden wat de effectieve prijs voor een behandeling is die verzekerden ervaren. Een verzekerde kan bijvoorbeeld een behandeling aangeboden krijgen die 100 euro kost. Stel dat er een verplicht eigen risico van 385 euro geldt die hij naar verwachting al zal volmaken met 300 euro aan andere zorgkosten. De effectieve prijs die de verzekerde moet betalen voor de aangeboden behandeling is dus niet 100 euro, maar $385 - 300 = 85$ euro. Als het eigen risico wordt verhoogd met 100 euro, van 385 euro naar 485 euro, dan wordt de behandeling duurder en moet de verzekerde wel 100 euro betalen.

¹⁰ Beide worden dus wiskundig benaderd met een binomiale verdeling in combinatie met een lognormale verdeling.

Box 2: Illustratie van het mixture model

Een 25-jarige man heeft een grote kans (zie in figuur 3.2) dat hij geen zorg nodig heeft en zorgkosten zal maken. Als hij toch een behandeling nodig heeft en aangeboden krijgt, dan verwacht hij dat de kosten van deze behandeling scheef verdeeld zullen zijn: waarschijnlijk zijn de kosten relatief laag, maar ze zouden ook hoog kunnen uitvallen. Daarnaast is er een bepaalde kans dat de 25-jarige man verder nog zorg gebruikt en gegeven dat hij zorg gebruikt, heeft hij een verwachting van de hoogte van de kosten van deze zorg.

Hierdoor zijn er meerdere¹¹ scenario's mogelijk, bijvoorbeeld:

1. De 25-jarige man heeft geen zorgkosten, want hij krijgt geen behandeling aangeboden en heeft verder ook geen zorgkosten.
2. De 25-jarige man heeft geen zorgkosten, want hij krijgt wel een behandeling aangeboden, maar wijst deze af omdat hij de kosten niet vindt opwegen tegen de baten. Hij had verder ook geen zorgkosten.
3. De 25-jarige man heeft zorgkosten, want hij krijgt een behandeling aangeboden en accepteert deze omdat hij de kosten vindt opwegen tegen de baten. Hij had naast de aangeboden behandeling geen andere zorgkosten.
4. De 25-jarige man heeft zorgkosten. Hij krijgt een behandeling aangeboden die hij afwijst, maar hij had daarnaast nog andere zorgkosten.

Zo'n combinatie van verdelingen en scenario's wordt een *mixture model* genoemd. Sommige scenario's zijn waarschijnlijker voor de ene leeftijd dan de andere, of voor mannen dan vrouwen, en dat hangt af van de verdelingen zoals weergegeven in figuur 3.2. 25-jarige mannen hebben bijvoorbeeld vergeleken met 70-jarige mannen een grotere kans dat ze geen behandeling aangeboden krijgen (scenario 1), omdat ze waarschijnlijk gezonder zijn. Als ze gezond zijn, maar toch een behandeling nodig hebben en aangeboden krijgen, dan is de effectieve prijs van die behandeling relatief hoog omdat ze het eigen risico waarschijnlijk niet volmaken met andere zorg (scenario 4).¹²

Sommige scenario's zullen bij de ene vorm of hoogte van eigen betaling ook vaker voorkomen dan andere scenario's. Als het verplicht eigen risico bijvoorbeeld wordt verdubbeld, dan wordt de prijs van zorg hoger en zullen verzekerden vaker de aangeboden behandeling afwijzen. Scenario's 2 en 4 zullen dan vaker voorkomen dan scenario 3.

Ten slotte berekenen we hoe groot de kans is dat een verzekerde een aangeboden behandeling accepteert, gegeven de effectieve prijs die hij of zij ervaart voor de behandeling. Als de effectieve prijs laag is, zal een verzekerde vaker de kosten tegen de baten op vinden wegen en is de kans groot dat hij de aangeboden behandeling accepteert, maar als de effectieve prijs hoog is, is deze kans kleiner. Het verband tussen de effectieve prijs van een behandeling en de kans dat deze wordt afgewezen, wordt per leeftijd en geslacht gemodelleerd met een exponentiële functie. In deze functie is er een kans dat een behandeling altijd wordt afgewezen, ook al is deze gratis, omdat er ook niet monetaire kosten zijn aan gebruik van zorg. Denk aan het reizen naar het ziekenhuis, of het vrij nemen van werk. Daarnaast neemt de kans toe dat de behandeling wordt afgewezen, naarmate de effectieve prijs toeneemt.

¹¹ Deze lijst van 4 scenario's is niet uitputtend: er zijn meerdere scenario's mogelijk.

¹² Maar er zijn ook gezonde 70-jarige mannen met lage zorgkosten die ook een behandeling afwijzen, omdat ze de baten niet vinden opwegen tegen de kosten (zie figuur 3.2).

Het is ook mogelijk dat sommige verzekerden de kosten van een behandeling wel vinden opwegen tegen de baten en dat ze dus de behandeling willen accepteren, maar dat ze dat niet kunnen, omdat ze de kosten niet kunnen betalen. Zulke *budget constraints* zijn niet expliciet gemodelleerd in het model. Ze komen echter wel aan bod in de exponentiële functie die het verband beschrijft tussen de effectieve prijs en de kans dat de behandeling wordt afgewezen. Hoe hoger de effectieve prijs van een behandeling, hoe groter de kans is dat een verzekerde de behandeling niet kan betalen. Als bijvoorbeeld jongeren gemiddeld een lager inkomen hebben waardoor ze vaker een behandeling moeten afwijzen omdat ze deze niet kunnen betalen, dan beïnvloedt dat de parameters van de exponentiële functie.

