**Technische uitwerking van alle afzonderlijke beleidsopties**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr. | Vraag | Blz.  van | tot |
|  | Welke invloed kan het betrekken van simpele uitkomsten als bijvoorbeeld het aantal doorverwijzingen hebben op de kosten van de eerste- en tweedelijnszorg? | 0 |  |
|  | In hoeverre is er rekening mee gehouden dat een gezondere beroepsbevolking ook een productievere beroepsbevolking betekent? Welke invloed hebben preventie en het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen bijvoorbeeld op de arbeidsproductiviteit? | 0 |  |
|  | In hoeverre is er rekening mee gehouden dat aanpassing van het zorgsysteem kan leiden tot minder afwenteling op (duurdere) tweedelijnszorg? Maakt dat onderdeel uit van de doorrekening van bijvoorbeeld uitkomstbekostiging? | 0 |  |
|  | Ten opzichte van KiK 2013 - 2017 worden er in zorgkeuzes in kaart bij veel maatregelen hogere transitiekosten in rekening gebracht. Waarom zijn deze transitiekosten eerder niet meegenomen? Welk veranderd inzicht ligt hieraan ten grondslag? | 0 |  |
|  | Welke groei zit er in het basispad voor de zorguitgaven na 2017? | 0 |  |
|  | Kan er een overzicht worden gegeven van de termijn waarop PM-en zullen of kunnen worden ingevuld? | 0 |  |
|  | De afgelopen jaren is er een aantal akkoorden gesloten. Ziet de werkgroep mogelijkheden voor nieuwe akkoorden na 2017? Indachtig de huidige ontwikkeling van de zorgkosten. | 0 |  |
|  | Op welke wijze kunnen partijen aanvullende maatregelen aandragen voor doorrekening tussen nu en een volgende ronde van Keuzes in Kaart? | 0 |  |
|  | Voor hoeveel voorstellen die door politieke partijen zijn aangeleverd was het niet mogelijk om een doorrekening uit te voeren? | 0 |  |
|  | Welk van de 104 voorstellen heeft het meeste rekentijd gekost? | 0 |  |
|  | Wat heeft de werkgroep nodig van de Tweede Kamerfracties om de voorstellen die betrekking hadden op preventie wel door te rekenen? | 0 |  |
|  | Wat zou een realistisch tijdpad zijn voor het doorrekenen van zorgkosten op het gebied van preventie? | 0 |  |
|  | Raadt de werkgroep de Tweede Kamer aan om dit proces 'Zorgkeuzes in Kaart', te herhalen, bijvoorbeeld halverwege een volgende regeerperiode? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet? | 0 |  |
|  | Is het CPB zich bewust van de politieke impact van 'Zorgkeuzes in Kaart'? Op welke manier zijn er waarborgen in het proces geweest om een politiek neutraal document op te leveren? | 0 |  |
|  | Waarom is er niet eerder een separaat traject gestart om preventie voorstellen door te rekenen? | 0 |  |
|  | Zijn er maatregelen door de technische werkgroep zelf aangedragen? Zo ja, welke? | 0 |  |
|  | Waarom zijn zogenaamde 'transitiekosten' bij eerdere doorrekeningen van zorghervormingen niet meegenomen? | 0 |  |
|  | Op welke wijze is en waarover er contact geweest tussen het ministerie van VWS en het CPB over ZiK? | 0 |  |
|  | Welke preventievoorstellen acht het CPB het meest kansrijk? | 0 |  |
|  | Zal het CPB voortaan ook bij de doorrekening van andere stelselwijzigingen en hervormingen buiten de zorg de transitiekosten afzonderlijk in beeld brengen? Zo ja, wordt hierbij dan ook uitgegaan van 1,5% van de budgettaire grondslag? | 0 |  |
|  | Hoe komt u tot de aanname van een besparing van 'slechts' 85 miljoen? Indien een overheadreductie van slechts 1% zou worden gerealiseerd op de WLZ (18 miljard) levert dat al 180 miljoen op. De overheadverschillen tussen de best en slechtst presenterende zorgorganisaties zijn echter vele malen groter dan 1%. Is er niet een veel groter bedrag te besparen indien beter presterende zorgorganisaties (met een lagere overhead) de norm gaan zetten? | 12 |  |
|  | 002 “Overhead- en ziekteverzuimnormen in de Wet langdurige zorg”  Bij deze maatregel staat aangeven dat de uitvoering anderhalf tot 2 jaar duurt. Daarom kent de technische werkgroep hier ook pas in het derde jaar financiële middelen aan toe. Waarom duurt het twee jaar om dit in te voeren? En waarom kiest men niet voor een zogenaamde getrapte invoering? | 12 |  |
|  | Zou een overheadnorm op andere gebieden van de zorg, dan ziekenhuizen, wel mogelijk in te voeren zijn? | 14 |  |
|  | Van welk tijdpad voor de daling van longkankerincidentie door minder roken gaat de technische werkgroep uit, van welke dalingen in welke jaren? Kunnen de langetermijneffecten (> 10 jaar) van een reductie van het aantal rokers alsnog gekwantificeerd worden? Hoe groot zijn deze? | 17 |  |
|  | Volgens ZiK liggen de baten voor de volksgezondheid van preventie in ‘deze situatie’ (wanneer roken en overgewicht in Nederland in één keer zouden worden uitgebannen) vooral in de waarde van een langer en gezonder leven. Kan de technische werkgroep deze waarde in QALY’s en in geld uitdrukken? (liefst ook uitgesplitst naar roken en overgewicht) | 17 | 18 |
|  | 005 Loonindexatie; voor hoeveel jaar is deze maatregel maximaal mogelijk? | 18 |  |
|  | Wanneer zijn de resultaten van het project "preventie in de zorgstelsels" te verwachten? Valt er al iets te zeggen over de voorlopige conclusies? | 18 |  |
|  | Waarom is er gekozen om de baten/lasten van de eerste twee jaar op 0 te ramen, terwijl de overige jaren p.m. worden gezet? Was het niet betrouwbaarder geweest om de opbrengsten in jaar 1 en 2, daar deze maatregelen technisch lastig uitvoerbaar blijkt te zijn, ook als p.m. te beoordelen? | 18 |  |
|  | Een verplicht loonverband kan leiden tot een vlucht over de grens. Op basis van welk onderzoek wordt dat gesteld? Hoe groot wordt de kans hierop geschat? | 19 |  |
|  | De verschillen in zorguitgaven tussen de verschillende varianten ontstaan pas vanaf jaar 4. Hoe is dit te verklaren? | 19 |  |
|  | Waar is de 1 procent volumedaling op gebaseerd indien specialisten in loondienst gaan? Is het niet zo dat in een ziekenhuis artsen in loondienst vaak meer collectieve werkzaamheden verrichten die invloed hebben op de directe ‘productie’ van een arts in loondienst dan vrij gevestigden? | 19 |  |
|  | Waarom is de implementatietermijn 5 jaar, terwijl in de tekst uit gegaan wordt van 3 jaar implementatietermijn? | 19 |  |
|  | Er wordt uitgegaan van 1,5% transitiekosten, waarom 1,5%? En is dat in elk jaar hetzelfde? | 19 |  |
|  | Aan de hand van welk recent beschikbaar gekomen onderzoek is geprobeerd een inschatting te maken van de effecten van artsen in loondienst (p. 21, technische uitwerking)? | 19 |  |
|  | Hoe is te verklaren dat het CPB eerder aangaf dat loondiensters minder dwang hebben tot het draaien van (meer) omzet en dat dit nu achterwege is gelaten?[[1]](#footnote-1) | 19 |  |
|  | 006 In KiK is de maatregel medisch specialisten verplicht in loondienst als dermate complex beoordeeld dat er geen opbrengst aan werd toegekend, de kosten en opbrengst vielen tegen elkaar weg. Op basis van welke informatie is er nu een besparingsverlies oplopend tot boven de € 2 miljard aan toegekend? | 21 |  |
|  | Kan nader worden uitgelegd waarom maatregel 006; medisch specialisten verplicht in loondienst; in jaar 1,2 en 3 € 150 miljoen kost? | 21 |  |
|  | Op basis van welke informatie is gebaseerd dat het beroep van medisch specialist minder aantrekkelijk wordt, mochten medisch specialisten onder de WNT komen te vallen? | 23 |  |
|  | Met een investering van 1.4 miljard kan 19.600 FTE werkgelegenheid worden gecreëerd. In de tabel wordt aangegeven wat hiervan de kosten zijn en uitgewerkt wordt dat wellicht niet de hele investering naar banen gaat. Maar levert het plan niet ook geld op? Doordat banen worden gecreëerd wordt op andere posten, bijvoorbeeld uitkeringen en kwaliteit van zorg, toch ook geld bespaard? En zijn opbrengsten meegewogen van besparingen die plaatsvinden, omdat mantelzorgers minder worden overbelast door het creëren van werkgelegenheid? Hoe zijn die opbrengsten meegenomen in de berekening? | 30 |  |
|  | 010: Bij deze maatregel wordt een aantal mitsen en maren ingevoerd betreffende het effect dat deze maatregel zal hebben op de toename van werkgelegenheid in de langdurige zorg. De technische werkgroep meldt dat instellingen de middelen ook anders inzetten. Waarom is er niet gekozen een verplichting in te stellen om het geld te verkrijgen ? En waarom stelt de technische werkgroep vervolgens dat deze extra middelen leiden tot 19.600 Fte? | 30 |  |
