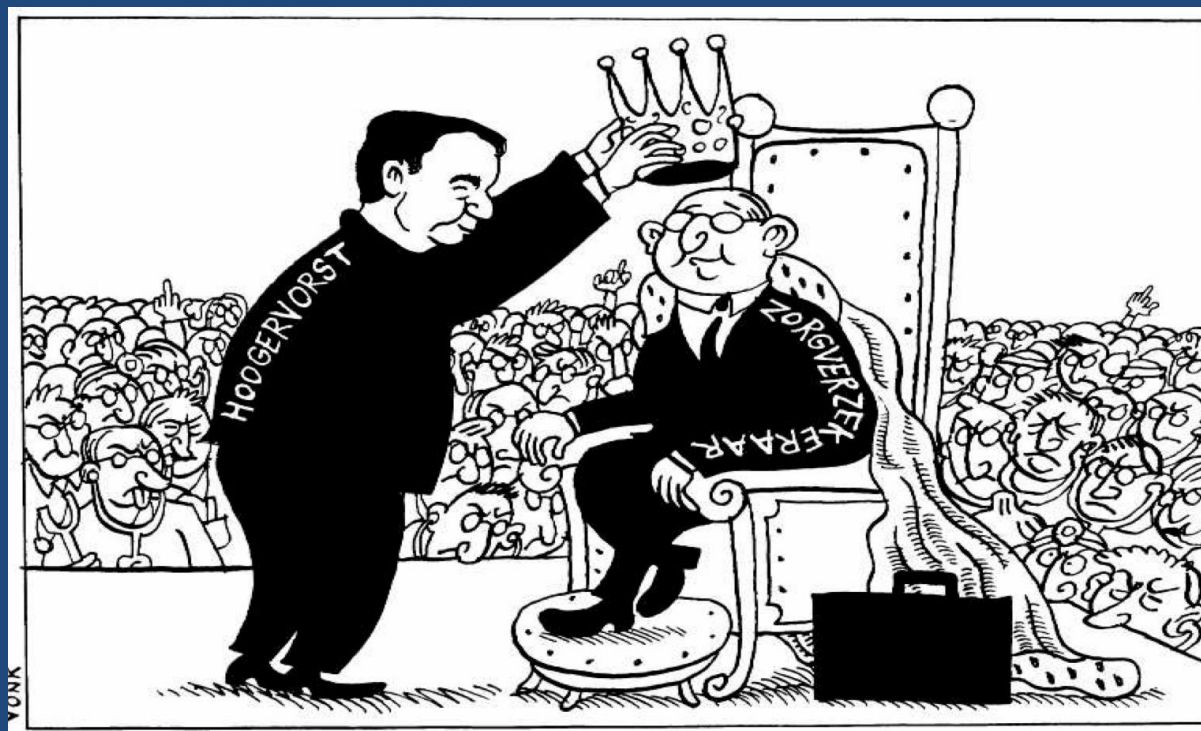




HOE VERDER MET HET ZORGSTELSEL?

Uw spreker

2

1982 – 1987

- Economie (UvA)

1987 – 1996

- Onderzoeker en promovendus (VU)

1996 – 2008

- Centraal Planbureau

2008 – nu

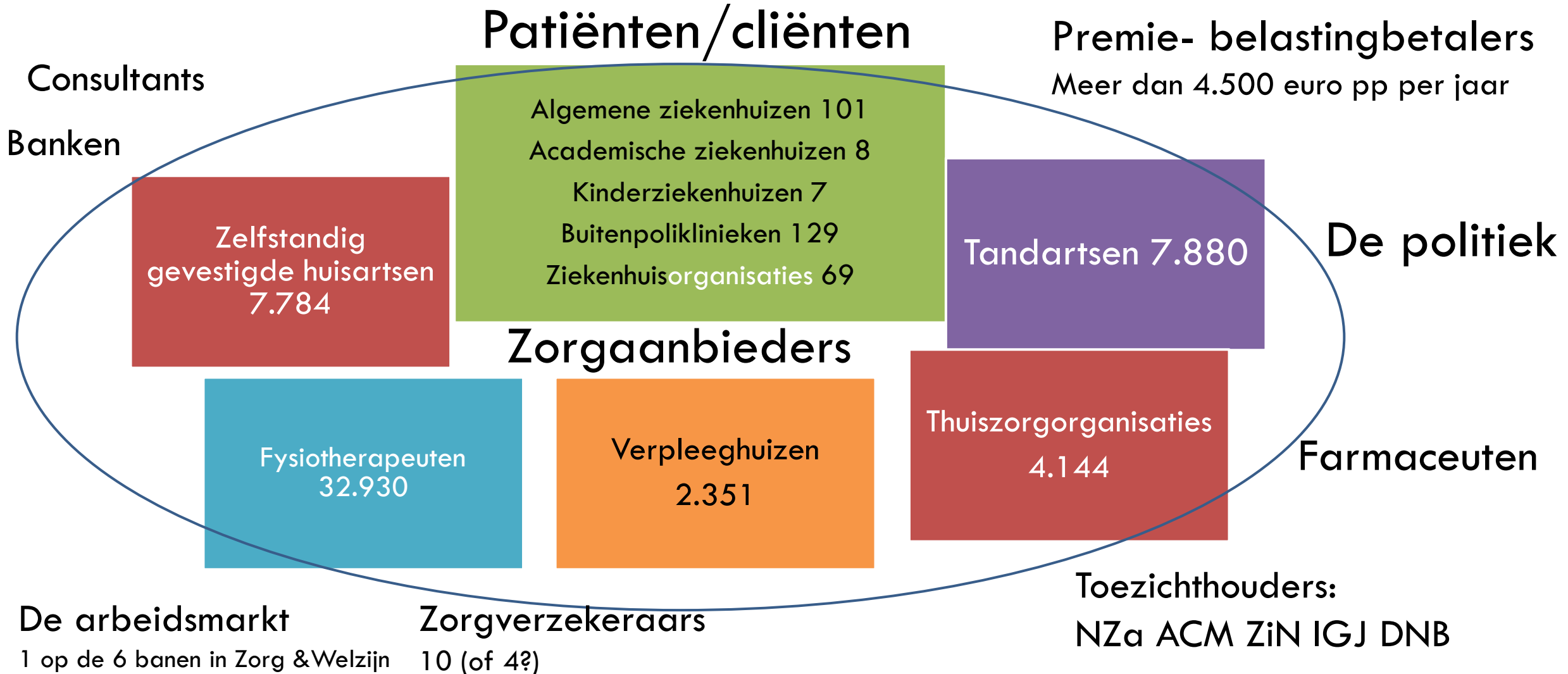
- Zelfstandig adviseur gezondheidseconomie



Het zorgstelsel raakt ons allemaal

(in ieder geval in de portemonnee)

3



Aandeel Zorg & Welzijn in totale werkgelegenheid schommelt rond 17%

waarvan ongeveer een kwart (300.000) medisch geschoold (BIG-geregistreerd)

4

Banen in de bedrijfstak zorg en welzijn

x 1 000

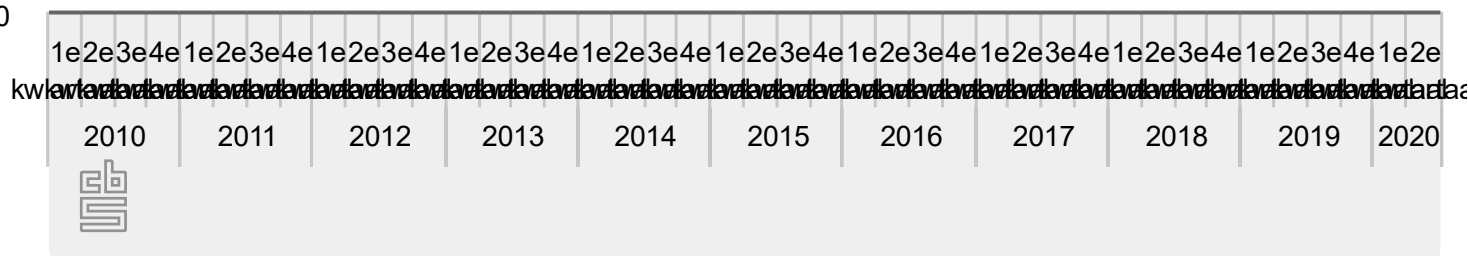
1 500

1 400

1 300

1 200

1 100



Niets is belangrijker dan de zorg (hoewel het klimaat in de buurt komt)

5

Peil.nl: Volgorde van belang politieke thema's naar huidig stemgedrag

	Allen	VVD	CDA	D66	CU	GrL	PvdA	PvdD	SP	FvD	PVV	50+
Zorg	1	2	3	3	1	2	1	3	1	4	2	2
Klimaat	2	5	2	2	3	1	3	1	4	7	12	13
Immigratie	3	3	6	12	11	10	14	7	10	1	1	4
Onderwijs	4	8	1	1	2	3	2	4	2	11	11	11
Europese Unie	5	4	5	4	12	9	7	6	12	3	5	12
Koopkracht	6	6	11	7	7	8	8	11	3	9	8	3
Woningbouw	7	7	4	6	6	5	4	10	5	10	9	10
Belastingdruk	8	1	8	11	13	11	13	5	13	8	7	5
Multiculturele samenleving	9	15	13	5	10	4	10	9	11	2	4	8
Democratie	10	10	7	10	4	12	5	13	7	5	10	9
Bestrijding criminaliteit	11	9	10	15	8	14	11	12	14	6	3	7
Pensioenen	12	12	12	13	5	13	9	14	8	12	6	1
Arbeidsmarkt	13	11	14	8	9	7	6	8	6	14	15	14
Dierenwelzijn	14	14	15	9	15	6	12	2	9	15	13	6
Defensie	15	13	9	14	14	15	15	15	15	13	14	15

Peiling van 29 februari 2020

Waar ik niks over ga zeggen: preventie & Covid: valt buiten 'het stelsel'

6

ESB, 106(4794), 18 februari 2021

Een minister van gezondheid, leefstijl en leefomgeving graag

Maar voor welke vragen staat nu de komende minister van VWS? De doorgeschoten marktwerking rechtzetten (kernpunt verkiezingsprogramma van, jawel, de VVD)? Een nieuw stelsel ('tuurlijk, SP)? Hogere lonen voor verpleegsters (breed applaus – en o ja, de premies moeten omlaag en het eigen risico afgeschaft)? Verhogen van de capaciteit van de acute zorg? Het benutten van *machine learning* voor het verbeteren van de vereveningssystematiek?

Ik denk niets van dat alles. Onze zorg doet het best goed. (Her en der kan het wat beter, en de langdurige zorg is nogal duur, maar dat lijkt vooral een culturele keuze.) Veel van de bekende zorgdiscussies zijn een beetje gerommel in de marge, met de ambitie om een goede voorziening toch goed te houden.

Er is echter één flagrante uitzondering. Het grootste maatschappelijk vraagstuk van de zorg, tevens het vraagstuk dat te weinig aandacht krijgt, is de ongelijkheid in gezondheid en levensverwachting (Pharos, 2019; RIVM, 2018).