3.2 Data en schattingen

In bovenstaande paragraaf werd de theorie van het model uitgelegd en werd besproken welke verdelingen en functies zijn gebruikt. We gebruiken gegevens over zorggebruik om de grootte van de parameters van wiskundige formules te bepalen (oftewel, te schatten). In de data zitten de totale zorgkosten per persoon van alle verzekerden in Nederland in 2008 t/m 2013.¹³ Het model is niet geschat op het zorggebruik van de hele Nederlandse bevolking: enkele groepen verzekerden zijn uitgesloten, omdat het voor hen niet mogelijk is of te veel beperkende aannames vereist zijn, om het model te schatten. Zie appendix A.1 voor een uitgebreidere uitleg over de data en schattingen.

3.3 Simuleren van andere vormen van eigen betalingen

Met het simulatiemodel (zie paragraaf 3.1) en de geschatte parameters (zie paragraaf 3.2 en appendix A.1), weten we per leeftijd en geslacht de verdeling van kosten van de aangeboden behandelingen, de verdeling van andere zorgkosten die worden verwacht en hoe de kans op afwijzen van een behandeling afhangt van de prijs. Om de effecten van een andere vormgeving van eigen betalingen, zoals een andere hoogte van het verplicht eigen risico of een ander vorm van eigen betalingen te simuleren, kunnen we hiermee doorrekenen wat de nieuwe prijs van zorg wordt en hoe mensen hierop reageren. Afhankelijk van de variant, zullen daardoor meer of minder behandelingen worden afgewezen (het remgeldeffect). Als er meer behandelingen worden geaccepteerd, dan nemen de zorgkosten toe, en vice versa. We simuleren het gedrag en de zorgkosten per leeftijd en geslacht en berekenen vervolgens de totale zorgkosten.

Op basis van de nieuwe zorguitgaven kunnen we ook berekenen hoeveel een verzekerde uit eigen zak moet betalen voor zorg, het financieringseffect.

Om het model toe te kunnen passen voor Zorgkeuzes in Kaart 2020 zijn nog twee aanvullende stappen nodig. De eerste stap is het omzetten van de uitkomsten van 2008 t/m 2013 naar 2021 en de tweede stap is het uitbreiden van de resultaten naar de hele Nederlandse bevolking.

In Zorgkeuzes in Kaart 2020 worden de budgettaire effecten gekwantificeerd voor de volgende kabinetsperiode: 2022 t/m 2025. Deze budgettaire effecten worden gepresenteerd in prijzen van 2021. Het meest recente jaar in de dataset waarop het model is geschat is 2013 en tussen 2013 en 2021 zullen de zorgkosten in de Zvw naar verwachting toenemen met 29,4% (Zeilstra et al., 2019). Ook de bevolkingsopbouw is in die jaren veranderd. Daarom gebruiken we de aantallen mannen en vrouwen in 2021 uit de prognose van CBS en hogen we de verdelingen van zorgkosten op.¹⁴

¹³ De data zijn afkomstig van Vektis. Recentere jaren waren niet beschikbaar.

¹⁴ Het is mogelijk dat de verdelingen van sommige leeftijden, of mannen danwel vrouwen, meer of op een andere manier zijn veranderd tussen 2013 en 2021 dan andere verdelingen. Dat zou bijvoorbeeld het geval kunnen zijn als de zorgkosten van oudere

Voor de schatting van het model zijn enkele groepen verzekerden uitgesloten (zie paragraaf 3.2 en appendix A.1). Voor Zorgkeuzes in Kaart zijn we echter geïnteresseerd in de budgettaire effecten op de hele Nederlandse bevolking. Daarom nemen we wél de zorgkosten van deze verzekerden mee, maar veronderstellen we dat zij niet reageren op een wijziging van de vormgeving van eigen betalingen. Voor de verzekerden die meerdere jaren achter elkaar veel zorg nodig hebben en hoge zorgkosten hebben is dat een logische aanname. Hun zorggebruik ligt boven het verplicht eigen risico en zij zullen waarschijnlijk niet reageren op (kleine) veranderingen in het eigen risico. Doordat we geen remgeldeffect kunnen kwantificeren voor gebruikers van ggz en verzekerden die een vrijwillig eigen risico kiezen, terwijl ze waarschijnlijk wel prijsgevoelig zijn en zullen reageren op veranderingen van het eigen risico, onderschatten we waarschijnlijk de grootte van de gedragseffecten.

3.4 Beperkingen van het model

Het ontwikkelde simulatiemodel heeft enkele beperkingen. Zo kan het model alleen de effecten simuleren van vormen van eigen betalingen, waarbij de verzekerde een deel van de zorgkosten zelf uit eigen zak moet betalen (zoals een procentueel eigen risico, een verplicht eigen risico, een verschoven eigen risico en een two-tiersysteem). De reden hiervoor is dat in de dataset alleen totale zorgkosten per verzekerde beschikbaar zijn, maar we niet weten hoeveel of welke behandeling er aan deze kosten ten grondslag liggen. Bij een vaste eigen bijdrage per diagnosebehandelcombinatie (zie [box 1](#)) betalen verzekerden bijvoorbeeld 150 euro per diagnosebehandelcombinatie in de medisch specialistische zorg of de geestelijke gezondheidszorg. Om te berekenen hoeveel een verzekerde in dat systeem moet betalen voor zijn zorggebruik, is het aantal diagnosebehandelcombinaties per verzekerde nodig. Deze data zijn echter niet beschikbaar en daarom kunnen we ook niet berekenen hoeveel verzekerden uit eigen zak moeten betalen als het verplicht eigen risico wordt afgeschaft en er een vaste eigen betaling per diagnosebehandelcombinatie (of andere vorm van een vaste eigen bijdrage per behandeling) wordt ingevoerd.