|  | 013 Is in de oploop van de opbrengst gerekend met groei in de zorg? Wat verklaart de beperkte oploop tussen t=4 en t=10? | 37 |  |
|  | Eerder onderzoek naar het functioneren van Buurtzorg (o.a. door KPMG Plexis) heeft laten zien dat er forse besparingen zijn te realiseren indien de Buurtzorg-werkwijze landelijk als norm wordt gesteld. Waarom wordt dat bewust niet meegenomen? Waarom wijken de bedragen bij ZiK af van die van het KPMG-onderzoek? | 38 |  |
|  | 014 Onderdeel b (bewezen effectiviteit) wordt niet ingevoerd omdat er onvoldoende wetenschappelijk onderzoek is. Tegelijkertijd gaan zeven wetenschappelijke verenigingen evalueren welke behandelingen op hun terrein het meest effectief zijn. Nog niet zo lang geleden stond in een artikel op Skipr (<http://www.skipr.nl/actueel/id17520-specialisten-komen-met-lijst-onzinbehandelingen.html>) dat honderden miljoenen uitgegeven wordt aan medische zorg waarvan de beroepsgroep zegt dat ze niet effectief zijn (bijv. gynaecologie). Wanneer kan dit onderzoek gedaan worden? | 38 |  |
|  | 015 Is het onderscheid dat op leeftijd wordt gemaakt niet in strijd met onze eigen grondwet?  Zijn de private uitgaven van 60 en 225 euro respectievelijk voor hoorapparaten en incontinentiemateriaal per jaar of per maand? In geval van per jaar is dat reëel? Te meer daar de incontinentiematerialen in de Zvw nu al gemaximeerd zijn op een bepaald aantal per dag. | 42 |  |
|  | 015 Klopt het dat deze maatregel niet interfereert met maatregelen 011 en 012? | 43 |  |
|  | Waar is de basis 3x2 uur kraamzorg op gebaseerd? Waarom zou dit voldoende zijn voor het op orde krijgen van de basiszorg vlak na een bevalling? | 44 |  |
|  | Waarop is de aanname gebaseerd dat er voor 50% van de gezinnen niets veranderd | 44 |  |
|  | Waarop is gebaseerd dat er bij 30% van de gezinnen geen vergroot risico is? | 44 |  |
|  | Waarop is gebaseerd dat 20% van de gezinnen een verhoogd risico heeft? | 44 |  |
|  | Hoe is in de aanname de inkomensafhankelijke bijdrage vormgegeven? Hoe wordt deze bepaald? | 44 |  |
|  | Waarop is inschatting van het benodigde aantal uren vervolgkraamzorg gebaseerd? | 44 |  |
|  | 016 Kraamzorg, waar is de 20% complexe gevallen op gebaseerd? Op welke wijze is de handhaving geregeld? | 45 |  |
|  | 018 Wat wordt er bedoeld met de zin dat gemeenten niet meer de mogelijkheid hebben die zij nu wel hebben om zelf te bepalen of en in hoeverre vermogen in aanmerking wordt genomen bij het bepalen van de eigen bijdragen in kader van de Wmo 2015? | 48 |  |
|  | 018 Wat verklaart de terugloop in de opbrengst tussen t=3 en t=4, kan dit nader worden toegelicht? | 49 |  |
|  | Hoe wordt de opbrengst van de eigen bijdrage gebruikt om het eigen risico te verlagen? | 53 | 54 |
|  | Waarop is het remeffect van 30% gebaseerd? | 53 | 54 |
|  | Waarop is de opbrengst van 83 miljoen per jaar gebaseerd? | 53 | 54 |
|  | Waarop is de aanname van 20 miljoen uitvoeringskosten door het CAK gebaseerd? | 53 | 54 |
|  | Hoe is het uitstel-effect en de negatieve gezondheidseffecten die daarop volgen meegenomen, indien mensen de zorg langer dan verstandig is uitstellen? | 57 |  |
|  | Waarop is de aanname gebaseerd dat het aantal verwijzingen naar de tweede lijn afneemt en met hoeveel zal deze vraag afnemen? | 57 |  |
|  | Waarop is de aanname gebaseerd dat vooral mensen met kleine, niet-zorgbehoevende klachten de huisarts mijden en hoe heeft zich dit door vertaald naar de aannames over de negatieve uitsteleffecten en gezondheidseffecten? | 57 |  |
|  | 030 Waarom heeft de technische werkgroep geen onderscheid gemaakt tussen medische hulpmiddelen en overige hulpmiddelen? Is dat een bewuste keuze? Zo ja waarom? Zo nee, waarom niet? | 75 |  |
|  | Waarop is de macro-opbrengst van 45 miljoen euro gebaseerd? | 77 | 78 |
|  | Waarop is de aanname gebaseerd dat de opbrengst van het eigen risico met 15 miljoen euro afneemt? | 77 | 78 |
|  | Waarop is de aanname gebaseerd dat mensen die noodzakelijke tandheelkundige zorg nodig hebben niet prijsgevoelig zijn? | 77 | 78 |
|  | Hoe is het aanbod aan aanvullende verzekeringen meegenomen in de aannames? | 77 | 78 |
|  | Waarop is de aanname gebaseerd dat 25% van de HAP-bezoekers naar de gewone huisarts gaan? | 80 | 81 |
|  | Waarop is het remeffect van 5 miljoen euro gebaseerd? | 80 | 81 |
|  | Waarom wordt voor zelfverwijzers geen remeffect verwacht? Welke aannames liggen hier aan ten grondslag? | 80 | 81 |
|  | Wat is het aangenomen verschil tussen het remeffect en het substitutie effect? Hoe groot is dat? | 80 | 81 |
|  | Hoe is het effect van minder ziekenhuisdeclaraties door verminderde toestroom naar de SEH meegenomen in de berekening? En hoe zijn de effecten op het eigen risico hierin meegenomen? | 80 | 81 |
|  | Van welke "andere belanghebbenden" vanuit het brede zorgwelzijnsveld veronderstelt de technische werkgroep dat ze een bijdrage kunnen leveren aan het preventiefonds, en voor hoeveel? | 86 |  |
|  | Welke precieze invulling van de uitgaven in het kader van deze beleidsoptie heeft de technische werkgroep verondersteld? Waarom is er niet verondersteld dat er middelen uit het preventiefonds worden uitgetrokken voor tabaksontmoediging en stoppen met roken? | 86 |  |
|  | Wat dragen de drie genoemde uit het preventiefonds te bekostigen zaken (voorkoming echtscheiding, tienermoederopvang en e-health/domotica) bij aan preventie/gezondheidsbevordering? | 86 |  |
|  | Van welke ‘andere belanghebbenden’ vanuit het brede zorgwelzijnsveld veronderstelt de technische werkgroep dat ze een bijdrage kunnen leveren aan het preventiefonds, en voor hoeveel? | 86 |  |
|  | Bij deze maatregel wordt uitgegaan van een intensivering van 315 miljoen euro door het Rijk, plus 150 miljoen euro door gemeenten. Waarom wordt voor de effecten van Rijksuitgaven dan een intensivering van 470 miljoen euro gerekend? | 86 |  |
|  | Waarom is er minimaal een jaar nodig voor de invoering? Welke aannames liggen daaraan ten grondslag? | 86 | 87 |
|  | Waarom beperkt het preventiefonds zich slechts tot genoemde drie taken? Waarom is een uitbreiding van de taken niet meegenomen in de berekening? | 86 | 87 |
|  | Waarom zijn de mogelijke besparingen door het preventiefonds niet doorgerekend? | 86 | 87 |
|  | Had niet beter kunnen worden volstaan met ‘dit is niet door te rekenen’, in plaats van toch de budgettaire effecten door te rekenen terwijl de inverdieneffecten onbekend zijn en hier nog een IBO voor nodig is? | 86 | 87 |
|  | Waarom zijn de mogelijke besparingen door het preventiefonds niet doorgerekend? | 88 | 89 |
|  | Had niet beter kunnen volstaan met ‘dit is niet door te rekenen’, in plaats van toch de budgettaire effecten door te rekenen terwijl de inverdieneffecten onbekend zijn en hier nog een IBO voor nodig is? | 88 | 89 |
|  | Hoe zijn de inverdieneffecten, zoals het verbeteren van de leefstijl, van deze maatregel meegenomen? | 90 | 91 |
|  | Op basis van welke aannames over het aantal personen dat een health check wil ondergaan is de intensivering van middelen berekend? | 90 | 91 |
|  | Had niet beter kunnen worden volstaan met ‘dit is niet door te rekenen’, in plaats van toch de budgettaire effecten door te rekenen terwijl de inverdieneffecten onbekend zijn en hier nog kosteneffectiviteitsonderzoek voor nodig is? | 90 | 91 |
|  | Waarom is alleen het beschikbare bedrag voor bonussen meegenomen in de budgettaire effecten? | 92 |  |
|  | Waarom is geen poging gedaan om de inverdieneffecten van minder uitdroging/ondervoeding en verwachte kwaliteitsverbeteringen van de zorg meegenomen in de berekening? | 92 |  |
|  | Waarom is alleen de kostenkant van de maatregel meegewogen? | 92 |  |
|  | Waarom zijn er geen aannames gemaakt over het percentage ouderen dat minder (snel) uitgedroogd en ondervoed raakt door de maatregel? | 92 |  |
|  | 041 De uitvoerbaarheid zou hier lastig liggen, hoe verhoudt dit zich tot de huidige beschikbaarheidsbijdrage waar wel sprake is van een harde inperking? Waarom zou dit argument voor dure infrastructuur hier niet opgaan? Waar is de 5% doelmatigheidsbesparing op gebaseerd? | 95 |  |