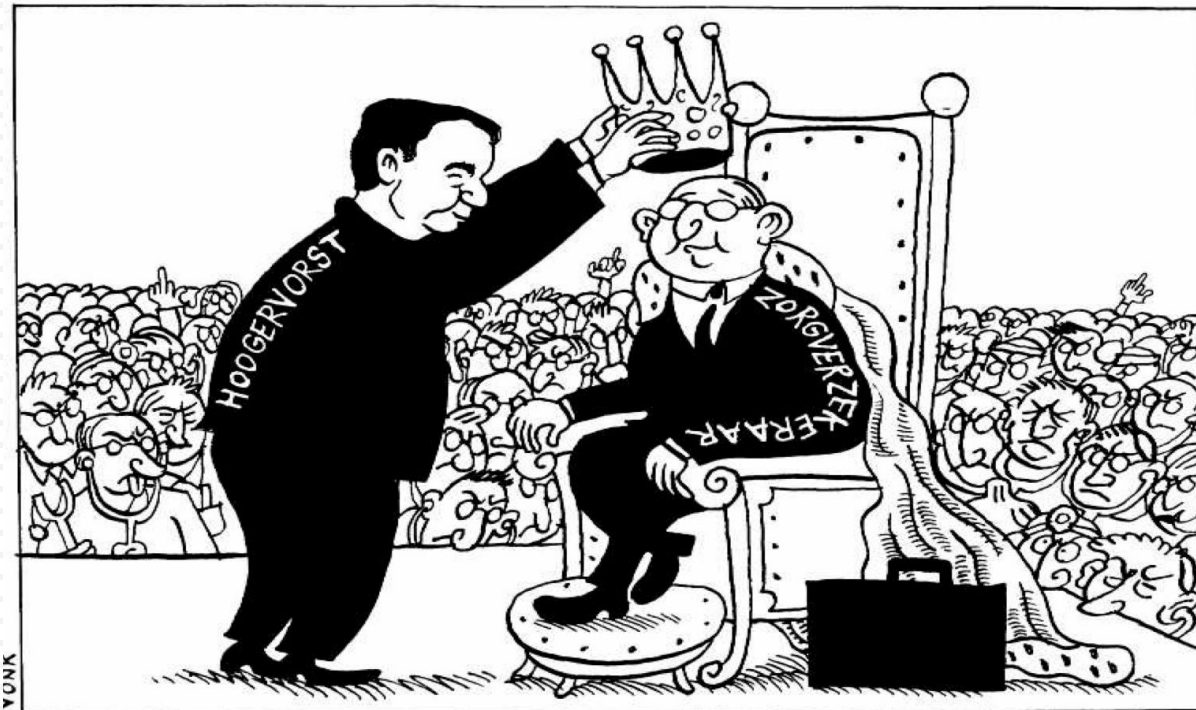


HUGO KEUZENKAMP

Zelfstandig adviseur in de zorg
(momenteel onder andere werkzaam
voor het Rode Kruis Ziekenhuis
te Beverwijk)

In plaats van een minister van Behandeling (*cure*) en een minister van Verzorging (*care*), hebben we een minister nodig van Gezondheid, Leefstijl en Leefomgeving. De portefeuille van zo'n minister wordt complex; lastiger dan het bestrijden van een pandemie. Maar eigenlijk best een leuke baan, terwijl het tij gunstig is. 'Bemoeizorg' introduceren (leefstijl ter discussie stellen, en een gezondere leefstijl mogelijk maken) is een zinnvollere breuk met het neoliberalisme dan het afschaffen van de vermeende marktwerking in de zorg. De leefomgeving verbeteren voor mensen met lage opleiding of laag inkomen heeft grotere impact op de V van volksgezondheid dan het opschalen van de intensive care. En een *suikertaks* zou een groter effect op de oversterfte hebben dan een avondklok.

Zeer korte geschiedenis van het huidige zorgstelsel

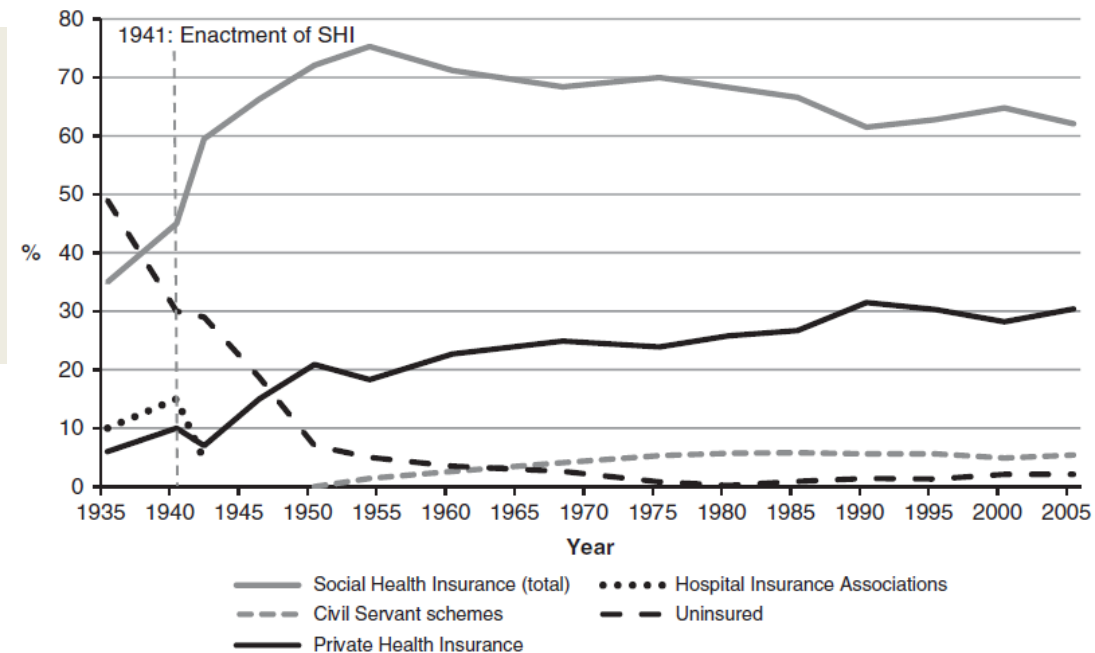


Nederland: late overheidsrol zorgverzekering

8

In the period between 1900 and 1940 [...] a political majority of conservative liberals, orthodox Protestants and Catholics supported the view that **health insurance was not the duty of the government**. Unlike most European countries, the Netherlands therefore did not introduce state-regulated social health insurance.

In November 1941, the German occupying authorities issued the Sickness Funds Decree, which established a mandatory social health insurance scheme for **wage earners**.



Vonk, Robert AA, and Frederik T. Schut. "Can universal access be achieved in a voluntary private health insurance market? Dutch private insurers caught between competing logics." *Health Economics, Policy and Law* 14.3 (2019): 315-336.

Figure 1. Share of the Dutch population (in %) insured under social and private health insurance, 1935–2005.

Geschiedenis van het stelsel: 4 fasen

1940-1970: Universele toegang via sociale ziektekostenverzekering

- 1941: Ziekenfondswet (verplichte werknemersverzekering tot inkomensgrens)
- 1968: AWBZ (langdurige zorg), inmiddels overgaan in WMO, WLZ en ZVW

1970-2000: Kostenbeheersing via aanbod- en prijsregulering

- 1971: Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV)
- 1981: Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG)
- 1995: Budgettair Kader Zorg (BKZ)

2006-2012: Gereguleerde marktwerking

- 2006: Zorgverzekeringswet (ZVW): regelt de basispolis → zie verderop
- 2006: Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG): regulering

2012-nu: Gereguleerde marktwerking + herregulering

- 2012: Macro-beheersinstrument (MBI) in de WMG en eerste hoofdlijnenakkoorden (HLAs)

De lange aanloop naar marktwerking

10



Plan Dekker (1987)
(op verzoek van Lubbers, CDA)



Plan Simons (PvdA, 1990)

“De mening heeft postgevat dat een regelende, plannende en bevoogdende overheid op alle niveau’s terug zou moeten treden ten gunste van een beheersmodel waarbij de staat bevordert en voorwaarden schept en de gezondheidszorg zelf de zaken regelt.”

Commissie-Dekker, Bereidheid tot verandering, (1987)

Hoogervorst (VVD, 2006)



Huidige stelsel = eigenlijk plan Simons (al noemt niemand het zo)

11

Redactioneel

De geest van hans simons

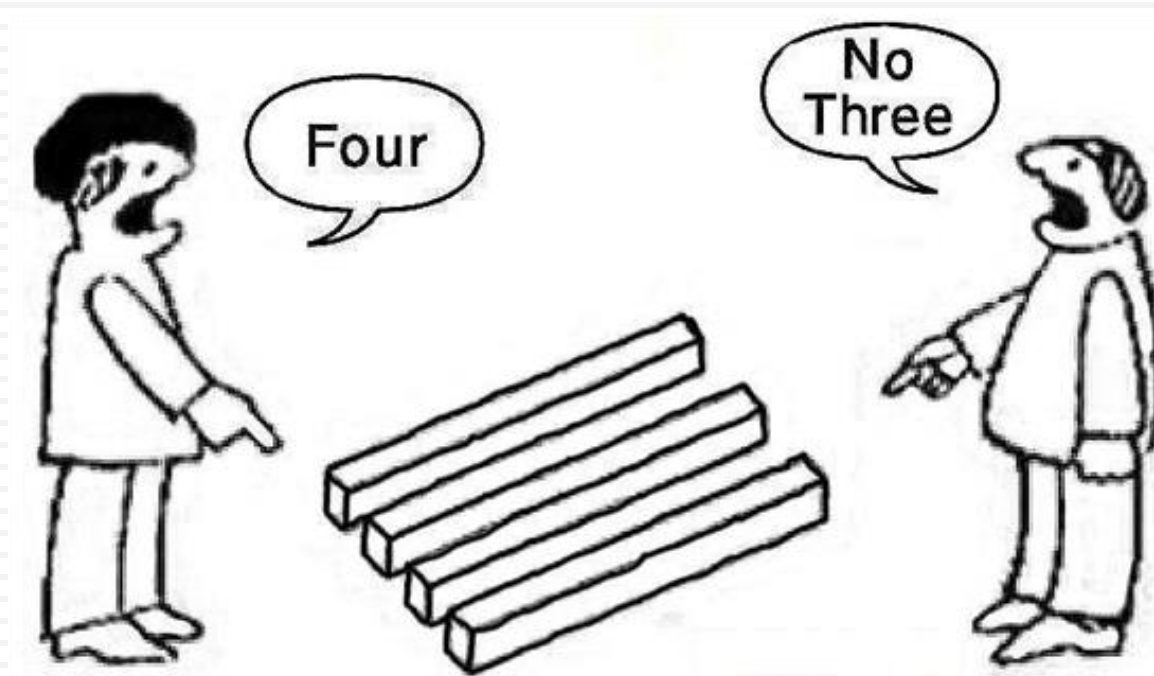
**DE GROENE
AMSTERDAMMER**

15 juli 1998 – verschenen in **nr. 29**

Welgeteld één keer heeft een sociaal-democratisch bewindspersoon het genoeg mogen smaken om een groots en meeslepend plan voor de gezondheidszorg te presenteren. Dat was staatssecretaris Hans Simons, die daarvoor als ‘politiek supertalent’ in 1989 speciaal uit Rotterdam mocht overkomen. Welbeschouwd was zijn plan grotendeels voorgekookt door een commissie onder leiding van voormalig Philips-topman Wisse Dekker, die toch zelden op sociaal-democratische sympathieën is betrappt. Maar goed, **aan Simons komt inderdaad de politieke eer toe van de introductie van marktwerking in de gezondheidszorg, waarbij hij als grand design ook nog een voor iedereen verplichte, stevige volksverzekering voorstelde.**

Daar liep echter, onder aanvoering van toenmalig VNO-voorzitter Rinnooy Kan, heel kapitaalkrachtig Nederland tegen te hoop. Simons hield als ware sociaal-democraat dapper zijn poot stijf, totdat hij uiteindelijk bemerkte dat hij door vriend en vijand in de steek werd gelaten. Moegestreden droop hij voortijdig af naar het vertrouwde Rotterdam.

Het zorgstelsel nu: zoveel mensen zoveel meningen



De mening van ex-minister Hoogervorst

13

INTERVIEW

'Vader' Zorgverzekeringswet kijkt tevreden terug

Hans Hoogervorst is zeer tevreden over het nieuwe zorgstelsel dat hij in 2005 als minister van Volksgezondheid door het parlement loodste. 'Verzekeraars concurreren op prijs en kwaliteit.'