De keuze van het vrijwillig eigen risico en het effect hiervan op zorggebruik is niet expliciet gemodelleerd in het model en wijzigingen in het vrijwillig eigen risico kunnen daarom niet worden gekwantificeerd door het simulatiemodel.¹⁵

Zoals eerder is aangegeven zijn zorggegevens van alle Nederlandse verzekerden tussen 2008 en 2013 gebruikt om het model te schatten. In die jaren nam het eigen risico in stapjes toe van 150 euro naar 350 euro. De uitkomsten van het model zijn daardoor het meest betrouwbaar voor vormen van eigen betalingen waarbij de hoogte van de eigen betalingen niet te veel afwijkt van die bedragen. Als het simulatiemodel wordt gebruikt voor het kwantificeren van de effecten van zeer hoge eigen risico's, zoals een verplicht eigen risico van 2000 euro, dan zijn de uitkomsten echter minder betrouwbaar en meer onzeker.

Ten slotte kan het model niet aangeven in hoeverre een toename of afname van zorggebruik leidt tot een betere of slechtere gezondheid. Inzichten uit de literatuur tonen aan dat voor de Verenigde Staten een afname van zorggebruik bestaat uit ongeveer evenveel nodige als onnodige zorg (Brot-Goldberg et al., 2017). In het RAND Health Insurance Experiment in de Verenigde Staten leidden eigen betalingen bij mensen met een laag inkomen, die al een slechte gezondheid hadden, tot een verslechtering van hun gezondheid (Newhouse et al., 1993). Een toename van zorggebruik kan dus een positief effect hebben op de gezondheid en een afname van

verzekerden relatief meer zijn toegenomen dan de zorgkosten van jongeren. Op basis van de beschikbare data was dit patroon echter niet zichtbaar. In het model wordt daarom hiermee geen rekening gehouden en worden de verdelingen per leeftijd en geslacht allemaal opgehoogd met hetzelfde percentage, 29.4%.

¹⁵ Het is technisch wel mogelijk dit te modelleren, maar dat was niet haalbaar binnen het tijdsbestek van Zorgkeuzes in Kaart.

zorggebruik een negatief effect. Het simulatiemodel kan echter niet weergeven in welke de gezondheid van verzekerden toe- of afneemt voor verschillende vormen van eigen betalingen. Het model kan enkel de budgettaire effecten van de verschillende vormen van eigen betalingen weergeven. Het is mogelijk dat een verzekerde door het eigen risico eerst afziet van zorg, waardoor zijn gezondheid verslechtert en hij later alsnog meer zorg nodig heeft en hogere zorgkosten maakt. Dit effect is wél meegenomen in het model, omdat het tot uiting komt in de kosten van zorg.

4 Uitkomsten

Een wijziging van de vorm van eigen betalingen verandert de prijs van zorg. Het precieze effect van zo'n wijziging op zorggebruik hangt af de mate waarin deze prijs verandert, voor wie de prijs van zorg verandert en voor hoeveel mensen het verandert.

In het huidige stelsel hebben mensen met hoge zorgkosten weinig reden om hun zorggebruik te verminderen als gevolg van het verplicht eigen risico van 385 euro. Ze weten aan het begin van het jaar dat ze het eigen risico zullen volmaken en betalen niets extra voor een extra behandeling. Een nieuwe vormgeving van eigen betalingen dat voor hen de prijs van zorg verandert kan dus een groot effect op zorggebruik en zorgkosten hebben. Daar tegenover staat dat de meeste mensen in Nederland relatief lage zorgkosten hebben en niet hun eigen risico volmaken. Zij worden door het huidige verplicht eigen risico wél gestimuleerd hun zorggebruik te beperken. Een nieuwe vormgeving van eigen betalingen dat voor verzekerden met hoge zorgkosten de prijs verhoogt, kan leiden tot een afname van zorggebruik, maar als datzelfde stelsel voor verzekerden met lage zorgkosten de prijs verlaagt, dan kan zorggebruik weer toenemen. Het is op voorhand niet duidelijk welke van de twee effecten de overhand heeft. Het is op voorhand ook niet duidelijk of de ene vorm van eigen betalingen *altijd* leidt tot een grotere afname van zorggebruik dan de andere vorm van eigen betalingen. Het simulatiemodel kan dit echter nauwkeurig bepalen.

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van het simulatiemodel voor verschillende vormen van eigen betalingen in de Zvw besproken. Alle bedragen gelden voor het jaar 2022 en zijn conform Zorgkeuzes in Kaart 2020 weergegeven in prijzen van 2021.

Om de verschillen tussen de effecten van de verschillende vormen van eigen betalingen te illustreren, worden de volgende vormen van eigen betalingen¹⁶ besproken:

- Het verplicht eigen risico wordt afgeschaft (paragraaf 4.1.1).
- De hoogte van het verplicht eigen risico wordt gewijzigd. Er zijn twee varianten: in de eerste variant wordt het verplicht eigen risico verhoogd met 100 euro tot een bedrag van 485 euro, en in de tweede variant wordt het verplicht eigen risico verlaagd met 100 euro tot een bedrag van 285 euro (zie paragraaf 4.1.1).
- Er wordt een procentueel eigen risico van 25% ingevoerd. Er zijn twee varianten: de eerste variant houdt het maximale bedrag dat een verzekerde uit eigen zak moet betalen gelijk aan het verplicht eigen risico (385 euro), terwijl de tweede variant dit maximale bedrag verhoogt tot 670 euro (zie paragraaf 4.1.2).
- Er wordt een procentueel eigen risico van 75% ingevoerd. Er zijn twee varianten: de eerste variant houdt het maximale bedrag dat een verzekerde uit eigen zak moet betalen gelijk aan het verplicht eigen risico (385 euro), terwijl de tweede variant dit maximale bedrag verhoogt tot 420 euro (zie paragraaf 4.1.2).
- Er wordt een two-tiersysteem ingevoerd, waarbij eerst een verplicht eigen risico geldt tot een bedrag van 300 euro met daarbovenop een procentueel eigen risico van 25%. Het maximale bedrag dat een verzekerde in dit systeem uit eigen zak moet betalen is 395 euro (zie paragraaf 4.1.3).