|  | Zijn er bezuinigingen te realiseren door een dergelijk nummer voor thuiszorg en kindertelefoon alleen te gebruiken als doorschakelmogelijkheid naar andere hulplijnen en meldkamers? | 98 |  |
|  | Kan er een inschatting gegeven worden van de kosten wanneer een melding van crisissituaties bij de GGZ direct wordt doorgeschakeld naar de lokale hulpverlening en mensen ook direct ondersteuning of hulp krijgen? | 98 |  |
|  | Waarom is de maatregel niet doorgerekend met de aanname dat het Parlement de wet en het stelsel dusdanig aanpast dat ziekenhuizen wel verplicht kunnen worden om een huisarts de triage van de SEH te laten doen? | 99 |  |
|  | Waarom is de maatregel niet doorgerekend met de aanname dat via een bestuurlijk akkoord met de sector afspraken worden gemaakt dat ziekenhuizen een huisarts de triage van de SEH laten doen? | 99 |  |
|  | Het mogelijk maken van meerjarige polissen leidt tot vragen over de praktische uitvoerbaarheid voor zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders en patiënten. Kan de technische commissie uiteenzetten waar zij het grootste praktische bezwaren zien? | 100 |  |
|  | Wanneer er wordt aangenomen dat er voor bepaalde behandelingen indicatoren bestaan, en deze indicatoren een zekere ambitie kennen, welk effect zou dit dan hebben op de berekening? Hoe is de hogere kwaliteit van de zorg, waaronder bijvoorbeeld het voorkomen van complicaties, die door dit type van bekostiging nagestreefd wordt, te kwantificeren? | 103 |  |
|  | Zijn ervaringen in het buitenland betrokken bij het formuleren van de benodigde randvoorwaarden en de daaruit volgende aannames? | 103 | 104 |
|  | Waarom is de berekening niet uitgevoerd met de aanname dat de noodzakelijke randvoorwaarden wel binnen afzienbare tijd vervuld kunnen worden als alle relevante partijen daar de handen voor ineen slaan? | 103 | 104 |
|  | Waarom is er niet voor gekozen om alle mogelijke scenario’s door te rekenen? Zowel voor toename van het zorgvolume door hogere vraag en betere zorg als afname van het zorgvolume door minder overbehandeling en complicaties? | 103 | 104 |
|  | Had niet beter kunnen worden volstaan met ‘dit is niet door te rekenen’, wanneer er momenteel nog geen overzicht is van de verschillende uitkomstindicatoren en de uiteindelijk te verwachten meerwaarde daarvan? | 103 | 104 |
|  | Waarom is aangegeven dat de introductie van een shared savings model geen positieve noch negatieve opbrengt kent, terwijl het niet mogelijk blijkt de maatregelen door te rekenen? Waarom is er hier niet voor gekozen om deze maatregelen te voorzien van het oordeel: "onvoldoende informatie"? | 105 |  |
|  | 048 Aangezien de latere jaren op PM staan, zouden de eerste jaren ook geen PM-en moeten zijn in plaats van 0-en? | 106 |  |
|  | Waarop is de implementatietermijn van twee jaar gebaseerd? | 109 | 110 |
|  | Waarop is de daling van de tarieven met 15% gebaseerd? | 109 | 110 |
|  | Waarop is de tentatieve grondslag van 100 miljoen euro gebaseerd? | 109 | 110 |
|  | Hoe is de werking van het macrobeheersinginstrument en de materiële en formele controles van zorgverzekeraars meegenomen bij de aanname dat ziekenhuizen zich gaan richten op moeilijkere en duurdere zorg als de huisartsen tweedelijnszorg gaat overnemen? | 109 | 110 |
|  | Hoe zijn de verwachte effecten van de overheidsprogramma’s gericht op het tegengaan van fraude, upcoding en fouten meegenomen in de aannames omtrent de gedrags- en neveneffecten? | 109 | 110 |
|  | Hoe is de nieuwe bekostigingsstructuur voor huisartsenzorg meegenomen in de aannames? | 109 | 110 |
|  | Op welke wijze doet de berekening recht aan de nog te verschijnen substitutiemonitor? | 109 | 110 |
|  | Waarom is niet doorberekend wat het verminderen van het aantal ruggenprikken of een andere medische indicatie zou opleveren? Als er daarvoor een aanname gedaan moet worden, welke is dan realistisch en wat betekent dit voor de vermindering van de toename van 9 miljoen? | 111 |  |
|  | Waaruit blijkt de onduidelijkheid over de verschuiving van zorg naar de eerste lijn? | 112 |  |
|  | Is op voorhand besparen van 5% op de tweedelijnsgeboortezorg een prikkel om een integraal tarief tot stand te brengen? | 112 |  |
|  | Welk gedragseffect kan het op voorhand bezuinigen op de tweedelijnszorg hebben? | 112 |  |
|  | Kan transparantie over de verdeling als voorwaarde worden gesteld bij de inkoop via een integraal tarief geboortezorg? | 112 |  |
|  | Kunnen maatregelen getroffen worden om afwenteling te voorkomen bij de introductie van een integraal tarief voor de geboortezorg? | 112 |  |
|  | Kan er een integraal tarief worden geïntroduceerd zonder medewerking en onderlinge afstemming van de verschillende betrokken beroepsgroepen? | 112 |  |
|  | Als een ziekenhuis patiënten met palliatieve zorg gaan omlabelen naar andere, duurdere DBC’s als reactie op overhevelen van terminale palliatieve zorg naar het A- segment, is dat dan op individueel ziekenhuisniveau inzichtelijk? Is er een maatregel bekend die dit omlabelen voorkomt? | 115 |  |
|  | Hoe hoog is de besparing als er ook richtlijnen voor de mondzorg voor ‘gewone’ volwassenen worden gehanteerd? | 125 |  |
|  | Er wordt aangegeven dat de macro budgettaire opbrengst van een gedifferentieerd MBI even groot is als van een generiek MBI. Betekent dit dat het gedifferentieerd MBI volgens het CPB geen bijdrage kan leveren aan gerichtere zorginkoop door verzekeraars? | 129 |  |
|  | Waarom is deze maatregel in strijd met Europese regelgeving (schadeverzekeringsrichtlijnen en Solvency II), terwijl het in het Duitse model wel kan? | 133 |  |
|  | Waarop is de veronderstelling gebaseerd dat voor het wetgevingstraject minimaal twee á drie jaar nodig is? Voor variant a is het wetgevingstraject toch veel korter, afhankelijk van de snelheid waarmee het initiatiefwetsvoorstel in de Kamer wordt behandeld? | 136 |  |
|  | Waarop is de stelling gebaseerd dat de prijzen in Europa al naar elkaar toegroeien en het effect van de WGP derhalve zal verminderen? Hoe verhoudt dit zich tot de constatering dat ten opzichte van oktober 2007 de prijzen van geneesmiddelen in 2013 37,5% lager zijn en hiervan meer dan de helft het directe gevolg is van de prijzenwet, die daarmee het belangrijkste prijsbeheersinginstrument van de overheid is voor geneesmiddelen (3 oktober 2013, Pharmaceutisch Weekblad, Jaargang 148 Nr 40/41)? Zijn de prijzen in Europa sinds het afgelopen jaar sterk naar elkaar toegegroeid? Zo ja, waaruit blijkt dat? | 136 |  |
|  | Hoe waarschijnlijk is het dat fabrikanten nieuwe geneesmiddelen niet of later op de Nederlandse markt zullen brengen als er lagere maximumprijzen worden vastgesteld, in aanmerking nemend dat dat op dit moment nietin Noorwegen geldt? | 136 |  |
|  | Hoe waarschijnlijk is het dat innovatie geremd wordt als er lagere maximumprijzen worden vastgesteld, in aanmerking nemend dat de prijzen in de rest van Europa zodanig zijn dat er altijd aan kan worden verdiend door de farmaceutische industrie en de omvang van de Nederlandse markt beperkt is in relatie tot de totale wereldmarkt? | 136 |  |
|  | Waarop is de veronderstelling gebaseerd dat de 7% lagere prijzen zich voor een kwart door vertalen in de netto prijzen? Waarom wordt gerekend met een marge cq voorheen claw back van 6.82%, terwijl in het recent verschenen proefberekeningen GVS (Ape, december 2014) wordt uitgegaan van een veel lagere marge. In deze berekeningen wordt gesteld dat met het vervallen van de claw back regeling het uitgekeerde bedrag in het algemeen nog steeds onder de apotheekinkoopprijs ligt, maar in een aantal gevallen ook hoger. In 2013 bedroeg de gemiddelde korting voor spécialités 3.1%. | 136 |  |
|  | Kan gesteld worden dat de weergegeven besparing van variant a, pas in jaar 4 en ten hoogste van €50 miljoen een zeer weinig optimistische voorspelling is van de te verwachten effecten van de initiatiefwet? Zo ja waarom is zo terughoudend gerekend? Met welke aannames zou tot een hogere berekende opbrengst gekomen kunnen worden? | 136 |  |
|  | Waarom is niet in de berekening meegenomen dat er ook een besparingseffect op zal treden omdat nieuwe gebruikers vaker dan nu op het goedkoopste geneesmiddel zullen worden ingesteld omdat de prikkel voor doelmatig voorschrijven toeneemt? Hoe groot zal dit effect zijn en over hoeveel jaar kan het optreden? | 138 |  |