Gerard Reijn 30 december 2015, 2:00



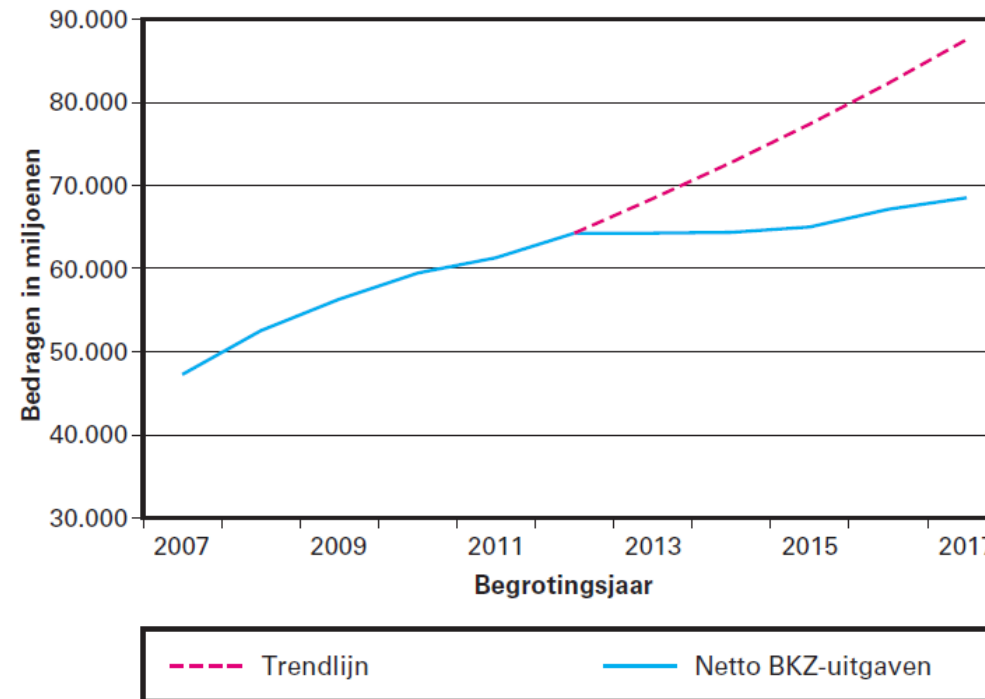
De mening van (veel) zorgaanbieders

14



De mening van ex-minister Schippers

Figuur 2 Ontwikkeling van de netto-BKZ-uitgaven 2007-2017.



“Eén van de belangrijkste doelstellingen van het kabinet is om de ontwikkeling van de zorguitgaven op een houdbaar pad te brengen. Op basis van de nu bekende gegevens is deze doelstelling bereikt.”

Bron: Begroting 2017 VWS

De mening van de directeur van het Centraal Planbureau



“Het huidige stelsel van gereguleerde marktwerking heeft sterkere prikkels nodig om de juiste zorg op de juiste plaats aan te bieden: dichtbij huis waar het kan, gespecialiseerd waar noodzakelijk. Hetzelfde geldt voor het slimmer verdelen van taken tussen, bijvoorbeeld, huisartsen en ziekenhuizen. En voor het investeren in digitale oplossingen. Dit alles wordt nog steeds geremd door **schotten in de bekostiging en het inkoopbeleid**. De krappe arbeidsmarkt maakt een oplossing nog noodzakelijker: zonder ontschotting en innovatie zijn er niet genoeg mensen voor al het werk in de zorg.”

“..de zorg drukt als een budgettair koekoeksjong andere uitgavencategorieën uit het nest van de rijksbegroting.”

ZORG

Markt is ideale zondebok voor zorgproblemen

Minister De Jonge van Volksgezondheid heeft de aanval geopend op de 'doorgeslagen marktwerking' in de zorg. 'Concurrentie in de zorg is belangrijker geworden dan samenwerking', stelt hij. De Jonge pleit voor minder markt en meer samenwerking. Economen waarschuwen dat je niet alle problemen in de zorg kunt afschuiven op de markt. Meer samenwerking is volgens hen goed bij specialistische zorg; bij eenvoudige zorg is concurrentie gezond.

 **PAGINA 10**



De mening van Rotterdamse zorgeconomen

GEZONDHEIDSZORG

Zorgstelsel spoort
nog onvoldoende aan tot
goede kwaliteit

Ondanks de geboekte progressie is er nog steeds een groot gebrek aan adequate openbare en betrouwbare informatie over kwaliteit van zorg. Het programma Zichtbare

ESB Gezondheidszorg



ERIK SCHUT

Hoogleraar aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam

**RICHARD
VAN KLEEF**

Universitair docent
aan de Erasmus Uni-
versiteit Rotterdam

**WYNAND
VAN DE VEN**

Hoogleraar aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam

De mening van de RIVM-zorgeconoom

19

“Kunnen we verder met het **huidige stelsel**, en volstaat vereenvoudiging van de bekostiging, of moeten we de **nationalisatie van de zorgverzekering** in overweging nemen?”

Moeten we vooral investeren in **preventie**, in het bijzonder door het roken uit te bannen, of moet er veel meer ingezet worden op “beter niet meten”, de vermindering van diagnostiek, het tegenhouden van onnodige apparatuur en het bestrijden van **verspilling en verdringing?**”

De dokter en het geld: Artsen (her-)berekenen de kosten van de zorg, Marcel Levi (red.), 2016



Johan Polder (RIVM)

De mening van Vrij Nederland

20

■ Nederland is welvarender dan ooit, maar in de gezondheidszorg is daar verrassend weinig van te merken. De wachtlijsten groeien, de bureaucratie neemt toe, het personeelstekort óók. Is er nog wel plaats voor wie ziek, zwak of gebrekkig is? VN vroeg zijn lezers naar hun pijnlijke en hilarische belevenissen in Medisch Centrum Nederland. Deze week: over onbegrijpelijke regels en gekmakende procedures.

De gezondheidszorg is keurig geregeld in Nederland: voor elke handeling bestaan nauw

6 MEI 2000 NUMMER 18 NEDERLAND f7,25 BELGIË BFR 140



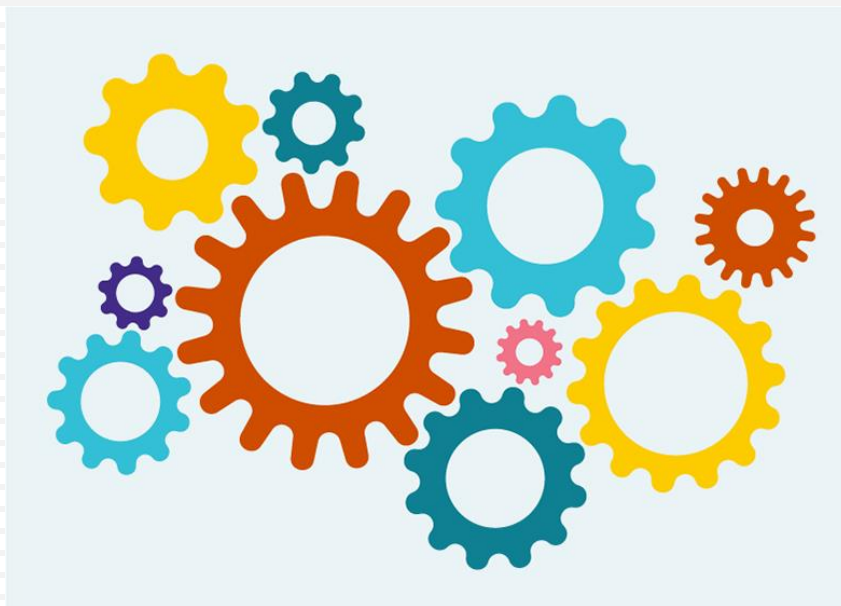
„Think for yourself and question authority.“