¹⁶ Zie [box 1](#) voor een uitgebreidere uitleg van de verschillende mogelijke vormen van eigen betalingen.

- Er wordt een verschoven eigen risico ingevoerd, waarbij het startpunt van het verplicht eigen risico van 385 euro wordt verschoven en vanaf 300 euro ingaat (zie paragraaf 4.1.4).

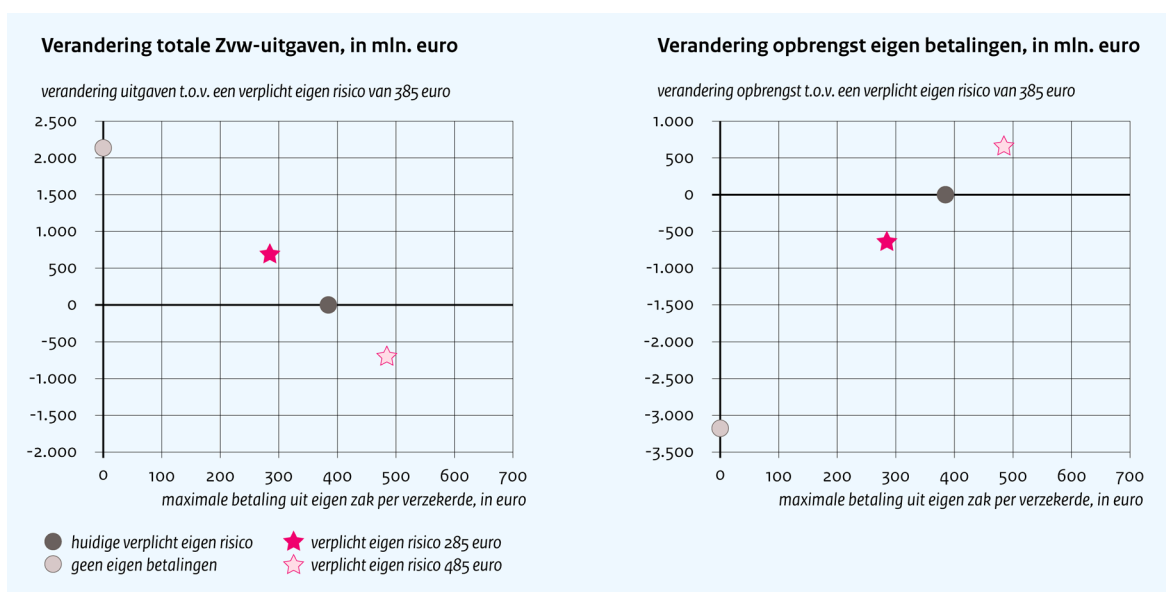
De verschillende vormen van eigen betalingen leiden tot verschillende gedragseffecten en financieringsschuiven. In dit hoofdstuk wordt ook uitgelegd waarom dat zo is. In paragraaf 4.2 worden de resultaten vergeleken met de uitkomsten van andere onderzoeken.

4.1 Gedragseffecten en financieringsschuiven van verschillende vormen van eigen betalingen

4.1.1 Verplicht eigen risico

De grafiek links in figuur 4.1 geeft weer hoeveel de totale zorguitgaven in de Zvw veranderen door wijzigingen van de hoogte van het verplicht eigen risico.¹⁷ Alle effecten worden gerapporteerd ten opzichte van een verplicht eigen risico van 385 euro. Zonder eigen betalingen, als het verplicht eigen risico wordt afgeschaft, nemen de zorguitgaven toe met 2.138 miljoen euro in 2021, ten opzichte van een verplicht eigen risico van 385 euro. Dit is het gedragseffect, oftewel de extra zorgkosten doordat er meer zorg gebruikt wordt. Het gedragseffect is kleiner voor kleinere wijzigingen van het verplicht eigen risico: de toename van de zorgkosten bedraagt 702 miljoen euro voor een verlaging van het verplicht eigen risico met 100 euro. Een verhoging van het verplicht eigen risico met 100 euro leidt tot een afname van zorggebruik en een afname van de zorgkosten met 698 miljoen euro.

Figuur 4.1 De verandering van de totale Zvw-uitgaven (links) en de verandering van de opbrengst eigen betalingen (rechts) in 2022 door wijzigingen van het verplicht eigen risico t.o.v. een verplicht eigen risico van 385 euro



De financieringsschuiven als gevolg van de verhoging en verlaging van het verplicht eigen risico zijn rechts weergegeven in figuur 4.1. De financieringsschuif is het grootste als het verplicht eigen risico wordt afgeschaft: de opbrengst van de eigen betalingen neemt af met 3.177 miljoen euro. Dat betekent dat een verzekerde gemiddeld 225 euro per jaar minder uit eigen zak betaalt voor zorg.¹⁸ De financieringsschuif als gevolg van het

¹⁷ Zie figuur A.2.1 in appendix A.2 voor figuren met alle doorerekende vormen van eigen betalingen samen.