|  | Waarom worden de transitiekosten zo hoog gesteld terwijl een deel van de overstappers daar niet een speciaal consult voor zal hoeven vragen maar tijdens een controle consult een recept voor een goedkoper geneesmiddel kunnen vragen? | 138 |  |
|  | Waarom zou een eerste uitgifte gesprek nodig zijn voor een onderling vervangbaar geneesmiddel? | 138 |  |
|  | Hoe kan het verschil verklaard worden tussen de berekening in Keuzes in Kaart 2013-2017 van € 28 miljoen en de voorliggende berekening van € 250 miljoen? | 138 |  |
|  | Hoe kunnen de verschillen tussen de berekening van het CPB en de proefberekeningen van Ape verklaard worden? | 138 |  |
|  | Waarom wordt niet gewezen op de mogelijkheid tot selectieve herberekening of maximaliseren van de eigen bijbetaling? | 138 |  |
|  | Welke mogelijkheden zijn er waarbij de negatieve effecten voor verzekerden kunnen worden geminimaliseerd terwijl de besparing wel optreedt? | 138 |  |
|  | Waarop is de veronderstelling gebaseerd dat een inkoopkorting van 5% voor ziekenhuizen realistisch is? | 141 |  |
|  | Waarom is er van uitgegaan dat de helft van de middelen wordt overgeheveld, terwijl voor alle genoemde middelen geldt dat zij door medisch specialisten worden voorgeschreven en derhalve thuis horen in het ziekenhuisbudget? Waarop is de veronderstelling gebaseerd dat de ziekenhuizen in staat zullen zijn slechts 5% inkoopkorting te realiseren?  Waarom is met deze combinatie van aannames gekozen voor een zo laag mogelijke inschatting van de besparing ten gevolge van overheveling van dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget? | 141 |  |
|  | In hoeverre is rekening gehouden met een prikkel tot doelmatig voorschrijven voor medisch specialisten zodra de dure geneesmiddelen onder het ziekenhuisbudget gaan vallen? | 141 |  |
|  | In hoeverre is rekening gehouden met de mogelijkheid dat ziekenhuizen gezamenlijk gaan inkopen en daarmee een veel hogere korting realiseren? Tot welk percentage zou de korting kunnen oplopen bij gezamenlijke inkoop of door centrale inkoop door de overheid? | 141 |  |
|  | Kan nader worden uitgelegd waarom het invoeren voor preferentiebeleid intramurale geneesmiddelen geen extra besparing oplevert? | 143 |  |
|  | Kan uitgelegd worden waarom deze maatregel binnen het huidige stelsel niet kan? | 145 |  |
|  | 070 Wat is de juridische analyse op basis waarvan de juridische onhaalbaarheid wordt geconcludeerd? Hoe verhoudt dit zich tot de beschikbaarheidsbijdrage voor SEH’s? | 145 |  |
|  | 071 Wat is de juridische analyse op basis waarvan de juridische onhaalbaarheid wordt geconcludeerd voor optie a. Hoe verhoudt dit zich tot de beschikbaarheidsbijdrage voor SEH’s? | 148 |  |
|  | Kan meer toelichting gegeven worden op de zin op pagina 158: "De herverdelingseffecten op microniveau kunnen groot zijn."? | 158 |  |
|  | De technische werkgroep stelt dat kleinschalige zorg bevorderd kan worden door een hoger tarief aan kleinschalige zorgaanbieders te geven. Kan de technische werkgroep een indicatie geven hoeveel hoger dit tarief dan moet zijn wil kleinschaligheid bevorderd worden? Waarom is er gekozen voor een investering van € 250 miljoen om kleinschalige zorg te bevorderen, waar is dit bedrag op gebaseerd? En wat is precies kleinschalige zorg, welke omschrijving hanteert de technische werkgroep hiervoor. | 160 |  |
|  | Is bij de doorrekening van deze maatregel rekening gehouden met het feit dat nu al meer vermogende ouderen gebruik maken van de Wlz en extra betalingen doen aan de zorginstelling waar zij verblijven? | 164 |  |
|  | Is bij de doorrekening van deze maatregel rekening gehouden met het feit dat mensen steeds lastiger in aanmerking komen voor een Wlz-indicatie? | 164 |  |
|  | Waarom gaat het CPB er van uit (pagina 165) dat mensen die nu extramurale zorg krijgen over zullen gaan naar meer zorg? Op basis van wat? Mensen willen immers het liefst zo lang mogelijk thuis blijven wonen en als er geen zware zorgbehoefte is, komt de indicatie ook niet. | 165 |  |
|  | Kan de maatregel invoeren van voucher voor langdurige ouderenzorg op basis van de Zvw ook ingevoerd worden zonder dat beleidsoptie 077 en 103 zijn ingevoerd? Zo nee, waarom niet? | 167 |  |
|  | Bij deze maatregel stelt de werkgroep dat beleidsopties 077 “scheiden wonen en zorg” en “wijkverpleging en ouderenzorg naar WMO” noodzakelijk zijn om de optie van 081 (vouchers) in te voeren. Kan de werkgroep uiteen zetten waarom dit volgens hen noodzakelijk is? | 167 |  |
|  | Bij deze maatregel wordt gesteld dat beleidsopties 077 en 103 al zijn getroffen, Wat bedoelt men hier precies mee? Impliceert dit dat je pas met 081 kan starten na enkele jaren en na hoeveel jaren dan? | 167 |  |
|  | Waarom wordt 15% van de ZZP 4-10 van indicatie verpleging en verzorging niet verzilverd (data CBS)? Indien daar geen behoefte aan is gezien de beperkingen is het dan aannemelijk om er van uit te gaan dat mensen deze wel gaan verzilveren? | 167 |  |
|  | Waarom is er bij deze optie gekozen, mantelzorgers niet meer te laten inhuren, hier kan toch een gereduceerd tarief voor gelden? | 167 |  |
|  | Het effect van deze maatregel is op termijn een besparing van 130 miljoen euro. Kan aangegeven worden wat de effecten zijn voor de zorg en voor de mensen die het betreft? | 170 |  |
|  | Als 40% van de instellingen goedkoper is dan Buurtzorg, en dus een substantieel deel ook duurder is dan Buurtzorg, hoe hoog is dan de besparing als ook deze instellingen gaan werken op het tariefniveau van Buurtzorg? | 173 |  |
|  | Hoeveel jaar duurt gemiddeld een cultuuromslag in een instelling? | 173 |  |
|  | Waarom wordt voor het effect van een cultuuromslag bij thuiszorgorganisaties die wijkverpleging aanbieden, 10 jaar gerekend? | 173 |  |
|  | Is het mogelijk om op basis van demografische gegevens en gegevens over de gezondheid van een populatie, een gedifferentieerd tarief voor wijkverpleging te hanteren? | 173 |  |
|  | Heeft een dergelijk 'gewogen tarief' als effect dat cherry picking wordt tegengegaan? | 173 |  |
|  | Voorkomen shared savings- afspraken de tendens tot cherry picking? | 173 |  |
|  | Kan cherry picking worden tegengegaan door korten van tarieven bij instellingen die zich daar schuldig aan maken? | 173 |  |
|  | Kan cherry picking worden voorkomen door het belonen van instellingen die dat niet doen en een realistische mix behouden? | 173 |  |
|  | Waarom wordt controle op de geleverde zorg niet eenvoudiger door het hanteren van slechts één tarief voor de wijkverpleging? | 173 |  |
|  | Op basis van welke feitelijke gegevens is de uitspraak gebaseerd dat het Buurtzorgconcept al ‘tamelijk wijdverbreid’ is? | 173 |  |
|  | Hoe ziet de besparing eruit, als 20% en 30% additioneel volgens het Buurtzorgconcept gaat werken? | 173 |  |
|  | Bij deze maatregel schrijft het CPB dat verschillen in leeftijdsopbouw en andere objectieve kenmerken de grote regionale verschillen niet kunnen verklaren. Kan aangegeven worden wat deze verschillen wel verklaart? | 183 |  |
|  | Is bij deze maatregel meegewogen dat de Wlz veel scherper aangeeft wanneer iemand al dan niet in aanmerkingen komt voor een Wlz-plaatsing en dat gemeenten op basis van de Wmo 2015 in die gevallen ook niet verplicht zijn Wmo-ondersteuning te bieden? | 183 |  |
|  | Van welk opleidingsniveau van de casemanagers is uitgegaan bij de berekening? | 191 |  |
|  | Is dezelfde besparing te behalen door huidige wijkverpleegkundigen te laten specialiseren in casemanagement dementie? Of zou deze lager / hoger uitvallen? | 191 |  |
|  | Waar is het percentage uitvoeringskosten van de jeugdzorg (2%), de Wmo (3,6%) en de Wlz (1,4%) op gebaseerd? | 199 |  |
|  | Kan deze maatregel ook uitgewerkt worden zonder inkomensafhankelijke zorgpremie? Zo ja, wat zijn daar de consequenties van? | 207 |  |
|  | Hoeveel mensen kiezen in het huidige systeem voor een arts buiten hun regio? | 207 |  |