— Timothy Leary

<https://www.youtube.com/watch?v=AJkY0iFFNd8>

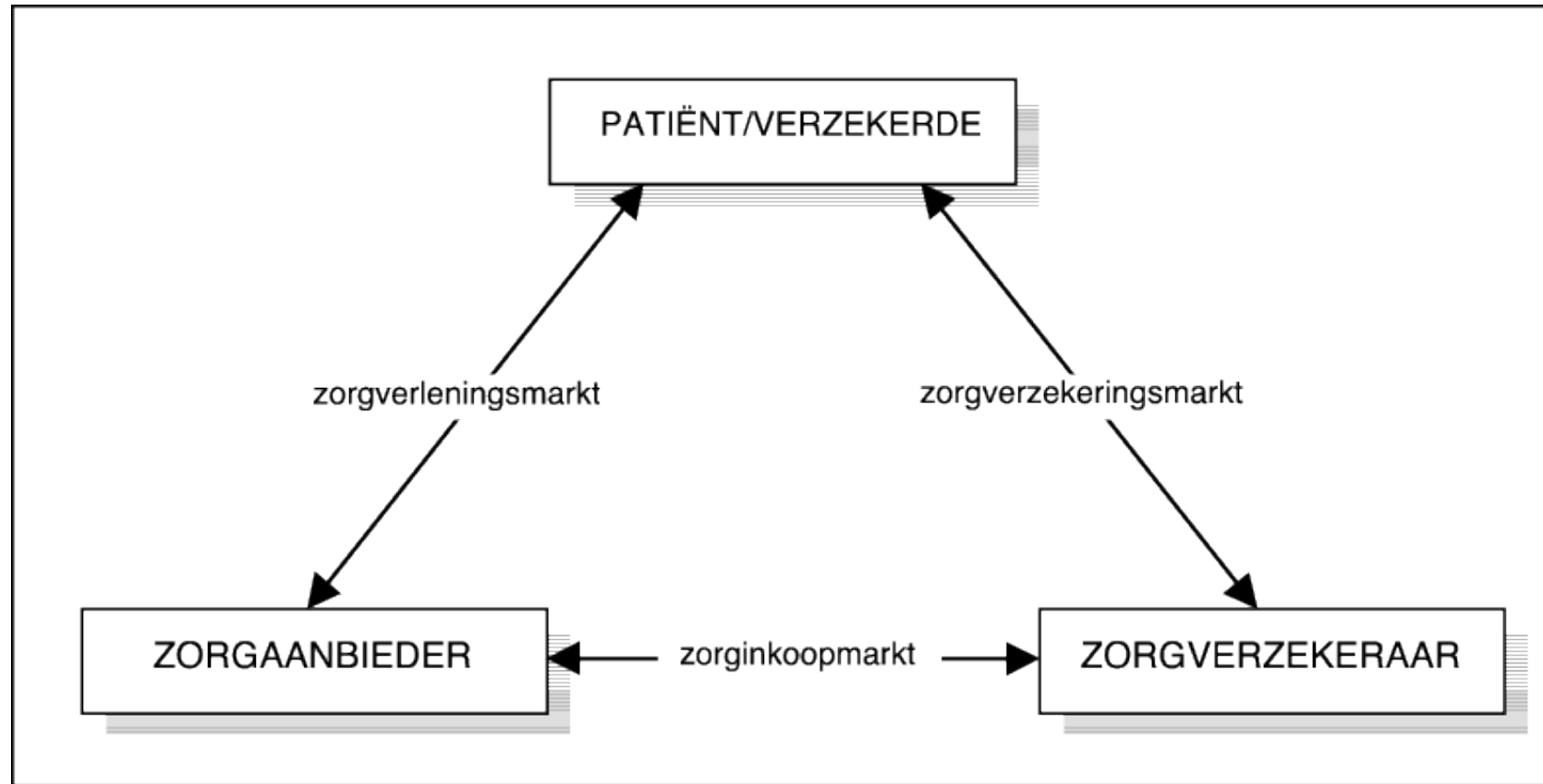
Basispolis en aanvullende polis

Gereguleerde markt versus vrije markt



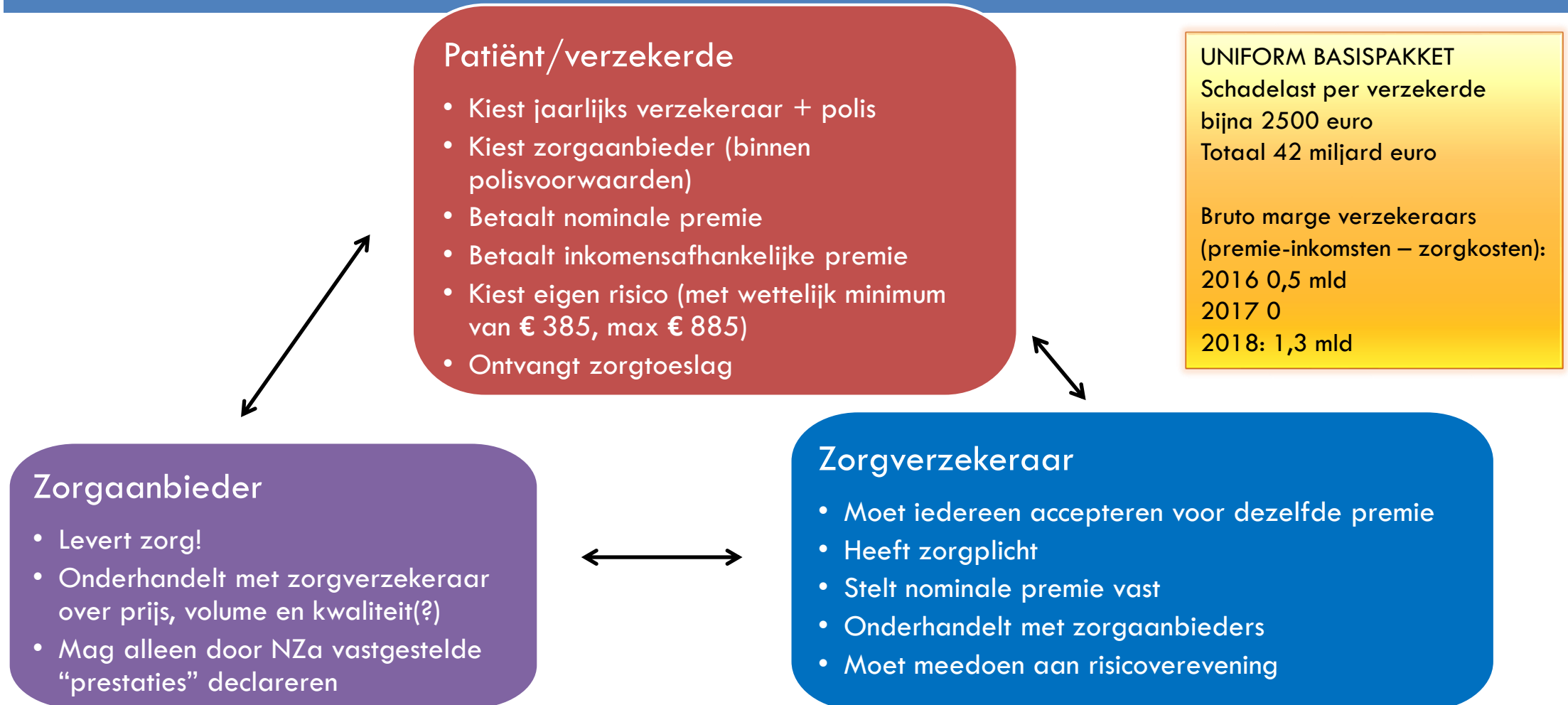
De drie belangrijkste markten in de zorg

24



De basispolis van de Zvw: markt én (veel) regulering

25



Basispolis: twee doelen regulering

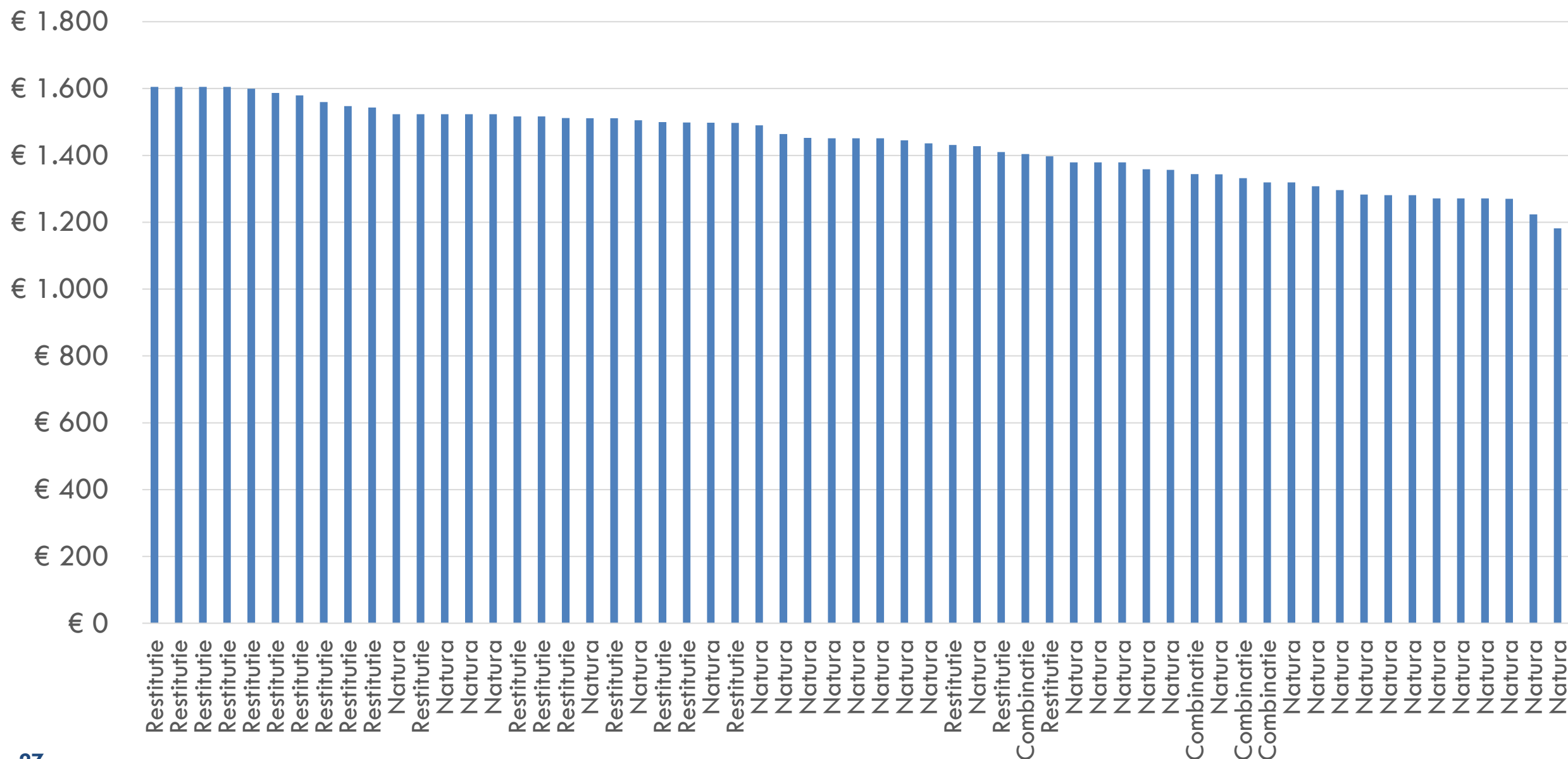
Regulering gericht op solidariteit

- Verbod op premiedifferentiatie naar risico: iedereen betaalt de zelfde premie voor dezelfde polis
- Nominale premie én inkomensafhankelijke premie (7% van het inkomen tot € 58.311, dus max. €4.000)
- Inkomensafhankelijke zorgtoeslag (4,5 mln personen in 2018*)
- Verzekeringsplicht voor iedereen (200.000 personen onverzekerd in 2020)

Regulering nodig om de markt te laten werken

- Acceptatieplicht voor verzekeraars: je mag niemand weigeren
- Wettelijk vastgesteld basispakket
- Risicoverevening (zie later): zorgt voor *level playing field* tussen verzekeraars

Jaarpremie basisverzekering: 1 200 – 1 600 euro



Bron: <https://www.vektis.nl/actueel/jaarcijfers-zorgverzekeraars-2019>

Natura / restitutie

28

- Ga je met een **naturaverzekering** naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan krijg je niet je hele rekening vergoed. Je krijgt dan een percentage van het marktconform bedrag
 - ▣ dat percentage mag niet te laag zijn: zie hierna, vrije artsenkeuze
 - ▣ marktconform: gemiddelde tarief van alle aanbieders
- Als je met een **restitutieverzekering** naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat, krijg je het *marktconform* bedrag helemaal vergoed.

Basispolis: de grote vier: 15 mln van 17 mln verzekerden samen bijna 90% marktaandeel

29

Aantal verzekerden 4 grootste concerns

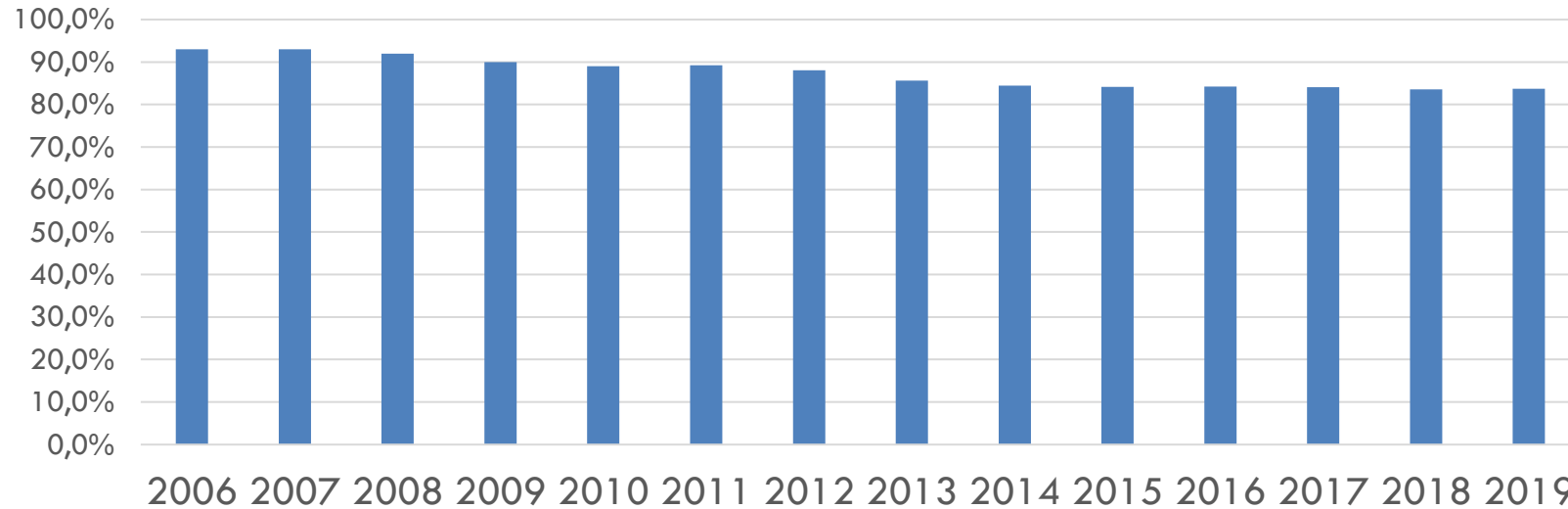
Achmea
5 miljoen
verzekerden

VGZ
4 miljoen
verzekerden

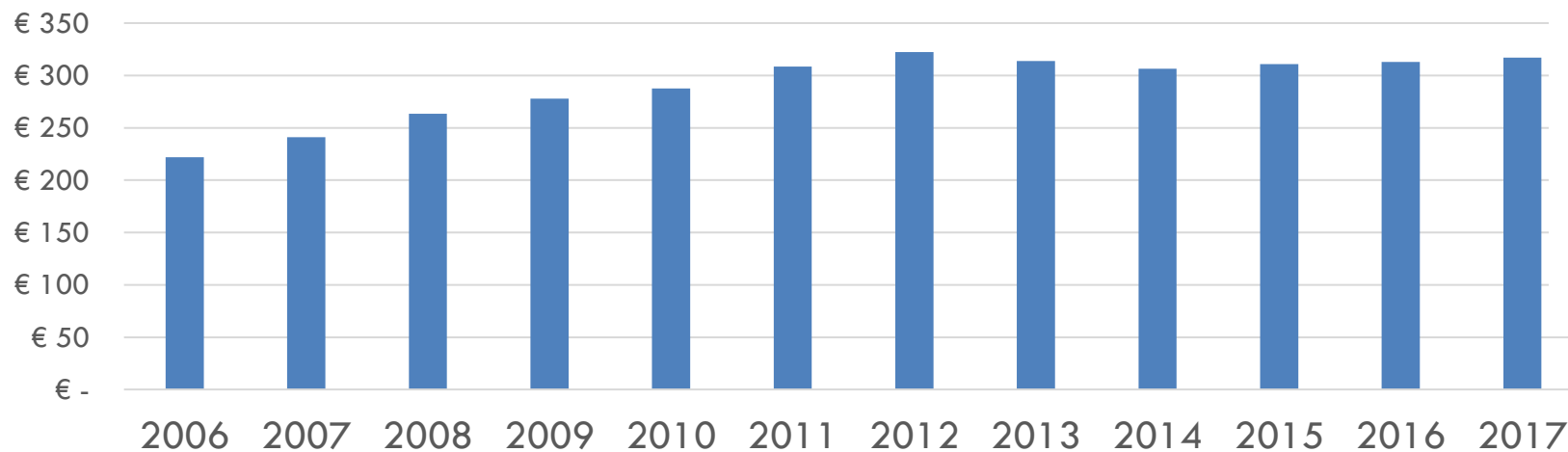
CZ
3,5 miljoen
verzekerden

Menzis
2,3 miljoen
verzekerden

Aanvullend verzekerd



Gemiddelde jaarpremie per aanvullend verzekerde



Figuur 72

Tandheelkundige en paramedische zorg samen goed voor driekwart van de vergoedingen aanvullende verzekering