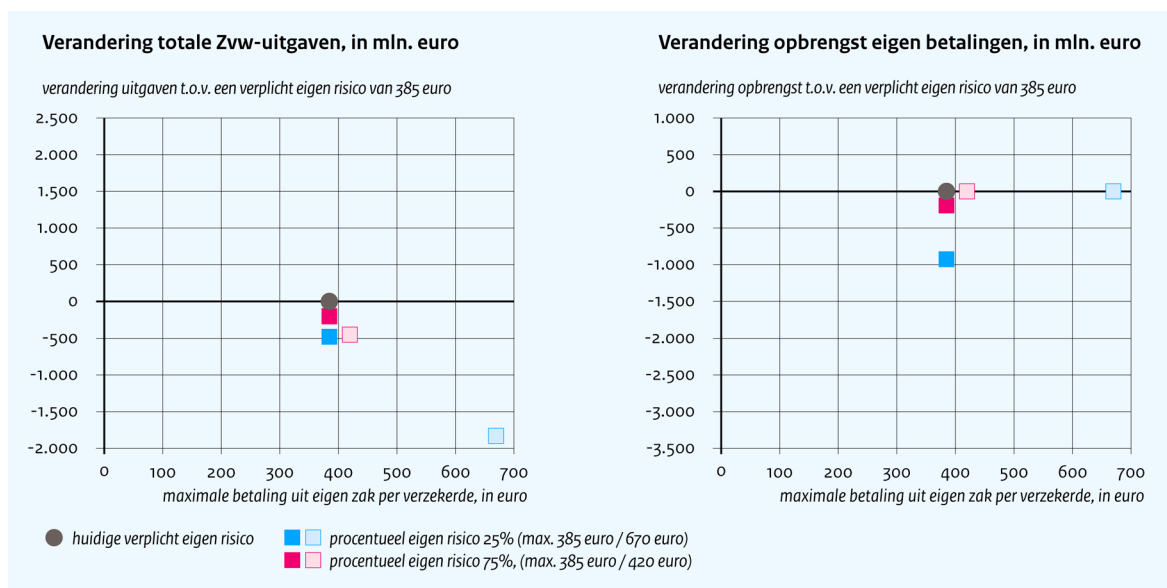
¹⁸ Door het afschaffen van het verplicht eigen risico gaan wel de nominale premie en inkomensafhankelijke eigen bijdrage omhoog. De collectieve zorguitgaven nemen toe met $3.177 + 2.138 = 5.315$ miljoen euro vanwege de lagere opbrengst van eigen betalingen en het extra zorggebruik. Deze uitgaven worden voortaan gefinancierd uit de nominale premie en de inkomensafhankelijke eigen bijdrage.

verlagen en verhogen van het verplicht eigen risico met 100 euro zijn kleiner: de opbrengst van eigen betalingen neemt respectievelijk af met 641 miljoen euro en toe met 659 miljoen euro.

4.1.2 Procentueel eigen risico

De grafiek rechts in figuur 4.2 geeft de gedragseffecten van vier procentuele eigen risico's weer: een procentueel eigen risico van 25% en een procentueel eigen risico van 75%. Er zijn twee varianten: de eerste variant houdt het maximale bedrag dat een verzekerde uit eigen zak kan betalen gelijk aan het verplicht eigen risico (385 euro), terwijl de tweede variant dit maximale bedrag verhoogt tot 670 euro voor een procentueel eigen risico van 25% en 420 euro voor een procentueel eigen risico van 75% procent. Deze maximale bedragen zijn zo gekozen dat de opbrengst van eigen betalingen gelijk blijft met het huidige eigen risico van 385 euro (zie de grafiek rechts in figuur 4.2). Alle vier de procentuele eigen risico's leiden tot een afname van de zorguitgaven ten opzichte van het huidige verplicht eigen risico. Een procentueel eigen risico van 25% met een maximale betaling uit eigen zak van 385 euro leidt tot een afname van de totale zorgkosten van 479 miljoen euro, terwijl een procentueel eigen risico van 25% met een maximale betaling van 670 euro uit eigen zak leidt tot 1.830 miljoen euro lagere zorgkosten. Dit is de grootste afname van zorggebruik van de verschillende vormen van eigen betalingen in dit hoofdstuk.

Figuur 4.2 De verandering van de totale Zwv-uitgaven (links) en de verandering van de opbrengst eigen betalingen (rechts) in 2022 door een procentueel eigen risico t.o.v. een verplicht eigen risico van 385 euro



Het verschil in zorguitgaven is kleiner tussen een procentueel eigen risico van 75% en een verplicht eigen risico van 385 euro: door een procentueel eigen risico van 75% met een maximale betaling van 385 euro neemt zorggebruik af met 201 miljoen euro en met 449 miljoen euro als de maximale betaling die een verzekerde uit eigen zak betaalt 420 euro is. Verzekerden betalen totaal 925 miljoen euro minder uit eigen zak bij een procentueel van 25% waarbij de maximale eigen betaling 385 euro is. Dat is gemiddeld 66 euro per verzekerde minder. De opbrengst van eigen betalingen neemt af met 192 miljoen euro, een afname van gemiddeld 14 euro per verzekerde, bij een procentueel eigen risico van 75% met een maximale eigen betaling van 385 euro.