|  | Bij deze maatregel staat onder budgettaire effecten dat het wegvallen van concurrentie in algemene zin leidt tot hogere prijzen van zorg. Elders staat in het rapport te lezen dat uit internationaal onderzoek blijkt dat deze conclusie niet absoluut te trekken is. Wat is de juiste interpretatie? | 211 |  |
|  | Bij deze maatregel staat dat de prikkel tot inkoop op prijs kleiner is voor zorgkantoren dan voor zorgverzekeraars. Elders staat in het rapport te lezen dat uit internationaal onderzoek blijkt dat deze conclusie niet absoluut te trekken is. Wat is de juiste interpretatie? | 214 |  |
|  | Op basis van welk onderzoek wordt geconcludeerd dat de administratieve lasten voor zelfstandige behandelaars 30% is t.o.v. 15% sectorbreed? | 214 |  |
|  | Wat wordt er precies bedoeld met de zin "de maatregel kan in drie jaar worden ingevoerd, maar de invoeringstermijn is waarschijnlijk langer omdat het een stelselwijziging betreft" Heeft dit te maken met invoeringseffecten, of iets dergelijks? | 214 |  |
|  | Graag een toelichting op de zin "De prikkel tot inkoop op prijs en kwaliteit is kleiner voor zorgkantoren dan voor risicodragende zorgverzekeraars. Dit vermindert de doelmatigheid van de GGZ –zorg." Gaat het hierbij om het financiële aspect of om de doelmatigheid van de zorg? | 214 |  |
|  | Waarom is de verwachting dat kleine en nieuwe zorgaanbieders niet makkelijk een contract krijgen met het zorgkantoor? | 214 |  |
|  | Wat wordt bedoelt met de zin "Tot slot neemt de samenhang met andere maatschappelijke domeinen af?" Graag een nadere toelichting waarom dat zo zou zijn. | 214 |  |
|  | Graag een nadere toelichting op de het deel van de organisatiekosten dat wordt verondersteld te blijven bestaan: welke percentage wordt verondersteld? | 214 |  |
|  | Waarom zou er een risico op onderbehandeling ontstaan? Hoe kan dit risico worden bestreden? | 214 |  |
|  | Waarop is de veronderstelling gebaseerd dat 25% van de wijkverpleging kortdurend is ? | 216 |  |
|  | Hoe wordt de term kortdurend omschreven. Is dit te kwantificeren (duur, soort zorg etc.)? | 216 |  |
|  | Waarom stelt de technische werkgroep dat als een groot gedeelte van de langdurige wijkverpleging vervalt burgers dan een beroep gaan doen op de Wmo? Dat beroep hoeft toch niet gehonoreerd te worden (beleidsvrijheid gemeenten). In de Wmo gaat het toch om ondersteuning en niet om daadwerkelijke zorg? En kan gekwantificeerd worden hoeveel ondersteuning er dan gevraagd wordt? | 216 |  |
|  | Is langdurige wijkverpleging verzekerbare zorg vanwege de duur en de kosten? | 216 |  |
|  | Wat wordt de premie voor deze aanvullende verzekering? | 216 |  |
|  | Deze maatregel levert € 950 miljoen op. Waar blijft de zorgbehoefte van de mensen die deze nu wel hebben? | 216 |  |
|  | Is bij de inschatting van € 560 miljoen voor gemeenten ter uitvoering van deze zorgsoort in de Wmo rekening gehouden met de mogelijkheid dat mensen maatwerkvoorzieningen aanvragen en de gemeente die ook moet geven gezien het feit dat verpleging in veel gevallen een voorbehouden handeling is? | 216 |  |
|  | Is er alleen sprake van kortdurende zorg na ziekenhuisopname? | 216 |  |
|  | In welke andere situaties is er momenteel ook sprake van kortdurende zorg door wijkverpleegkundigen? | 216 |  |
|  | Wat is de achterliggende reden voor de uitzondering voor Wajongers? | 216 |  |
|  | In welke situaties is wijkverpleegkundige hulp ‘voorzienbaar’? | 216 |  |
|  | Zijn valincidenten voorbeelden van voorzienbare ongevallen? | 216 |  |
|  | Kan de technische werkgroep uiteen zetten hoe de prikkel mogelijk werkt dat cliënten die nu gebruik maken van wijkverpleging snel doorstromen naar Wlz? | 218 |  |
|  | 103 Op basis van welke periode zijn de uitvoeringskosten van 3.6% afgeleid? Is een deel daarvan niet toe te rekenen aan de huidige transitie en de kosten van huidige structurele hervormingen in de WMO? Hoe verhouden de transitiekosten zich tot de transitiekosten in KiK? Hoe verhouden de besparingen zich tot de doelmatigheidswinst in KiK? | 221 |  |

**Analyse van beleidsopties voor de zorg**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr | Vraag | Blz.  van | tot |
|  | In hoeverre zijn de uitkomsten van de berekeningen ook de daadwerkelijke bedragen die het CPB bij een volgende Keuzes in Kaart in zal boeken voor deze maatregelen? Zo nee, waarom niet? | 0 |  |
|  | Bij een aantal maatregelen wordt geen kwantitatieve uitkomst vermeld, omdat er onvoldoende informatie beschikbaar is. Op welke manier wordt de komende periode ingezet op het alsnog verzamelen van voldoende informatie, zodat ook deze maatregelen bij een volgende Keuzes in Kaart kwantitatief beoordeeld kunnen worden? | 0 |  |
|  | Kan in detail worden aangegeven welke aannames gemaakt zijn voor het basispad dat onder de berekeningen ligt, waarbij in ieder geval in wordt gegaan op de veronderstelde groei van de zorguitgaven en het zorggebruik? | 3 |  |
|  | Klopt het dat in het rapport enkel voorstellen van politieke partijen zijn doorgerekend? Heeft de werkgroep ook zelf nog maatregelen aangedragen, zoals de bedoeling was? Gaat zij dit alsnog doen? | 6 |  |
|  | Welke voorgestelde bezuinigingsmaatregelen (6,3 miljard in totaal) van de ambtelijke werkgroep “Curatieve zorg” uit mei 2010, zijn tot uitvoering gebracht? Wat was hiervan de uiteindelijk behaalde besparing? Is deze werkwijze geanalyseerd en wat waren hiervan de resultaten? | 7 |  |
|  | Welke voorgestelde bezuinigingsmaatregelen (4,2 miljard in totaal) van de ambtelijke werkgroep “Langdurige zorg” uit mei 2010, zijn tot uitvoering gebracht? Wat was hiervan de uiteindelijk behaalde besparing? Is deze werkwijze geanalyseerd en wat waren hiervan de resultaten? | 7 |  |
|  | Op pagina 10 van ZiK wordt gesteld dat er geen causaal verband is tussen de institutionele vormgeving van een zorgstelsel en de kosteneffectiviteit. Waarom zijn de internationale vergelijkingen van bureaucratie – die hoger is in een privaat stelsel – niet meegewogen? | 10 |  |
|  | Op pagina 10 van ZiK staat dat sommige maatregelen het karakter hebben van een educated guess, omdat niet altijd gevalideerde informatie beschikbaar was. Kunt u een overzicht geven van welke evaluaties van beleidsregels zijn gebaseerd op een educated guess en welke zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek? | 10 |  |
|  | Convenanten of akkoorden worden niet meegenomen. Wanneer een convenant echter gecombineerd wordt met inzet van het MBI is de onzekerheid rondom de inbreng van andere partijen weggenomen. Kan in deze combinatie wel een bedrag toegekend worden aan het voortzetten of aanscherpen van de bestaande akkoorden? Zo nee, waarom niet? | 11 |  |
|  | Convenanten of akkoorden worden niet meegenomen. Wat is dan de veronderstelling ten aanzien van de toekomstige groei van de zorguitgaven en waar is deze op gebaseerd? | 11 |  |
|  | In hoeverre zijn de bedragen opgenomen in het rapport ‘constant’ in aanloop naar volgende verkiezingen, of zal dan een actualisatie van de bedragen plaatsvinden? | 13 |  |
|  | Zijn de budgettaire gevolgen van de beleidsopties onafhankelijk van de volgende middenlangetermijnraming, of worden besparingen groter (kleiner) naarmate de zorguitgaven in de MLT-raming hoger (minder hoog) worden geraamd? | 13 |  |
|  | De mogelijkheden om binnen de Zvw meer collectieve preventie (c.q. leefstijl) initiatieven aan te moedigen zou beperkt zijn. Waarom zijn deze mogelijkheden beperkt? Kan de technische werkgroep een uitputtende lijst schetsen van maatregelen die binnen de Zvw wél tot de mogelijkheden behoren? | 17 | 18 |
|  | Wanneer zijn de resultaten van het project ‘preventie in de zorgstelsels’ te verwachten? Valt er al iets te zeggen over de voorlopige conclusies? (blz. 18, Zorgkeuzes in Kaart) | 17 | 18 |
|  | Waarom is er voor de opbrengsten van preventie niet voor gekozen om een maatschappelijke kosten baten analyse uit te voeren, zodat ook effecten buiten (zoals hogere arbeidsparticipatie) de gezondheidszorg meegenomen worden? Waarom is hierbij niet gekeken naar de “Volksgezondheid Toekomst Verkenning” van het RIVM, waarin een MKBA voor de zorg wordt uitgewerkt? | 17 | 18 |
|  | Waarom is er voor de opbrengsten van preventie niet gekeken naar het rapport van CVZ, “De gecombineerde leefstijlinterventie: kosten, opbrengsten en de praktijk”? | 17 | 18 |