46%

Tandheelkundige zorg

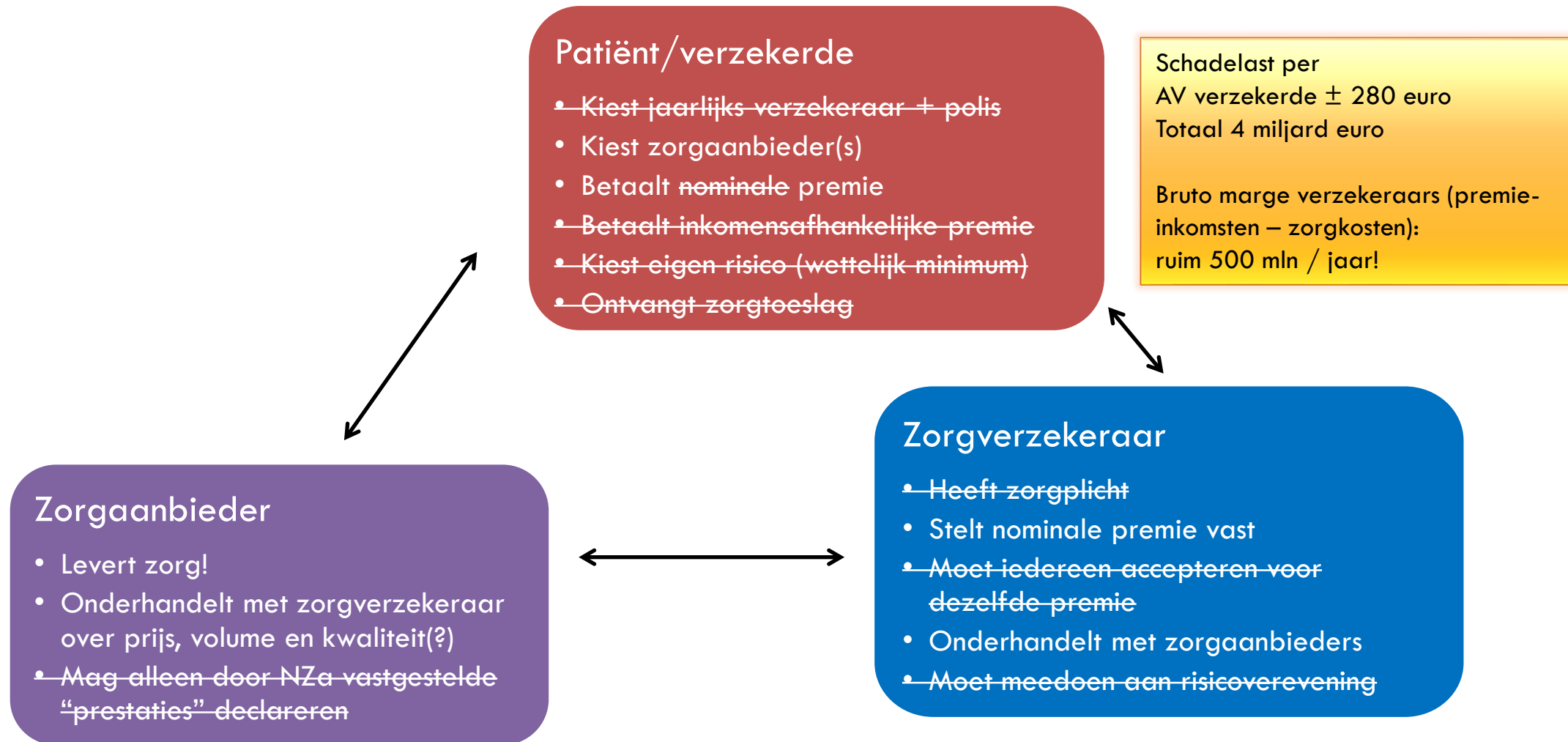


29%

Paramedische zorg

De (lucratieve) aanvullende polis: vrije markt

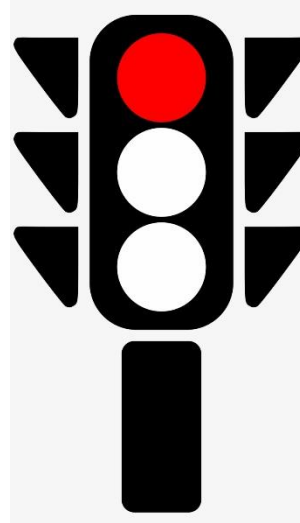
31



Is inmiddels voldaan aan de randvoorwaarden om het stelsel goed te laten werken?

CPB Document

'Wij van het CPB' vonden in 2003 van niet



No 28

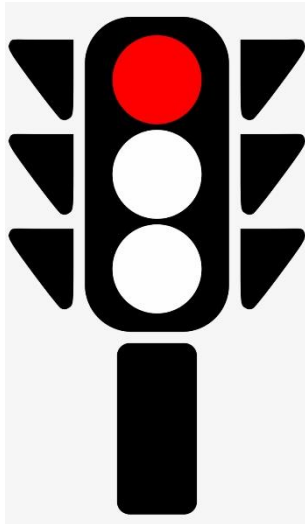
Januari 2003

Zorg voor concurrentie

een analyse van het nieuwe zorgstelsel

Randvoorwaarden volgens het CPB in 2003

33



CPB Document

No 28

Januari 2003

Zorg voor concurrentie

een analyse van het nieuwe zorgstelsel



Nog
steeds
niet aan
voldaan

Inmiddels
aan
voldaan

De baten van concurrentie zijn alleen te realiseren als er **voldoende concurrenten** zijn. De **huidige concentratietendens**, zowel bij verzekeraars als ziekenhuizen, dient zo **snel mogelijk te worden ingeperkt**.

Het **vereveningsysteem** kan risicoselectie voor een belangrijk deel tegengaan, maar perfect is zo'n systeem niet. Daarom is **aanvullend beleid nodig om risicoselectie tegen te gaan**.

De kwaliteit van zorg kan toenemen als gevolg van meer concurrentie. Toch dreigt ook **kwaliteitsverlies**, omdat patiënten veelal de **kwaliteit** van zorg niet goed kunnen bepalen.

Andere randvoorwaarden (niet genoemd in CPB 2003)

35

Nog
steeds
niet aan
voldaan

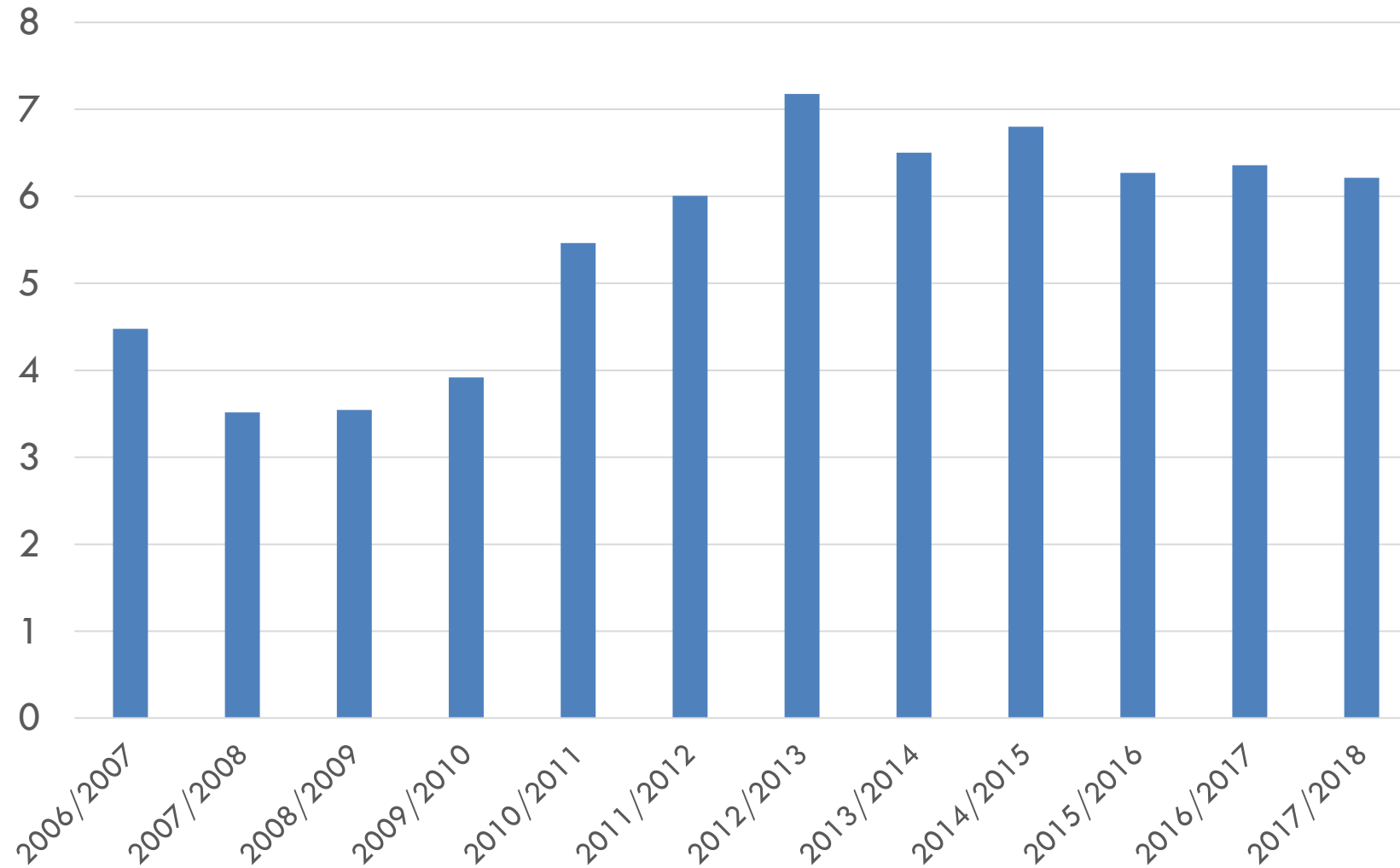
Inmiddels
aan
voldaan

Verzekeraars moeten **selectief kunnen inkopen**, art 13 Zvw
(hinderpaalcriterium), belemmert dat