Door het procentueel eigen risico van 25% waarbij een verzekerde maximaal 385 euro uit eigen zak betaalt, zitten verzekerden minder snel aan het maximum (ze maken minder snel hun 'eigen risico' vol). Verzekerden bereiken het maximale bedrag als ze (meer dan) 1.540 euro aan zorgkosten hebben.¹⁹ Ze zullen naar verwachting niet snel met 1 behandeling al 1.540 euro aan zorgkosten hebben, en worden door het procentueel eigen risico dus vaker gestimuleerd om minder zorg te gebruiken, omdat ze voor meerdere

¹⁹ 25%*1.540 euro is 385 euro, het maximale bedrag dat een verzekerde in dit stelsel uit eigen zak hoeft te betalen.

behandelingen de kosten en baten moeten afwegen. Daarnaast worden er meer verzekerden financieel gestimuleerd om minder zorg te gebruiken: ook verzekerden met hogere zorgkosten. Dit resulteert in een afname van zorggebruik. Het gedragseffect van een procentueel eigen risico van 25% in combinatie met een maximum van 670 euro is het grootste van de vormen van eigen betalingen in dit hoofdstuk, omdat verzekerden moeten mee betalen aan zorg tot ze (meer dan) 2.680 euro aan zorgkosten hebben en dan ook meer betalen.²⁰ Het verschil tussen een procentueel eigen risico van 75% en een verplicht eigen risico is kleiner: verzekerden bereiken het maximale bedrag als ze (meer dan) 514 euro aan zorgkosten hebben. Het gedragseffect van een procentueel eigen risico van 75% is daarom lager dan een procentueel eigen risico van 25%, omdat er, vergeleken met een procentueel eigen risico van 25%, minder verzekerden financieel gestimuleerd worden en ook minder vaak.

4.1.3 Two-tiersysteem

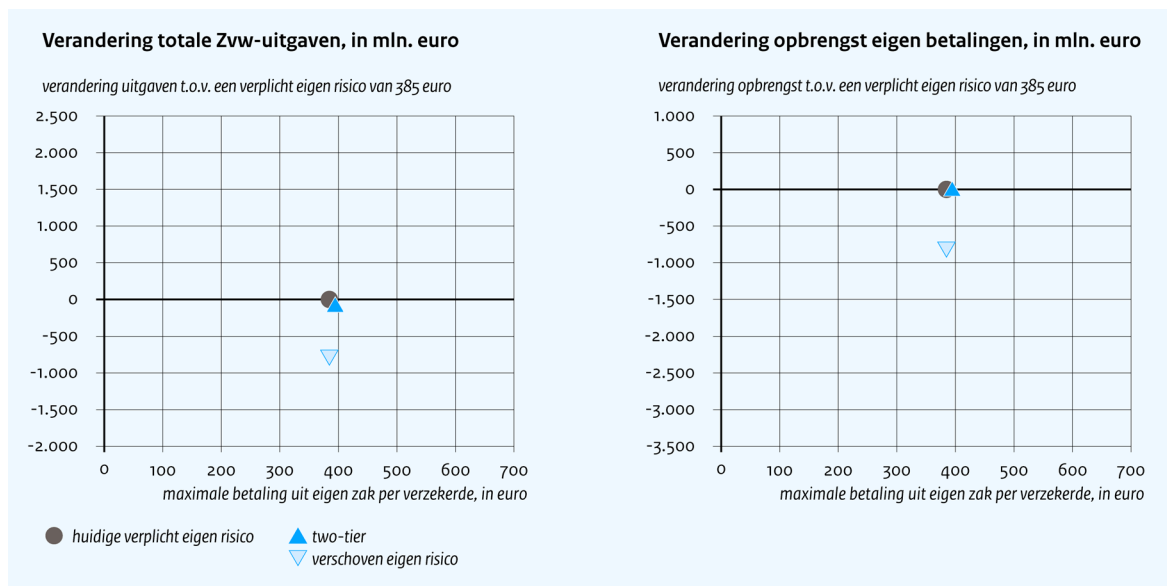
Het two-tiersysteem in figuur 4.3 is een verplicht eigen risico tot een bedrag van 300 euro met daarbovenop een procentueel eigen risico van 25%. Het maximale bedrag dat een verzekerde in dit systeem uit eigen zak kan betalen is 395 euro. Het two-tiersysteem leidt tot een afname van zorgkosten van 94 miljoen euro (zie de grafiek links in figuur 4.3). Het two-tiersysteem is zo vormgegeven dat de opbrengst van de eigen betalingen hetzelfde is als bij een verplicht eigen risico van 385 euro (zie de grafiek rechts in figuur 4.3).

Verzekerden betalen door het two-tiersysteem in figuur 4.3 over een groter bedrag van zorgkosten dan het verplicht eigen risico een eigen bijdrage voor zorg: een verzekerde bereikt met van 680 euro²¹ of hoger, de maximale betaling van 395 euro. Er zullen dus meer verzekerden vaker worden gestimuleerd om minder zorg te gebruiken. Het verschil in zorguitgaven tussen een verplicht eigen risico van 385 euro en het two-tiersysteem in figuur 4.3 is relatief klein. Dat komt omdat het two-tiersysteem in figuur 4.3 een verplicht eigen risico heeft tot 300 euro. De prijs van zorg voor verzekerden gaat dus pas verschillen ten opzichte van een verplicht eigen risico van 385 euro wanneer een verzekerde meer dan 300 euro aan zorgkosten heeft. De effecten van een two-tiersysteem hoeven echter niet op de effecten van een verplicht eigen risico van 385 euro te lijken. De vormgeving van een two-tiersysteem kan ook anders zijn dan het two-tiersysteem in figuur 4.3, bijvoorbeeld met eerst een verplicht eigen risico van 100 euro en dan daarboven op een procentueel eigen risico van 25%, of eerst een procentueel eigen risico van 25% en dan een verplicht eigen risico. Er zijn veel combinaties mogelijk.

²⁰ $25\% \times 2.680$ euro is 670 euro, het maximale bedrag dat een verzekerde in dit stelsel uit eigen zak hoeft te betalen.