|  | Er wordt aangegeven dat baten van preventie niet bekend zijn. Kan het CPB aangeven welke instituties dergelijke baten wel zou kunnen berekenen? | 17 | 18 |
|  | De baten voor volksgezondheid van preventie liggen vooral in de waarden van een langer en gezonder leven. Kan hieruit de conclusie worden getrokken dat de baten van preventie met name genoten worden door het individu dat een betere gezondheid ervaart en niet zozeer in termen van lagere collectieve uitgaven aan zorg? | 18 |  |
|  | Het is mogelijk om individueel gerichte leefstijlinterventies toe te voegen aan het verzekerde pakket, mits bewezen effectief en doelmatig. Bestaan er voor zover bekend leefstijlinterventies die daadwerkelijk bewezen effectief en doelmatig zijn? | 18 |  |
|  | Wat zijn de voorbeeldberekeningen waarop de 1,5% is gebaseerd? | 19 |  |
|  | Kan de algemene rekenregel wel zomaar gegeneraliseerd worden naar alle 104 verschillende beleidsopties? | 19 |  |
|  | Wat zijn de criteria waarop de grootte van een transitie wordt beoordeeld (er staan nu alleen maar voorbeelden)? | 19 |  |
|  | Wat is de genoemde onzekerheidsmarge van de transitiekosten? | 19 |  |
|  | Op welke gronden zijn de twee, vijf en acht jaar transitietijd op beoordeeld? En op welke niet? | 19 |  |
|  | De makers van het analysekader stellen dat het nuttig is om het analysekader in te vullen voor een transitie uit het verleden[[2]](#footnote-2). Is dat gebeurd? Wat kwam daar uit? En hoe lang duurde die transitie volgens dit analysekader? | 19 |  |
|  | Waarop zijn de transitietijden van 2, 5 en 8 jaar voor respectievelijk kleine, middelgrote en grote stelselwijzigingen gebaseerd? | 19 |  |
|  | Op basis waarvan zijn de lengtes van drie verschillende transitiefases vastgesteld, aangezien de makers van het analysekader stellen dat het moeilijk is vast te stellen wanneer de laatste fase is afgelopen[[3]](#footnote-3)? | 19 |  |
|  | Wat is de procedure om het analysekader toe te passen waarmee de transitietijd wordt bepaald[[4]](#footnote-4)? Wie de procedure om het kader toe te passen precies ontwikkeld? | 19 |  |
|  | Waarop zijn de jaarlijkse transitiekosten van 1,5% per jaar gebaseerd? | 19 |  |
|  | Volgens de makers van het kader zijn de transitiekosten niet hetzelfde voor elke fase van het transitieproces[[5]](#footnote-5), waarom wordt in ZiK dan wel uitgegaan van 1,5% per jaar? | 19 |  |
|  | Het analysekader is door een kleine groep mensen gemaakt en de makers maken het voorbehoud dat ze waarschijnlijk effecten verkeerd inschatten of over het hoofd zien. OP welke wijze heeft de technisch werkgroep deze voorbehouden gewogen in haar advies? | 19 |  |
|  | Hoe komt het dan in Keuzes in Kaart 2013-2017 nog werd gesteld dat door budgetfinanciering 2 miljard bespaard kan worden en dat die besparing nu helemaal niet meer wordt genoemd? Waardoor is die besparing is weggevallen? | 19 |  |
|  | Waarom stelde het CPB eerder dat de kosten door betaling per verrichting in de GGZ toenamen, terwijl ze nu stelt dat de zorgstelsels qua kosten niet verschillen?[[6]](#footnote-6) | 19 |  |
|  | •Waarop is de veronderstelling gebaseerd dat gedurende de transitie per jaar 1,5% kosten worden gemaakt? | 20 |  |
|  | Waarom wordt er gekozen voor een onderscheid tussen kleine, middelgrote en grote stelselwijziging? | 20 |  |
|  | En waarom is er niet gekozen voor een verschil in percentages afhankelijk van de grote van de stelselwijziging? | 20 |  |
|  | Kan de technische werkgroep helder maken wat de consequenties zijn als er geen transitiekosten worden meegenomen bij achtereenvolgens kleine-, middelgrote- en grote stelselwijzigingen? | 20 |  |
|  | Wetende dat er in de nieuwe modellen van het CPB transitiekosten aan maatregelen vastzitten; wanneer moeten voorstellen voor een tegenbegroting ingediend worden, willen ze nog meegenomen kunnen worden voor de tegenbegroting? | 20 |  |
|  | Er is een labexperiment uitgevoerd naar gedragseffecten. Echter, de resultaten hiervan zijn niet gebruikt voor de kwantificering van de beleidsopties eigen betalingen. Zijn deze uitkomsten wel gebruikt voor de kwantificering van andere beleidsopties? Zo ja, welke en waarom kunnen de gedragseffecten bij die beleidsopties wel meegenomen worden? | 22 |  |
|  | Er is een labexperiment uitgevoerd naar gedragseffecten. Echter, de resultaten hiervan zijn niet gebruikt voor de kwantificering van de beleidsopties eigen betalingen. Welke gevolgen zou het meenemen van deze resultaten voor de eigen betalingen gehad kunnen hebben? | 22 |  |
|  | Er is een labexperiment uitgevoerd naar gedragseffecten. Echter, de resultaten hiervan zijn niet gebruikt voor de kwantificering van de beleidsopties eigen betalingen. Kan hieruit geconcludeerd worden dat de geraamde opbrengsten van de beleidsopties rondom eigen betalingen een ondergrens weergeven, en hoger zijn wanneer wel rekening gehouden wordt met gedragseffecten? | 22 |  |
|  | De gedrags- en neveneffecten van overhead- en ziekteverzuimnormen die worden benoemd zijn, behalve dat het de kwaliteit van zorg ten goede kan komen, allemaal negatief en spreken van weinig vertrouwen in de organisaties. Op basis waarvan zijn deze gedragseffecten gemeten? Zijn er geen positieve effecten te benoemen? | 24 |  |
|  | Waarom wordt onder overhead niet bijvoorbeeld verstaan de inhuur van externen, papierwerk en ICT? Hoe hoog zijn deze uitgaven in de Wlz gemiddeld? | 24 |  |
|  | De combinatie van maatregelen 006 en 007 leidt tot maatregel 008. Waarom wijken de kosten van maatregel 008 substantieel af van de opgetelde kosten van maatregelen 006 en 007? | 24 |  |
|  | 010Met een investering van 1.4 miljard kan 19.600 FTE werkgelegenheid worden gecreëerd. In de tabel wordt aangegeven wat hiervan de kosten zijn en uitgewerkt wordt dat wellicht niet de hele investering naar banen gaat. Maar levert het plan niet ook geld op? Doordat banen worden gecreëerd wordt op andere posten, bijvoorbeeld uitkeringen en kwaliteit van zorg, toch ook geld bespaard? En zijn opbrengsten meegewogen van besparingen die plaatsvinden, omdat mantelzorgers minder worden overbelast door het creëren van werkgelegenheid? Hoe zijn die opbrengsten meegenomen in de berekening? | 24 |  |
|  | Een voorgestelde maatregel is de korting op de looncomponenten van de macrobudgetten en gereguleerde tarieven. Kan een kwalitatieve inschatting gemaakt worden van de gevolgen hiervan voor de arbeidsmarkt in de zorg en voor de kwaliteit van de geleverde zorg? | 25 |  |
|  | Een voorgestelde maatregel is een korting van 7,5% op de opleidingsbudgetten van medisch specialisten. Hoe kan deze korting in de praktijk worden vormgegeven? Kan dit zonder een inhoudelijke aanpassing aan de opleiding(sduur)? Zo ja, hoe? Zo nee, welke gevolgen voor de kwaliteit van opleidingen heeft een dergelijke korting? | 25 |  |
|  | 011: Hoe komt het percentage van het verloren gaan van 5% van de gezondheid tot stand?  Indien de medische consequenties wel zouden worden beoordeeld, heeft dit een negatief of een positief effect op de kosten? Indien de maatschappelijke consequenties wel zouden worden beoordeeld, heeft dit een negatief of een positief effect op de kosten? Is onderzocht wat de kosten zijn van mensen die een artsenbezoek uitstellen, waardoor een zwaardere en duurdere ziektelast ontstaat? | 26 |  |
|  | 013: Indien de medische en maatschappelijke consequenties van het schrappen van de categorie “voorwaardelijke toelating” zouden worden beoordeeld, heeft dit dan een negatief of een positief effect op de kosten? | 26 |  |
|  | 015: Hoe hoog zijn de medische en maatschappelijke kosten indien vanwege de kosten ouderdomsgerelateerde zorg wordt gemeden op de langere termijn?  Op welke wijze wordt de ouderdomsgerelateerde zorg berekend? Aan de hand van welke criteria en aandoeningen en leeftijdsgrenzen? | 26 |  |
|  | 016: Hoe hoog zijn de medische en maatschappelijke kosten indien vanwege de kosten afgezien wordt van kraamzorg op de langere termijn?  Wat kost opname van moeder en pasgeborene voor vier dagen in het ziekenhuis als alternatief voor kraamzorg?  Wat kost opname van moeder en pasgeborene voor vijf dagen in het ziekenhuis als alternatief voor kraamzorg?  De gezinnen met het hoogste risico moeten een inkomensafhankelijke eigen bijdrage van 75% gaan betalen. Zijn de gezinnen met het hoogste risico niet ook vaak de gezinnen met het minste geld te besteden? Hoe wordt de kans geschat dat de mensen die het hardst de zorg nodig hebben de hoge kosten niet op kunnen brengen en de zorg gaan mijden. Welke risico’s zijn er in deze situatie? | 26 |  |