Verzekeraars moeten risicodragend worden

Concurrentie op de polismarkt

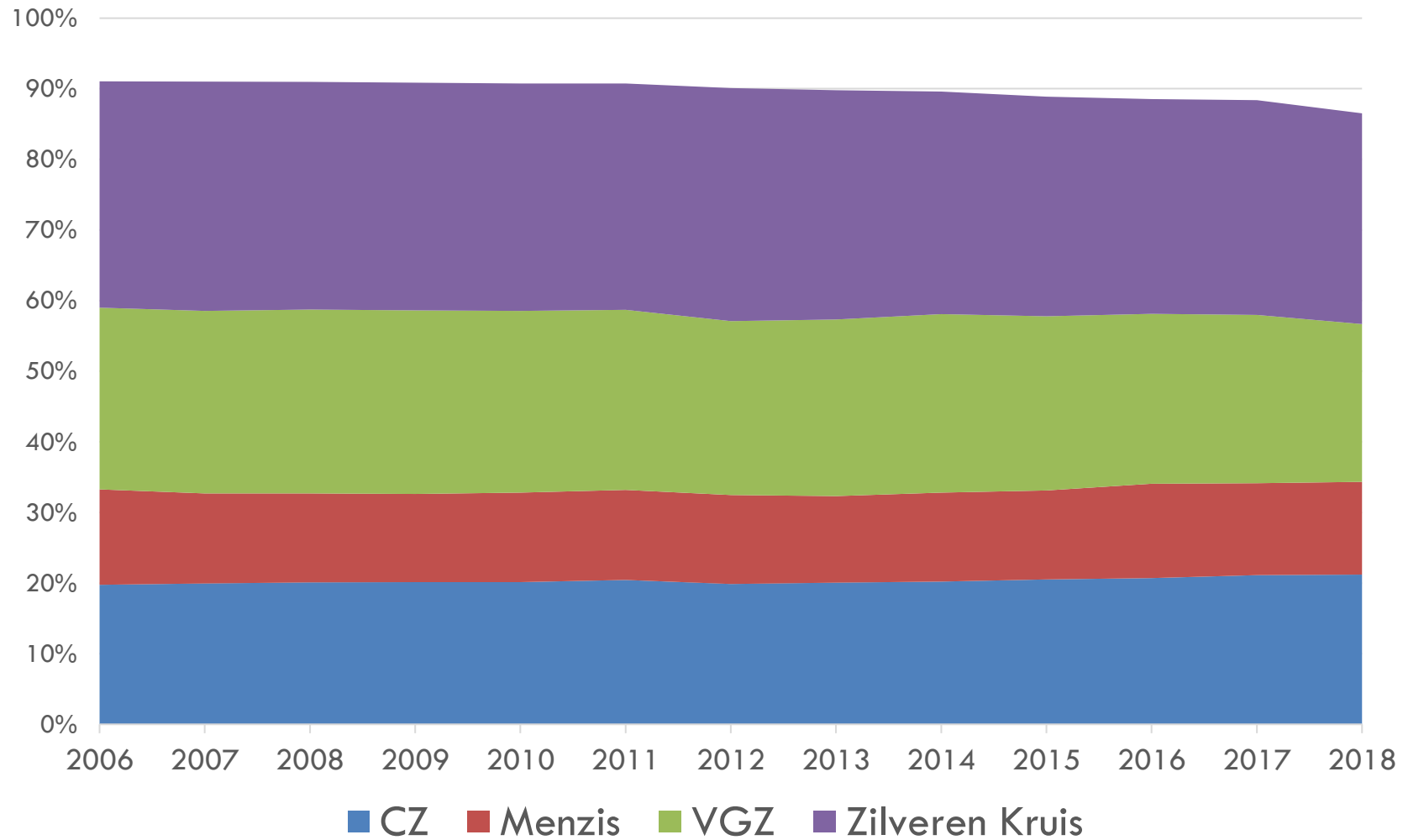
Basisverzekering: Percentage overstappers per jaar



4 grote concerns

Concern	Zorgverzekeraar
Zilveren Kruis	Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.
	De Friesland Zorgverzekeraar N.V.
	FBTO Zorgverzekeringen N.V.
	Interpolis Zorgverzekeringen N.V.
	OZF Zorgverzekeringen N.V.
	Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.
a.s.r.	a.s.r. Basis Ziektelastverzekeringen N.V.
CZ	Delta Lloyd Zorgverzekeringen N.V.
	OHRA Ziektelastverzekeringen N.V.
	OHRA Zorgverzekeringen N.V.
	OWM CZ Groep Zorgverzekeraar U.A.
DSW/SH	OWM DSW Zorgverzekeraar U.A.
	OWM Stad Holland Zorgverzekeraar U.A.
Eno	Eno Zorgverzekeraar N.V.
iptiQ	iptiQ Life S.A.
Menzis	AnderZorg N.V.
	Menzis Zorgverzekeraar N.V.
ONVZ	ONVZ Ziektelastverzekeraar N.V.
VGZ	IZA Zorgverzekeraar N.V.
	VGZ voor de Zorg N.V.
	N.V. Univé Zorg
	N.V. Zorgverzekeraar UMC
	VGZ Zorgverzekeraar N.V.
Zorg en Zekerheid	OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.

Marktaandelen basispolis



Verzekeraars gebruiken reserves om premies te verlagen: dat wijst op stevige concurrentie

39

Exploitatieresultaat basisverzekering per verzekerde 18+ (in euro's)

	2014	2015	2016	2017
Premies en vereveningsbijdrage	2.675	2.818	2.810	2.902
Zorguitgaven	-2.557	-2.774	-2.854	-2.919
Bedrijfskosten en schadebehandelingskosten	-96	-95	-92	-86
Opbrengst beleggingen	31	13	14	15
Subtotaal resultaat boekjaar (incl. ramingen)	53	-38	-122	-88
Mee- en tegenvallers ten opzichte van de ramingen in voorgaande jaren	92	113	67	-19
Vrijval voorziening lagere premie huidig jaar	38	98	140	108
Voorziening lagere premie volgend jaar	-99	-141	-109	-42
Exploitatieresultaat	84	32	-23	-41

Bron: Zorgverzekeraars, Jaarcijfers basisverzekering

“De zorgverzekeraars hebben in 2016 en 2017 verlies gemaakt op de basisverzekering. Dit komt onder andere doordat zorgverzekeraars de toename in zorguitgaven niet volledig vertalen naar een premiestijging, maar het tekort aanvullen vanuit hun financiële reserves. Dit doen ze al enige jaren. Met de inzet van reserves kunnen zorgverzekeraars de stijging enkel enigszins beperken. Er is steeds minder ruimte voor teruggave (in de solvabiliteit zelf maar ook uit de resultaten); hiermee komt de premie dichterbij de werkelijkheid.”

Bron: Nza, Monitor
Zorgverzekeringen 2018

Tabel 1. Tabel met fusies tussen 2011 en 2014. De kolommen LOCI (%) en WTP (%) geven twee schattingen van de prijsstijging als gevolg van de fusie.

Fusie	Jaar	LOCI (%)	WTP (%)	Beslissing ACM
Reinier Haga – Langeland	2014	1.7	1.3	Ja
Isala – Noorderboog	2014	9.7	6.4	Ja
St Antonius – Zuwe Hofpoort	2013	5.4	4.2	Ja
Bronovo – Haaglanden	2013	11.2	9.1	Ja
Lievensberg – St Franciscus	2013	8.6	8.5	Ja
Haga – Reinier de Graaf	2013	8	6	Ja
Leveste – Refaja	2012	3.9	2.8	Ja
OLVG – Lucas Andreas	2012	7.9	5.5	Ja
Schiedam – St Franciscus ZH	2012	4	4	Ja
Spaarne – Kennermerland	2012	14.8	14.3	Ja, PP
Orbis – Atrium	2012	6	6	Ja, PP
Tweesteden – St Elisabeth	2012	28.3	28.1	Ja, PP
Noorderbreedte - Tjongerschans	2011	3.3	3	Ja

Marktaandeel van ruim 10%

Er zijn in 2018 ongeveer driehonderd klinieken, met een marktaandeel van ongeveer 4% van de markt voor ziekenhuiszorg. Hun importantie groeit langzaam doch gestaag. Huisartsen verwijzen hun patiënten steeds vaker door naar een zbc. Bij een aantal specialismen, zoals orthopedie, dermatologie en oogheelkunde, is het marktaandeel meer dan 10%.

FD, 15 september 2018

Wat belemmert verdere groei van de zbc's?

'De totale kosten van de zorg mogen niet of nauwelijks stijgen. Dus als de klinieken snel groeien omdat de patiënt voor hun zorg kiest, gaat dit ten koste van het traditionele ziekenhuis. Ik begrijp het wel, verzekeraars kunnen niet opeens hele afdelingen in de reguliere ziekenhuizen leeg laten staan. De druk vanuit de samenleving om de ziekenhuizen met een compleet zorgaanbod open te houden is groot. Toch zou het verstandig zijn op termijn de planbare zorg te verschuiven naar de zbc's. Het geldt dat bespaard wordt, kan dan aan complexe zorg en dure medicijnen worden besteed.'

Risicoverevening (niet perfect maar geen reden voor zorg)

42

Risicoverevening zorgt dat ook chronisch zieken of anderen met hoge verwachte zorgkosten winstgevend zijn voor zorgverzekeraars

Verzekeraar 1



Zorgverzekeringsfonds,
gevuld met
inkomsensafhankelijke
premies

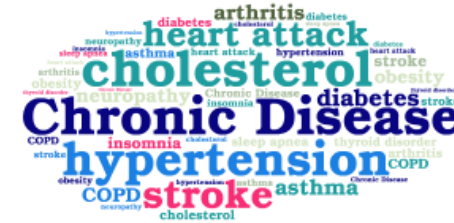
Ontvangt weinig



Ontvangt veel

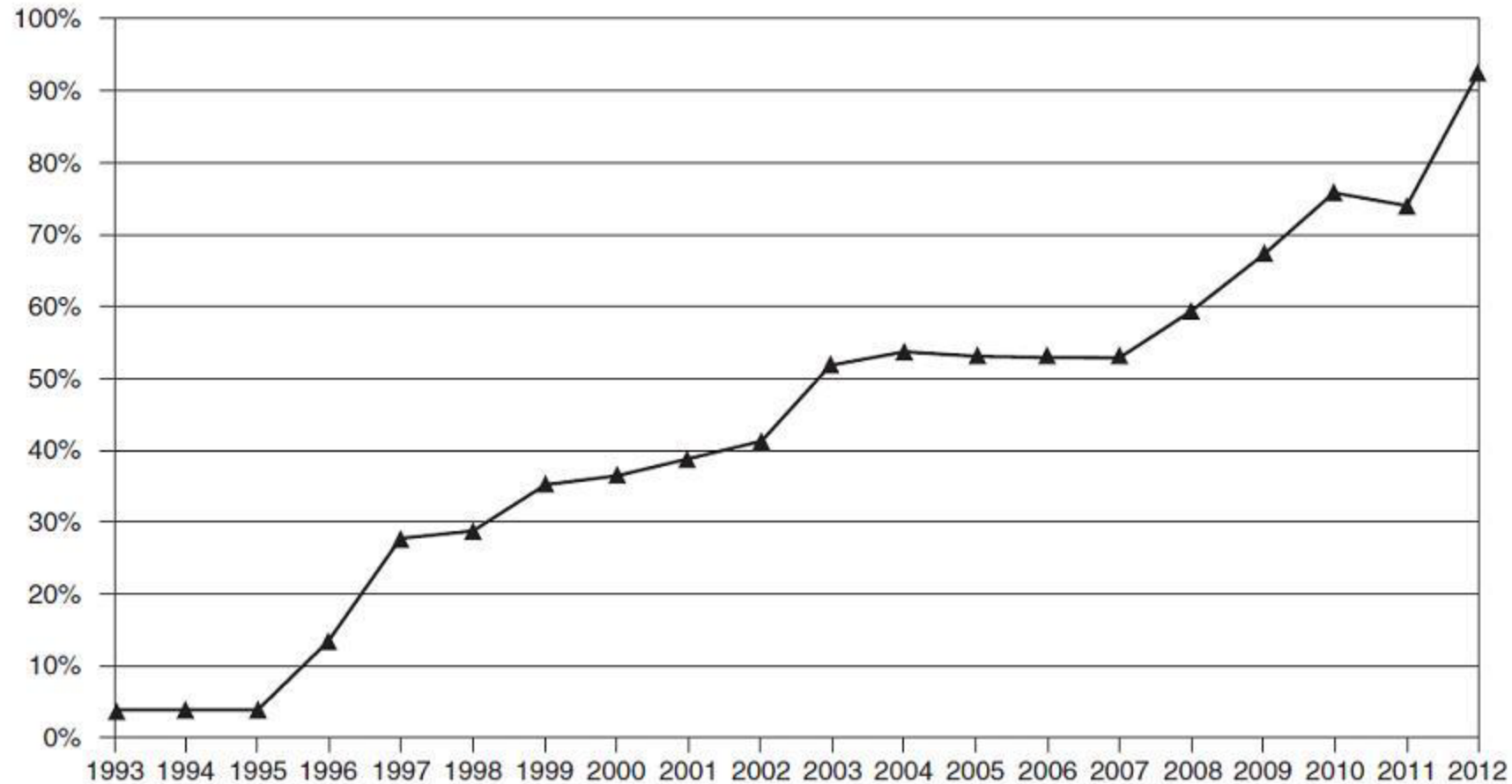


Verzekeraar 2



Risicoverevening verzwakt de prikkel voor zorgverzekeraars om te investeren in (primaire) preventie