²¹ Het two-tiersysteem in figuur 4.3 is een eigen risico tot 300 euro met daar bovenop een procentueel eigen risico van 25%. Het maximale bedrag dat een verzekerde uit eigen zak moet betalen is 395 euro. Een verzekerde bereikt deze maximale eigen betaling bij 680 euro aan zorggebruik: $300 + 25\% \times (680 - 300)$.

Figuur 4.3 De verandering van de totale Zvw-uitgaven (links) en de verandering van de opbrengst eigen betalingen (rechts) in 2022 door een two-tiersysteem en een verschoven eigen risico t.o.v. een verplicht eigen risico van 385 euro



4.1.4 Verschoven eigen risico

Het verschoven eigen risico leidt tot de grootste afname van zorgkosten vergeleken met het verplicht eigen risico van 385 zonder de maximale eigen betaling te verhogen. Dit verschoven eigen risico verschuift het startpunt van het verplicht eigen risico, waardoor het eigen risico vanaf 300 euro in gaat. De zorguitgaven nemen hierdoor met 760 miljoen euro af (zie de grafiek links in figuur 4.3). Verzekerden betalen ook minder uit eigen zak: de opbrengst van eigen betalingen neemt af met 822 miljoen euro (zie de grafiek rechts in figuur 4.3). Dat is gemiddeld 58 euro per verzekerde lager dan bij een verplicht eigen risico van 385 euro.

Bij een verschoven eigen risico wordt het startpunt van het eigen risico, zoals de naam al aangeeft, verschoven. Dit zorgt er ook voor dat verzekerden minder snel hun eigen risico volmaken en ook verzekerden met hogere zorgkosten worden gestimuleerd hun zorggebruik te beperken. Daarnaast kan het zorggebruik ook toenemen ten opzichte van de huidige situatie omdat met het huidige eigen risico vooral gezonde mensen met lage zorgkosten worden geremd, terwijl in de nieuwe situatie eerder mensen met een slechtere gezondheid en hogere zorgkosten worden geremd. Zij zullen gemiddeld gezien vaker en duurdere behandelingen aangeboden krijgen dan gezonde mensen. Als zij dus vanwege het eigen risico besluiten af te zien van een behandeling, dan zal deze waarschijnlijk duurdere zijn. Van alle vormen van eigen betalingen in dit hoofdstuk, waarbij de maximale betaling die een verzekerde uit eigen zak moet betalen 385 euro is, leidt het verschoven eigen risico tot de grootste afname van zorguitgaven. Het verschuiven van het startpunt van het eigen risico leidt dus, van die vormen van eigen betalingen, tot de grootste verhoging van de prijs en/of voor de grootste groep verzekerden.

4.2 Een vergelijking met andere onderzoeken

De uitkomsten van het simulatiemodel zijn niet hetzelfde als eerdere gekwantificeerde effecten door het Centraal Planbureau. In Zorgkeuzes in Kaart 2015 bedroeg het gedragseffect van het afschaffen van het verplicht eigen risico 630 miljoen euro, terwijl het nu 2.138 miljoen euro is. De verschillen zijn het gevolg van het feit dat het nieuwe simulatiemodel geavanceerder en nauwkeuriger is dan voorheen. Het model is

bovendien gebaseerd op nieuwe zorggegevens van alle verzekerden in de Nederlandse Zvw. Daardoor werd het mogelijk om de effecten van het verhogen van het eigen risico in de Zvw te scheiden van andere factoren die zorgkosten beïnvloeden. De bedragen zijn ook hoger, omdat ze gelden voor 2022 en de zorgkosten sinds de vorige editie van Zorgkeuzes in Kaart zijn gestegen.

De omvang van de ‘nieuwe’ gedragseffecten zijn echter meer in lijn met ander onderzoek, dan de ‘oude’ gedragseffecten. Volgens Remmerswaal et al. (2019) leidt een verhoging van het eigen risico met 100 euro tot een afname van 45 euro aan zorguitgaven per verzekerde. Dit resultaat geldt voor 18-jarigen in 2008 t/m 2013. Als we met het model het effect berekenen voor dezelfde groep (18-jarigen) en voor dezelfde periode (2013) vinden we dat een verhoging van het eigen risico met 100 euro leidt tot een afname van zorguitgaven van 50 euro per verzekerde. Remmerswaal et al. (2019b) vinden voor 18-jarigen een prijselasticiteit van -0.09 en Van Vliet (2004) vindt een prijselasticiteit van -0.14 voor het (vrijwillig) eigen risico in het voormalige ziekenfonds. In het Discussion Paper (Boone en Remmerswaal, 2020) laten we zien dat de uitkomsten van het model overeenkomen met een prijselasticiteit van -0.09.²²

Een gedragseffect van 2.138 miljoen euro voor de hele Nederlandse bevolking bij een eigen risico van 385 euro komt overeen met een gedragseffect van 152 euro per volwassen verzekerde. Als we gebruikmaken van de resultaten van Remmerswaal et al. (2019) en deze ophogen met de groei van zorguitgaven tussen 2008 t/m 2013 (de periode van de gebruikte gegevens in het onderzoek) en 2021 (het jaar waarvoor de effecten worden gekwantificeerd in Zorgkeuzes in Kaart 2020), komen we uit op een gedragseffect van 229 euro per 18-jarige bij een eigen risico van 385 euro. De resultaten voor de hele Nederlandse bevolking in Zorgkeuzes in Kaart zijn dus lager. Remmerswaal et al. (2019) rapporteren echter niet effecten voor de hele Nederlandse bevolking, maar voor relatief gezonde, prijsgevoelige 18-jarigen. Daarnaast gelden de resultaten van het simulatiemodel voor deel van de bevolking en zijn ze voor Zorgkeuzes in Kaart geëxtrapoleerd uitgebreid naar de hele Nederlandse bevolking (zie paragraaf 3.3).