|  | 021: Hoe hoog zijn de medische en maatschappelijke kosten op de lange termijn indien vanwege een verhoging van het eigen risico met 100 euro, het mijden van medisch noodzakelijk zorg verder toeneemt?  Hoe hoog zijn de medische en maatschappelijke opbrengsten op de lange termijn indien vanwege het verlagen dan wel afschaffen van het eigen risico, het mijden van medische noodzakelijk zorg afneemt? | 26 |  |
|  | 022: Hoe hoog zijn de medische en maatschappelijke kosten op de lange termijn indien vanwege het onder het eigen risico brengen van de huisarts, medische noodzakelijk zorg wordt gemeden?  Wat zijn de consequenties voor de sociaaleconomische gezondheidsverschillen van het onder het eigen risico brengen van de huisarts? Zullen deze toe of afnemen? | 26 |  |
|  | 29: Hoe hoog zijn de medische en maatschappelijke kosten op de lange termijn indien vanwege de eigen bijdrage voor extramurale geneesmiddelen, medisch noodzakelijk zorg wordt gemeden? | 26 |  |
|  | 031: Hoe hoog zijn de medische en maatschappelijke kosten op de lange termijn indien vanwege de eigen bijdrage tandheelkundige zorg, tandheelkundige zorg wordt gemeden? | 26 |  |
|  | 032: Wat zijn de financiële consequenties voor ouderen en chronisch zieken die veel zorg nodig hebben, bij het invoeren van een eigen bijdrage bij verblijf in het ziekenhuis?  Wat zijn berekende meerkosten van te snel ontslag of vertrek van iemand die heropgenomen moet worden? | 26 |  |
|  | Het verder verhogen van de vermogensinkomensbijtelling in combinatie met het vasthouden aan het huidige maximum maandbedrag, leidt ertoe dat een specifieke cliëntengroep de genoemde opbrengst op zal moeten brengen. Kan aangegeven worden over welke inkomens- en vermogenscategorieën deze maatregel gevolgen zal hebben? | 28 |  |
|  | Er wordt gerekend met invoering van een eigen bijdrage voor wijkverpleging, twee specifieke varianten. Wat zou de opbrengst van deze maatregel zijn wanneer de wijkverpleging onder het eigen risico wordt gebracht? | 28 |  |
|  | Kan de technische werkgroep uitgebreider ingaan op de onderzoeksvragen voor het aanbevolen interdepartementaal beleidsonderzoek naar de wijze waarop onderzoeksprogramma’s voor preventiebeleid en gezonde leefstijlmaatregelen moeten worden ingericht? | 31 |  |
|  | Waarom zijn de baten van beleidsoptie 036 (oprichten preventiefonds) en 037 (preventie in het zorgbudget) niet meegenomen in Tabel 7.4? Kan de technische werkgroep een schatting maken van deze baten? | 31 |  |
|  | Waarom zijn de baten van beleidsoptie 036 (oprichten preventiefonds) en 037 (preventie in het zorgbudget) niet meegenomen in Tabel 7.4? Kan de technische werkgroep een schatting maken van deze baten? | 31 |  |
|  | Waarom zijn de gehanteerde bedragen (€ 470 miljoen voor het preventiefonds en € 250 miljoen voor preventie in het zorgbudget) zo hoog als ze zijn en zijn ze bijvoorbeeld niet hoger of lager? | 31 |  |
|  | Bij maatregel 037 wordt een deel van het zorgbudget geoormerkt voor preventie. Wordt hierbij het zorgbudget constant gehouden? Zo ja, leidt dit dan tot een vermindering van de geleverde zorg, aangezien hier minder budget voor beschikbaar is? Zo nee, wordt hierbij dan uitgegaan van een stijging van het zorgbudget, dus ook de zorgpremie en het eigen risico? | 31 |  |
|  | In hoeverre heeft het afschaffen van het verplichte lesuren sport op school geleid naar meer overgewicht en/of andere ziekten onder kinderen? Welke kosten zijn hiermee gemoeid? | 31 |  |
|  | Hoeveel kosten kunnen er bespaard worden als kinderen verplicht 3 uur sportlessen op school krijgen? | 31 |  |
|  | Waarom is er in de beleidsoptie verminderen van ondervoeding en uitdroging niet het onderzoek betrokken waarin gesteld is dat ondervoeding in de zorg jaarlijks 2 miljard euro kost? Hoeveel kosten kunnen bespaard worden met de aanpak van ondervoeding in de zorg? | 31 |  |
|  | Er wordt aangegeven dat zorgverzekeraars, rijksoverheid en gemeenten weinig prikkels hebben om te investeren in effectieve preventieve interventies. Welke prikkels hebben de partijen om te investeren in effectieve preventieve interventies? | 31 |  |
|  | Waarom worden er in analyse van de preventiemaatregelen wel kosten en opbrengsten van andere beleidsterreinen meegenomen maar bij alle andere maatregelen niet? | 31 |  |
|  | Waarom worden mogelijke besparingen als het gaat om voedselverspilling in de ouderenzorg niet meegenomen omdat er ‘geen garantie’ is op daadwerkelijke besparing? Is die garantie er bij alle andere voorstellen wel of is bij alle voorstellen geen besparing meegenomen als die garantie er niet is? | 31 |  |
|  | Klopt het dat uit recent onderzoek van de Universiteit van Wageningen blijkt dat ziekenhuizen met kleine veranderingen de verspilling van voedsel met 2-20% terug kunnen dringen en daarmee 30.000-100.000 euro per jaar kunnen besparen? Zijn hier geen paralellen te trekken met de ouderenzorg? | 31 |  |
|  | 042: In welke gebieden van Nederland ontstaan problemen als een derde van de SEH’s ’s nachts wordt gesloten? Oftewel waar moeten de drie ambulances ingezet worden om de 45-minuten norm te halen?  Wat zijn de bronnen van de gehanteerde cijfers bij de budgettaire effecten van het capaciteitsplan? | 31 |  |
|  | 062: Kan helder uitgelegd worden waarom er geen groeivertraging is toegekend bij een MBI-korting zonder ondersteunende maatregelen? | 32 |  |
|  | 065: Waarom wordt voor de uitvoering 3 jaar uitgetrokken? Kan dit sneller indien er gekozen wordt voor referentielanden waar wel prijslijsten per direct beschikbaar zijn? Hoeveel snellen kan dit en wat zal dan de besparing zijn? | 36 |  |
|  | 066: Wat is het gevolg voor het aantal zorgmijders, betalingsregelingen en wanbetalers indien de eigen betalingen worden verhoogd met 216 dan wel 108 miljoen euro? Wat zijn hiervan de kosten op de langere termijn? | 36 |  |
|  | 071: De variant van de centrale inkoop door de Rijksoverheid wordt niet verder uitgewerkt omdat dit binnen het huidige stelsel niet mogelijk is. Waarom is dat een argument? Vele beleidsopties hebben een relatie of juist antirelatie met ander opties. Nogmaals de vraag wat is de besparing van centrale inkoop van medicijnen door de Rijksoverheid. | 36 |  |
|  | 074: Het verbod op geneesmiddelenreclame en artsenbezoek, is niet doorgerekend omdat dit in strijd zou zijn met bepalingen in de huidige Europese richtlijn. Een richtlijn kan natuurlijk wijzigen. Nogmaals: wat is de besparing van een verbod geneesmiddelenreclame en artsenbezoek? | 36 |  |
|  | 075: Waarom moet er worden gewacht op een nader onderzoek om een indicatie te kunnen geven van de besparing? Evenals bij andere beleidsopties betreft het een “educated guess”. Wat is de besparing indien verspilling tegengegaan wordt wanneer er kleine verpakkingen gebruikt worden en er derhalve minder wordt verspild? | 36 |  |
|  | 076: De maatregel wordt niet verder uitgewerkt omdat deze juridisch niet uitvoerbaar is in het huidige stelsel. Nogmaals: wat is de besparing indien een verplichte jaarlijkse medicatiebeoordeling wel doorgevoerd wordt? Hoe verklaart de werkgroep dat eerdere berekeningen wijzen op een forse besparing van kosten van geneesmiddelen en bijwerkingen door het gebruik van teveel geneesmiddelen? | 36 |  |
|  | Waarop is de aanname voor de bedragen gebaseerd voor scheiden van wonen en zorg? Indien mensen hun wooncomponent zelf betalen moet er toch een financieel voordeel ontstaan? | 38 |  |
|  | 078: Er kan in het algemeen niet worden geconcludeerd dat kleinschalige zorg goedkoper dan wel duurder is. Graag een uitwerking hiervan.  Waarom is er alleen gekeken naar woonvormen van mensen met dementie en gehandicapten met een intensieve zorgvraag?  Welke positieve effecten voor de (gezondheid van de) bewoners van de kleinschalige zorginstellingen zijn meegenomen in de berekening van de budgettaire effecten? | 38 |  |