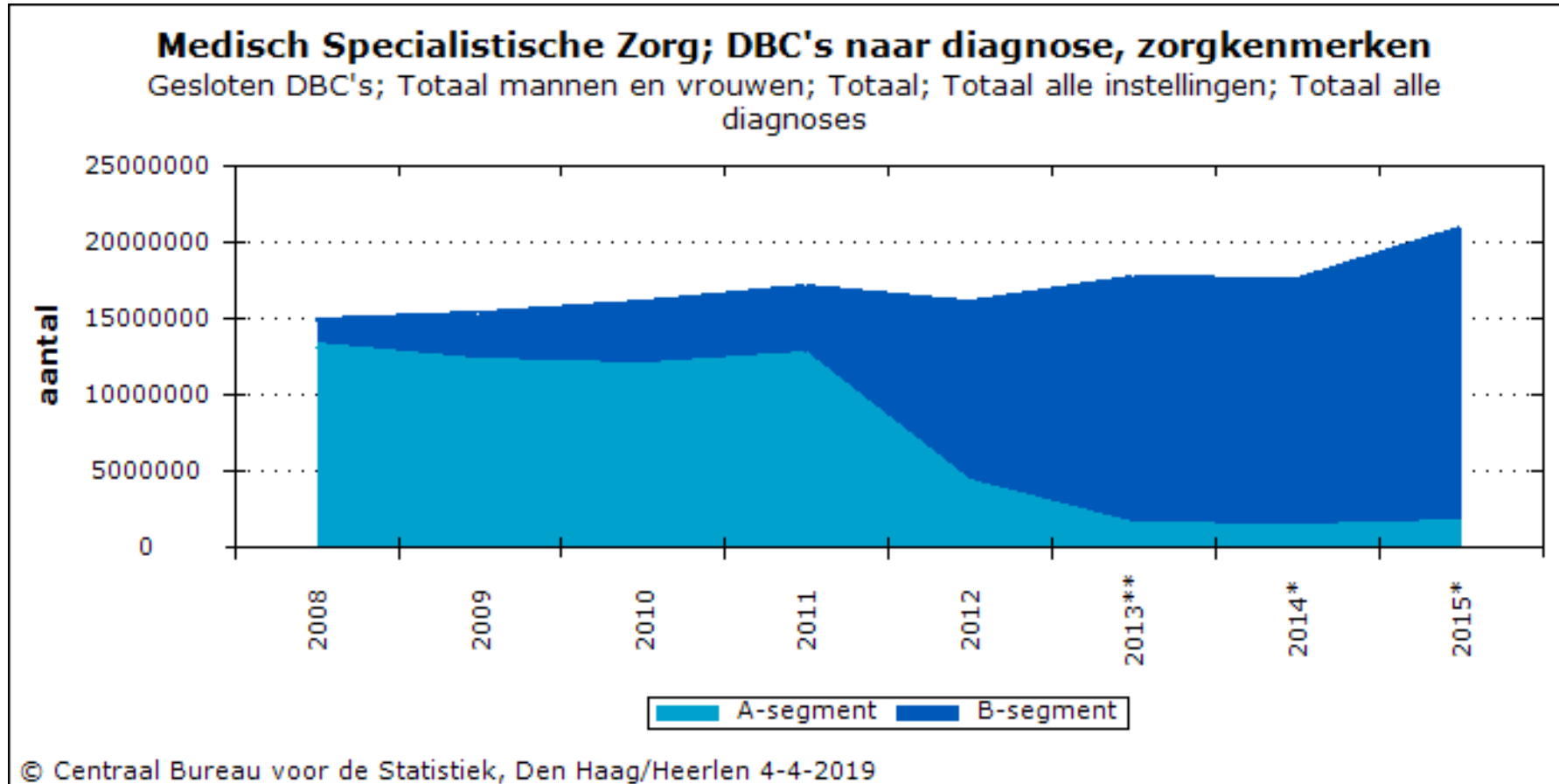
Daarom moet je preventie 'buiten het stelsel om' regelen



Bron: eigen berekeningen van de auteurs

Figuur 1 Gemiddeld financieel risico van zorgverzekeraars (exclusief bandbreedteregeling; onder veronderstelling van macronacalculatie)

Bron: Van Kleef e.a. (2012), 'Risicoverevening tussen zorgverzekeraars', *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 90(5): 312-326



Kwaliteitsinformatie voor de patiënt

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 juli 2014

“Maar ondanks al die inspanningen is de transparantie die bruikbaar is voor patiënten eigenlijk nog onvoldoende op orde. De patiënt heeft nog niet het inzicht dat nodig is om te kunnen kiezen. Want het meten van kwaliteit blijkt moeilijk. Veel moeilijker dan we 10 jaar geleden dachten.”



Contents lists available at ScienceDirect

Health Policy

journal homepage: www.elsevier.com/locate/healthpol

46

Managed competition in the Netherlands: Do insurers have incentives to steer on quality?

Karel C.F. Stolper^{a,*}, Lieke H.H.M. Boonen^b, Frederik T. Schut^a, Marco Varkevisser^a^a Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus University Rotterdam, P.O. Box 1738, 3000 DR Rotterdam, The Netherlands^b Equalis, Jaarbeursplein 6, 3521 AL Utrecht, The Netherlands

There is ample evidence that quality so far has only played a limited role in insurer-provider negotiations [4–6,8]. One of the explanations is the lack of a clear, transparent and broadly accepted take on quality of care. There is limited consensus on appropriate quality indicators and measurement methods and the required data are often not publicly available. But it is not clear if this lack of consensus and transparency can fully explain the limited role of quality in contractual negotiations between insurers and providers. A key question thus is whether insurers experience sufficient incentives to steer on quality.

Uitgangspunt bij start stelsel (en nog steeds):
Als kwaliteitsinformatie voor verzekerden/patiënten (VP) ontbreekt,
concurreren verzekeraars alleen op prijs

2021: Nog steeds ontbreekt goede kwaliteitsinfo voor de VP

4 mogelijke scenario's

Kwaliteit te laag,
maar dat weten we
niet, want goede
kwaliteitsinfo ontbreekt

Kwaliteit op peil:
VP kiest op basis
van **tevredenheid**
en dat is een
goede **proxy** voor
zorginhoudelijke
kwaliteit

Kwaliteit op peil:
verzekeraars
contracteren
weliswaar op prijs,
maar **kosten en**
kwaliteit gaan
hand in hand

Kwaliteit op peil:
Kwaliteitsprikkel komt
van **intrinsieke**
motivatie
zorgaanbieders /peer
pressure

Selectief inkopen door zorgverzekeraars

48

Vrije artskenkeuze: artikel 13 lid 1 van de Zvw

“Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.”

Selectief inkopen door zorgverzekeraars

Art. 13 Zorgverzekeringswet en het hinderpaalcriterium

CB 2014-136 Geplaatst op 18 augustus 2014 door [Karlijn Teuben](#)



HR 11 juli 2014, [ECLI:NL:HR:2014:1646](#) (CZ/Stichting Momentum)

[Art. 13 lid 1 Zorgverzekeringswet](#) moet aldus worden uitgelegd, dat de door de zorgverzekeraar in het geval van een naturopolis te bepalen vergoeding voor de kosten van niet-gecontracteerde zorgaanbieders niet zo laag mag zijn dat die daardoor voor de verzekerde een **feitelijke hinderpaal** zou vormen om zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder van zijn keuze te wenden. Dat dit 'hinderpaalcriterium' niet als een eis van Unierecht uit het arrest Müller-Fauré (HvJEU 13 mei 2003, C-359/99) kan worden afgeleid, noch volgt uit de Richtlijn patiëntenrechten, doet daaraan niet af. Tot het thans aanhangige voorstel tot wijziging van art. 13 Zvw zijn beslag heeft gekregen, maakt het hinderpaalcriterium nog deel uit van art. 13 lid 1 Zvw.

Selectief inkopen door zorgverzekeraars

•50

Rechtzaak

- In de zaak Momentum-CZ heeft de rechtbank geoordeeld dat een vergoeding van minder dan 75-80% in strijd is met het zogeheten hinderpaalcriterium
- In hoger beroep bevestigd
- Hoge Raad (7 juli 2014): hinderpaalcriterium van toepassing op hoogte vergoeding die zorgverzekeraar betaalt voor niet gecontracteerde zorg

75-80% niet in beton gegoten

- Ook bij vergoeding van 80% of zelfs 99% kan verzekerde naar rechter stappen, uitkomst onzeker

Hinderpaalcriterium verzwakt onderhandelingspositie zorgverzekeraars (?)

51

Hoge vergoeding niet-gecontracteerde zorg belemmert zorginkoop

**DANIËLLE
DUIJMELINCK**

*Promovendus aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam (ten tijde
van schrijven)*

**WYNAND
VAN DE VEN**

*Hoogleraar aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam*

Door het verwerpen van het wetsvoorstel hoeven zorgaanbieders niet bang te zijn dat zonder contract hun omzet fors daalt. Hierdoor hebben zorgverzekeraars een zwakke onderhandelingspositie en wordt de kern van de hervormingen van de afgelopen 25 jaar aangetast. Ook blijft de juridische onzekerheid bestaan hoe hoog de minimumvergoeding voor niet-gecontracteerde zorg precies moet zijn opdat geen sprake is van een hinderpaal. Uit de uitspraak van de Hoge Raad (2014) in de zaak tussen zorgverzekeraar CZ en een verslavingskliniek blijkt dat een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg van minder dan 75 procent van het gebruikelijke tarief in die specifieke casus een feitelijke hinderpaal voor verzekerden vormde om niet-gecontracteerde zorgaanbieders te raadplegen. Maar uit de uitspraak blijkt niet of bij hoge zorgkosten tachtig of negentig procent vergoeding wel voldoende hoog is. Bij een ziekenhuisbehandeling van 25.000 euro vormt een vergoeding van 96 procent waarschijnlijk een hinderpaal voor een alleenstaande bijstandsvader, omdat hij dan duizend euro zelf moet betalen. Omdat de vergoedingsbeperking voor alle verzekerden op een polis gelijk moet zijn, zijn polissen met hoogstens tachtig procent vergoeding voor niet-gecontracteerde ziekenhuiszorg waarschijnlijk in strijd met het hinderpaalcriterium. De meerderheid van de bevolking heeft nu zo'n polis. Ongetwijfeld zullen meer rechtszaken volgen.

Probleem speelt ook bij inkoop huisartsenzorg door zorgverzekeraars



Home Uw situatie Uitspraken en nieuws Registers **Organisatie en contact** Voor

[College van Beroep voor het bedrijfsleven](#) > [Nieuws](#) > CBb: NZa mag vrije huisartsenkeuze niet belemmeren

CBb: NZa mag vrije huisartsenkeuze niet belemmeren

Den Haag, 01 december 2015

De Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH) heeft bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven beroep (CBb) ingesteld tegen de Tariefbeschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg voor het jaar 2015.

Voor basiszorg geldt sowieso een contracteerplicht (abonnement plus consult)
Deze rechtszaak gaat over ketenzorg, innovatie en e-health

“Verder heeft het CBb gewezen op het recht van de verzekerde patiënt om zich te wenden tot de huisarts van zijn keuze. Dat brengt met zich mee dat de huisarts alle zorg (binnen redelijke grenzen) waar de betrokken verzekerde behoefte aan heeft zal dienen te verrichten. Iedereen moet een arts kunnen kiezen die hij vertrouwt. Dat beginsel wordt gefrustreerd als de gekozen arts bepaalde behandelingen niet in rekening mag brengen. Hij zal die prestatie dan ook niet willen leveren.”

“De NZa stelde dat huisartsen die voor een bepaalde prestatie geen contract met een verzekeraar hebben, in elk geval het algemene bedrag voor een consult of een visite in rekening zouden kunnen brengen. Maar het CBb merkt op dat een huisarts volgens de Wet marktordening gezondheidszorg niet mag declareren voor een andere prestatie dan hij verricht heeft. **Daarom vindt het CBb dat de NZa in strijd met artikel 13 van de Zorgverzekeringswet handelt als zij een contractvereiste in de Tariefbeschikking opneemt. Op dit punt heeft het CBb het beroep daarom gegrond verklaard.**”

Kortom: het beeld...

53



En de “feiten...”

54

Huisartsen en ziekenhuizen staan sterker dan gedacht

Edith Loozen, Erik Schut en Marco Varkevisser
Gisteren, 20:30



Vanwege hun vermeende machtspositie wordt zorgverzekeraars de rol van zorginkoper niet altijd in dank afgenomen. Huisartsen en ziekenhuizen staan echter sterker in de onderhandelingen met zorgverzekeraars dan doorgaans wordt aangenomen. Deel van het probleem is de Autoriteit Consument & Markt (ACM) die onvoldoende greep heeft op de sector.