Referenties

Boone, J. en M. Remmerswaal, 2020, A Structural Microsimulation Model for Demand-Side Cost-Sharing in Healthcare, CPB Discussion Paper.

Brot-Goldberg, Z.C., A. Chandra, B.R. Handel en J.T. Kolstad, 2017, What does a Deductible Do? The Impact of Cost-Sharing on Health Care Prices, Quantities, and Spending Dynamics, *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 132(3): 1261–1318.

Lambregts, T. en R.C. van Vliet, 2018, The impact of copayments on mental healthcare utilization: a natural experiment, *The European Journal of Health Economics*, vol. 19(6): 775-784.

Newhouse, J.P., 1993, *Free for All? Lessons from the RAND Health insurance experiment*, Cambridge, MA: Harvard University Press.

²² De precieze uitkomsten van het simulatiemodel in het Discussion Paper (Boone en Remmerswaal, 2020) en Zorgkeuzes in Kaart (dit achtergronddocument) verschillen, omdat voor Zorgkeuzes in Kaart aanvullende aannames en stappen nodig waren om effecten te kwantificeren voor de gehele bevolking en voor 2021 (zie paragraaf 3.3).

Remmerswaal, M., R. Douven en P. Besseling, 2015, Toelichting op de effecten van eigen betalingen in de zorg. Bijlage bij het rapport 'Zorgkeuzes in Kaart', CPB Achtergronddocument.

Remmerswaal, M., J. Boone, M. Bijlsma en R. Douven, 2019, Cost-sharing design matters: a comparison of the rebate and deductible in healthcare, *Journal of Public Economics*, vol. 170: 83-97.

Remmerswaal, M., J. Boone, and R. Douven, 2019b, Selection and moral hazard effects in healthcare, CPB Discussion Paper.

Vliet, R.C. van, 2004, Deductibles and health care expenditures: empirical estimates on price sensitivity on administrative data, *International Journal of Health Care Finance and Economics* vol. 4(4): 81-94.

Zeilstra, A., A. den Ouden en W. Vermeulen, 2019, Middenlangetermijnverkenning zorg 2022 t/m 2025. CPB Notitie.

Appendix

A.1 Data en schattingen

We gebruiken gegevens over zorggebruik om het simulatiemodel te schatten. In de data zitten de totale zorgkosten per persoon van alle verzekerden in Nederland in 2008 t/m 2013.²³ In deze periode werd het eigen risico verhoogd van 150 euro naar 350 euro, waardoor mensen hebben afgezien van zorg en de zorgkosten zijn afgenomen.²⁴ Door het model te schatten op deze data, zit het daadwerkelijke zorggebruik en de daadwerkelijke reactie van verzekerden op een verhoging van het eigen risico in het model verwerkt. Het model is in feite 'afgestemd' of 'op maat gemaakt' op het Nederlandse zorgstelsel, de zorgkosten van Nederlandse verzekerden en hun reactie op het Nederlandse eigen risico.

Het model is niet geschat op het zorggebruik van de hele Nederlandse bevolking: enkele groepen verzekerden zijn uitgesloten, omdat het voor hen niet mogelijk is of te veel beperkende aannames vereist zijn, om het model te schatten. De eerste groep verzekerden die zijn uitgesloten betreft mensen die meerdere jaren zeer hoge zorguitgaven hebben. Zij worden in de risicoverevening gelabeld met een DKG, een diagnosekostengroep. De verdeling van zorgkosten van deze groep verzekerden wijkt erg af van andere verzekerden en daarom zouden deze verdelingen los van andere verzekerden gemodelleerd moeten worden. Echter, het gaat om een kleine groep, waardoor er niet genoeg mensen zijn om ze los te modelleren en robuust te schatten. Gebruikers van geestelijke gezondheidszorg (ggz) zijn ook uitgesloten van de schatting. In 2012 werden extra eigen betalingen ingevoerd voor de ggz, waardoor veel patiënten afzagen van een behandeling (Lambregts en Van Vliet, 2018). Omdat wij niet het effect van het verplicht eigen risico kunnen scheiden van het effect van de extra eigen betalingen in de ggz, laten we ze buiten beschouwing. De laatste groep verzekerden die zijn uitgesloten van de schatting zijn verzekerden die een vrijwillig eigen risico hebben gekozen. Het modelleren van de keuze van een vrijwillig eigen risico en het gedrag op zorggebruik maakt het

²³ De data zijn afkomstig van Vektis. Recentere jaren waren niet beschikbaar.

²⁴ In de praktijk zijn de zorgkosten in de Zvw tussen 2008 en 2013 gestegen. Maar de verhoging van het verplicht eigen risico in die jaren heeft geleid tot een afname van zorggebruik en zorgkosten. Oftewel: zonder het verplicht eigen risico zouden de zorgkosten harder zijn gestegen in die jaren.

model een stuk complexer en dat was buiten de scope van dit model. In totaal wordt ongeveer 30% van de verzekerden uitgesloten van de schatting. In paragraaf 3.3 leggen we uit op welke manier we deze verzekerden toch meenemen in de uitkomsten van het model.

Het model is met een Bayesiaanse methode geschat, omdat deze heel geschikt is om rekening te houden met verdelingen, zoals de verdeling van zorguitgaven in figuur 3.2. De schattingsmethode was beschikbaar in het softwarepakket PyMC3 in het programma Python.

A.2 Extra figuur

Figuur A.2.1 De verandering van de totale Zwv-uitgaven (links) en de verandering van de opbrengst eigen betalingen (rechts) in 2022 door verschillende vormen en hoogten van eigen betalingen t.o.v. een verplicht eigen risico van 385 euro