|  | 079: Waarom is alleen de indicatie door de zorgkantoren in plaats van het CIZ onderzocht en niet de indicatie door de professional?  Wat maakt dat de uitvoeringskosten bij de zorgkantoren 50% hoger ligt dan bij het CIZ? Waar zijn die kosten uit opgebouwd?  Hoe hoog zijn de uitvoeringskosten zijn als de indicatiestelling door de professional worden uitgevoerd? | 38 |  |
|  | 080: Welke bronnen zijn gebruikt in de onderbouwing en uitwerking van deze maatregel? | 38 |  |
|  | Het experiment ERAI liet zien dat het schrappen van (inkoop)regels forse besparingen kan laten zien. Waarom zijn die ervaringen niet meegenomen? | 38 |  |
|  | Waarop zijn deze aannames gebaseerd? Een eerder onderzoek op basis van de motie Van Dijk heeft aangegeven dat er flink te besparen valt bij meerjarige en standaardisering van de zorginkoop. | 38 |  |
|  | Voor het korten op de huishoudelijke verzorging is uitgegaan van twee varianten. Is daarbij onderzocht wat de effecten en de kosten zijn als er nog meer bezuinigd wordt op de huishoudelijke verzorging als het gaat om zorgmijding, vereenzaming, vervuiling, ondervoeding, grotere kans op ongelukken, mensen die op een later moment in beeld komen met een duurdere zorgvraag, een grotere overbelasting onder mantelzorgers en het verlies aan werkgelegenheid? Welke bronnen en onderzoeken zijn gebruikt bij deze berekeningen? | 41 |  |
|  | Op basis waarvan wordt de transitieperiode op 8 jaar geraamd? | 43 |  |
|  | Op basis waarvan worden de transitiekosten 1,5% per jaar geraamd? | 43 |  |
|  | Zijn de transitiekosten in alle vier de verschillende fases van het transitieproces 1,5%? Waar is dat op gebaseerd? | 43 |  |
|  | Op basis waarvan is de duur van verschillende transitiefases bepaald? | 43 |  |
|  | Wat is de procedure om het analysekader transitiekosten toe te passen, aangezien de makers deze niet hebben ontwikkeld?[[7]](#footnote-7) | 43 |  |
|  | Is er gecontroleerd op effecten die door de makers van het analysekader transitiekosten over het hoofd zijn gezien of verkeerd zijn ingeschat, zoals mogelijk geacht door de makers van dat kader?[[8]](#footnote-8) | 43 |  |
|  | Volgens de makers van het analysekader moet het kader nog verder worden aangescherpt, zodat het goed toegepast kan worden. Is dat gedaan en wat is er dan aangescherpt?[[9]](#footnote-9) | 43 |  |
|  | Waarom zijn de enige budgettaire verschillen in alle drie de doorrekeningen de transitiekosten? | 43 |  |
|  | Hoe zit het met structurele effecten als kostenbeheersing en lagere uitvoeringskosten (die wel genoemd worden)? | 43 |  |
|  | Waar is de stelling op gebaseerd dat doelmatigheid per definitie afneemt in een publiek stelsel? Hoe verklaart u dat Canada met een meer publiek stelsel veel lagere kosten heeft dan de VS met een meer concurrentieel stelsel en dat het duurste ter wereld is?[[10]](#footnote-10) | 43 |  |
|  | In elke van de drie beleidsmaatregelen zijn de budgetten beter beheersbaar, waarom is dat niet meegenomen in het effect op de uitgaven? | 43 |  |
|  | Waar is de aanname op gebaseerd dat ingrijpende stelselwijzigingen geen effect hebben op de zorguitgaven, los van de transitiekosten? | 43 |  |
|  | Hoe zit het met de tijd die het kost om een transitie door te voeren en wat waren de transitiekosten bij vorige grote stelselwijzigingen? | 43 |  |
|  | 098: Wat is de onderbouwing van de 5-6 jaar die nodig is voor de implementatie van de beleidsregel?  Hoe is de 8 jaar transitietijd precies opgebouwd? En waarom is dat zo opgebouwd?  Waarom worden besparingen in de uitvoeringskosten wel genoemd, maar niet meegenomen als effect op de zorguitgaven? | 43 |  |
|  | De komende periode wordt aanvullend onderzoek gedaan naar 1. Eigen betalingen in de zorg; 2. Gezonde leefstijl; 3. Instrumentarium volumebeheersing curatieve zorg; 4. Vormgeving Ouderenzorg. Wanneer zijn deze onderzoeken afgerond? | 45 | 46 |
|  | Welke instanties zijn volgens het CPB het meest aangewezen om deze vier onderzoeken uit te voeren, zodanig dat de uitkomsten van die onderzoeken ook meegenomen kunnen worden in Keuzes in Kaart? | 45 | 46 |
|  | Is h et CPB voornemens of bereid om het aanbevolen nadere onderzoek naar de vormgeving van de ouderenzorg uit te voeren, indien het daarvoor de opdracht krijgt? | 46 |  |
|  | In hoeverre zijn de beleidsopties met betrekking tot de ouderenzorg juist te beoordelen, gezien er grote onduidelijkheid is over het inschatten van de budgettaire effecten in de ouderenzorg? Met welke reden zijn deze onduidelijkheden niet onderzocht? | 46 |  |

**Bijlage 3: Technische uitwerking**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr | Vraag | Blz.  van | tot |
|  | Kunt u aangeven waarom het opsporen van fraude percentage lastig is, als andere (onderzoeks)bureaus hier wel in slagen? | 15 |  |
|  | Zijn de bevindingen ‘de verwachting is dat mensen minder vaak naar de huisarts gaan, of langer wachten voordat ze gaan’ gebaseerd op het onderzoek van Van Vliet (2004)? | 57 |  |
|  | Waar is het bedrag van 725 euro op gebaseerd, dat de maatregel (eigen bijdrage per verrichting) budgettair neutraal zou houden? | 61 |  |
|  | Waarom is er gekozen alleen te kijken naar een eigen bijdrage van 10 euro per ligdag voor een maximum van 100 euro per patiënt per jaar, en niet voor meer dagen of een hogere prijs? | 79 |  |
|  | Kunt u vertellen in hoeverre de kosten van de SEH zullen toenemen als men afwijkt van een bezoek aan de HAP? | 81 |  |

1. In ziekenhuizen is te zien dat de betaling per behandeling zorgt voor een sterke groei van het aantal behandelingen. Er zijn dan ook sterke signalen dat de groei is geïnduceerd door de aanbodzijde, door de zorgverleners, omdat deze per behandeling betaald krijgen. Artsen die in loondienst werken hebben niet de prikkel om meer te produceren, dus die doen dat ook minder (P. 26-27). [www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-discussion-paper-208-effect-physician-fees-density-differences-regional-variation-hospital-treat\_0.pdf](http://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-discussion-paper-208-effect-physician-fees-density-differences-regional-variation-hospital-treat_0.pdf) [↑](#footnote-ref-1)
2. SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V. (2015) Transitiekosten stelselwijzigingen in de zorg: P 48 [↑](#footnote-ref-2)
3. SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V. (2015) Transitiekosten stelselwijzigingen in de zorg: P 48 [↑](#footnote-ref-3)
4. SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V. (2015) Transitiekosten stelselwijzigingen in de zorg: P 48 [↑](#footnote-ref-4)
5. SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V. (2015) Transitiekosten stelselwijzigingen in de zorg: P 25-26 [↑](#footnote-ref-5)
6. In de GGZ zijn de kosten toegenomen door te betalen per behandeling. Er is ook een kleine efficiëntie winst, maar de kostentoename is groter (p.23). Het is duidelijk dat zorgverleners in e geestelijke gezondheidszorg reageren op financiële prikkels (p. 25). Patiënten zijn bij behandelaars die betaald krijgen per behandeling gemiddeld 120 euro duurder dan bij behandelaars die gebudgetteerd zijn (p. 21). Het lijkt erop dat behandelaars doorbehandelen totdat een patient in een hoger tarief zit (p. 25). Daar bovenop is het DBC systeem erg fraudegevoelig, omdat de behandelaars zelf de DBC’s invullen. Dit kan ook nog hogere kosten als gevolg hebben.

   [www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/dp292-unintended-effects-reimbursement-schedules-mental-health-care.pdf](http://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/dp292-unintended-effects-reimbursement-schedules-mental-health-care.pdf) [↑](#footnote-ref-6)
7. SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V. (2015). Transitiekosten stelselwijzigingen in de zorg: p. 48 [↑](#footnote-ref-7)
8. SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V. (2015). Transitiekosten stelselwijzigingen in de zorg: p. 48 [↑](#footnote-ref-8)
9. SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V. (2015). Transitiekosten stelselwijzigingen in de zorg: p. 47 [↑](#footnote-ref-9)
10. http://www.pnhp.org/publications/nejmadmin.pdf [↑](#footnote-ref-10)