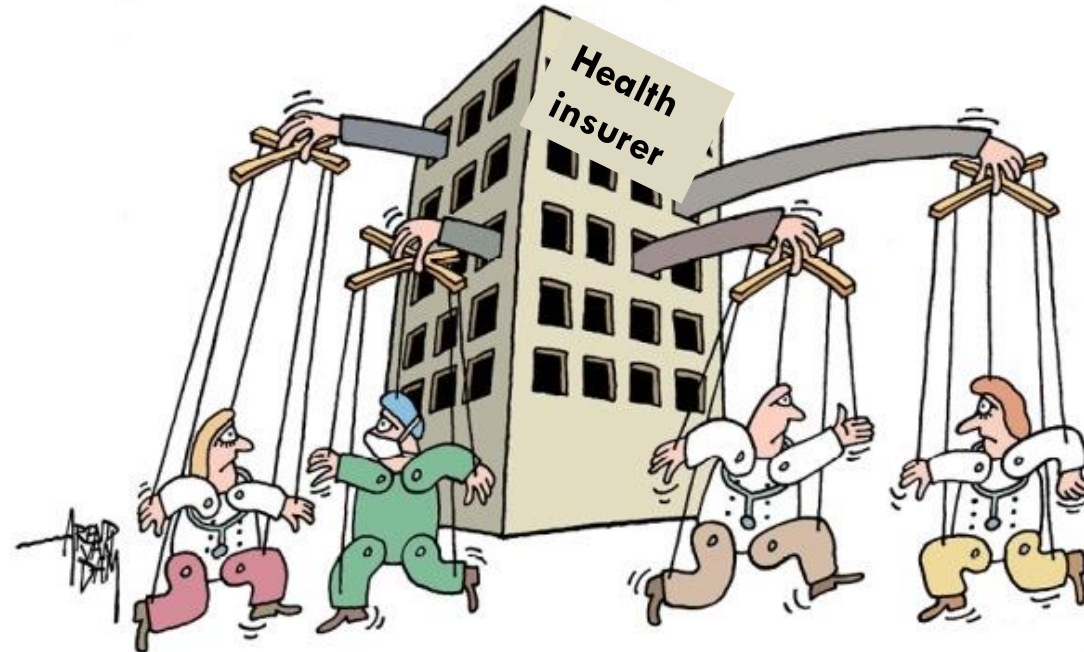
Daarom houdt minister sinds 2012 een stok achter de deur

55



Anders grijp
ik in!*

*Obv van het **macro-beheersinstrument**



Macrobeheers- instrument (MBI)



“Instrument waarmee op grond van artikel 35, zevende lid en artikel 50, tweede lid, van de Wmg, ontstane overschrijdingen op het BKZ achteraf kunnen worden geredresseerd.”

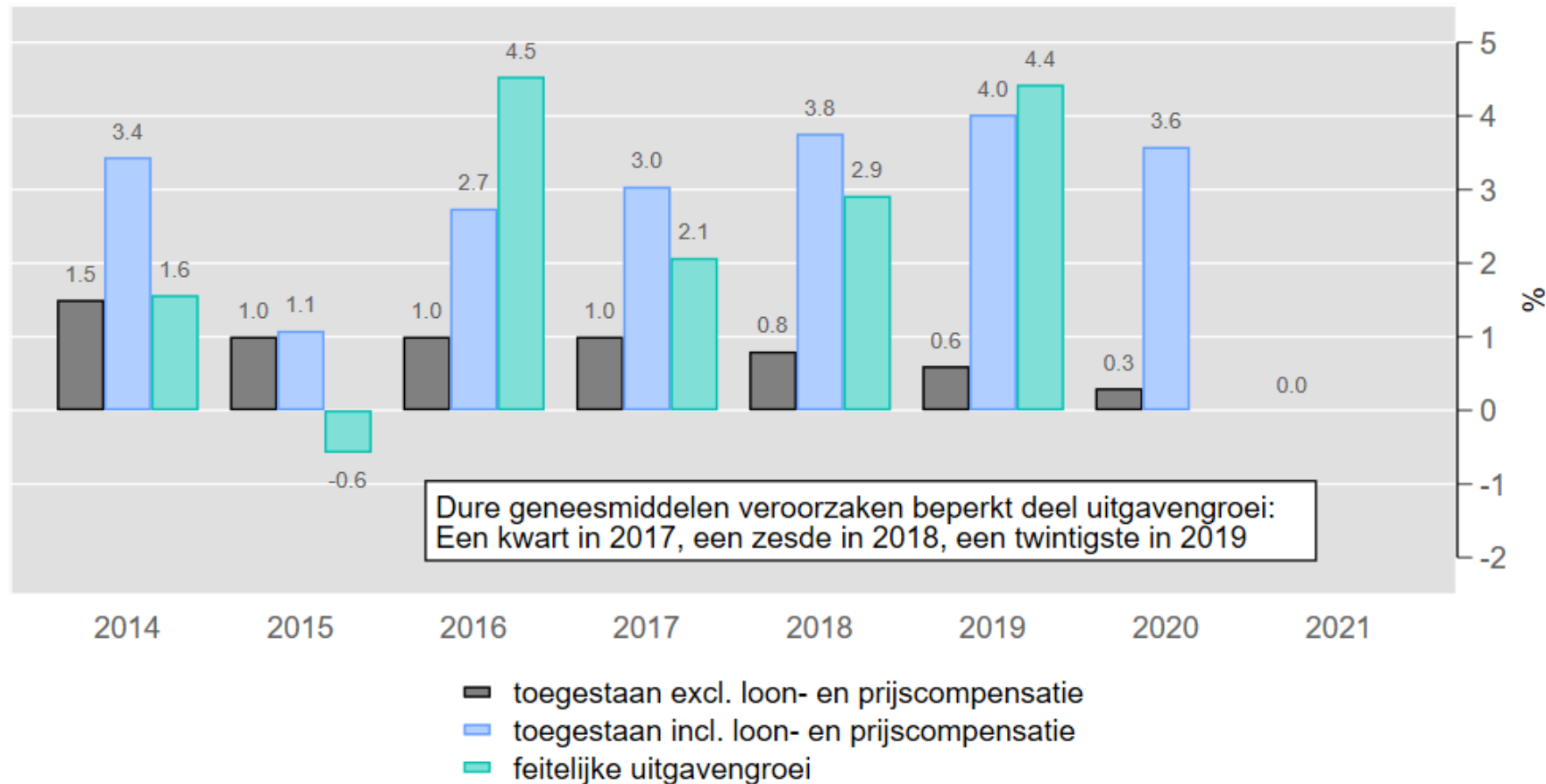
Apart voor ziekenhuizen, huisartsen en V&V

“Op grond van de Beleidsregel macrobeheersinstrument verpleging en verzorging 2019, draagt de NZa in een aanwijzing als bedoeld in artikel 76, tweede lid, Wmg, de zorgaanbieder op een percentage van de door haar in jaar 2019 behaalde omzet terug te betalen. Het hiervoor genoemde percentage, dat voor iedere zorgaanbieder van verpleging en verzorging hetzelfde is, wordt vastgesteld op basis van de (procentuele) verhouding tussen de hoogte van de overschrijding van de bovengrens en de op grond van artikel 50, tweede lid, onder c, Wmg, vastgestelde **macro-omzetgrens**.” NB: Som macro-omzetgrens per sector = Budgettair Kader Zorg

Dus: Overschrijding identieke procentuele korting op omzet voor alle aanbieders

Ook vanaf 2012: Hoofdlijnenakkoorden

Groei uitgaven medisch-specialistische zorg
volgens hoofdlijnenakkoorden en feitelijk



Bron: Groeiruimte volume: Bestuurlijke akkoorden medisch-specialistische zorg

Loon- en prijscompensatie: NZa en Actiz (2020)

Feitelijke groei vanaf 2017: VWS, uitgebreide verdiepingsbijlage Zvw 2020

T/m 2016: CBS, Prijs- en volumeontwikkelingen in de medisch specialistische zorg in 2013–2017, april 2020

Publieke doelen

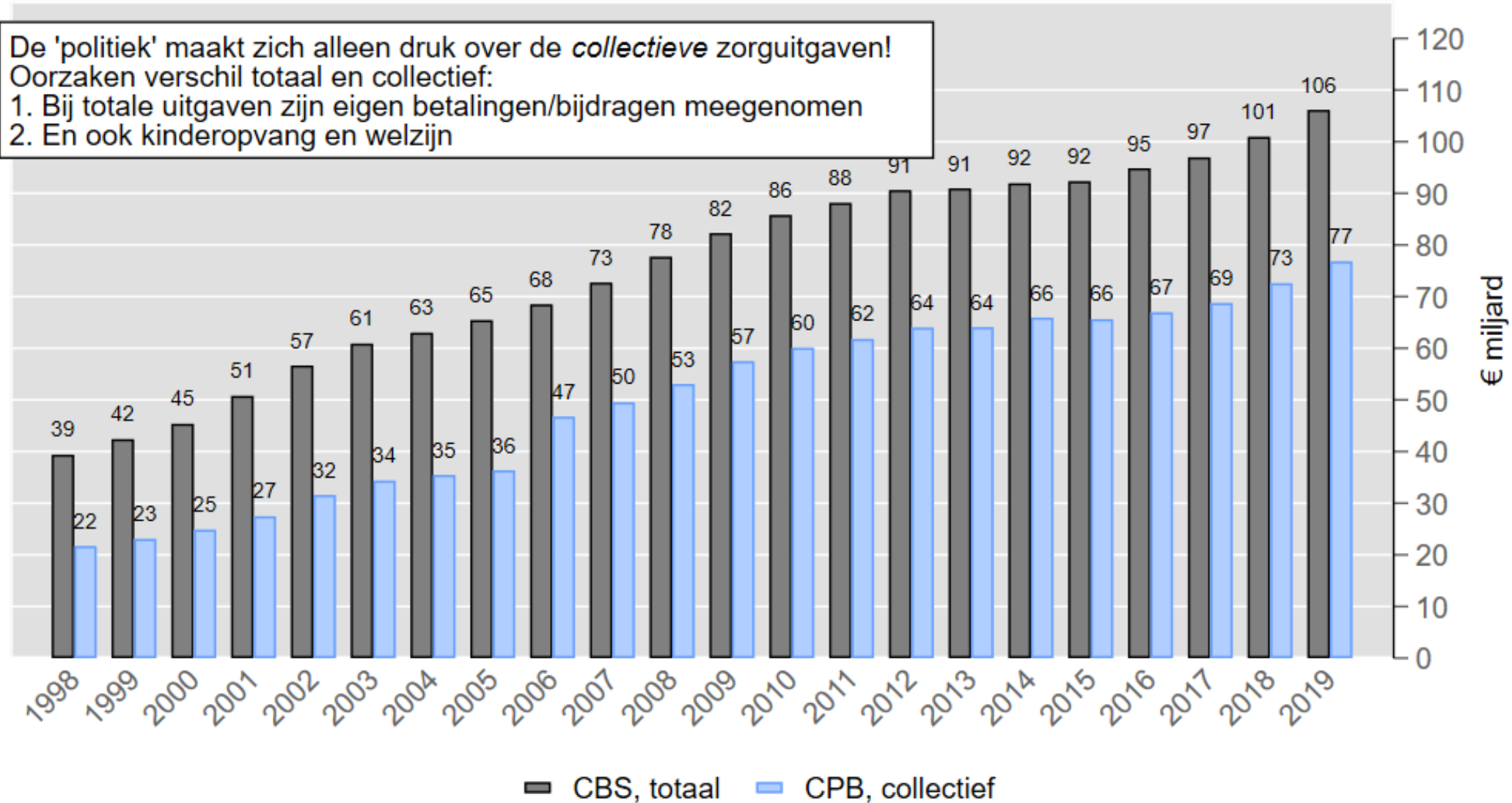
- Kwaliteit $\Rightarrow$ nauwelijks internationaal vergelijkbare gegevens
- Toegankelijkheid $\Rightarrow$ +: iedereen verzekerd; – : wachttijden langer dan Treeknormen
- Betaalbaarheid $\Rightarrow$ zie hierna

De zorguitgaven



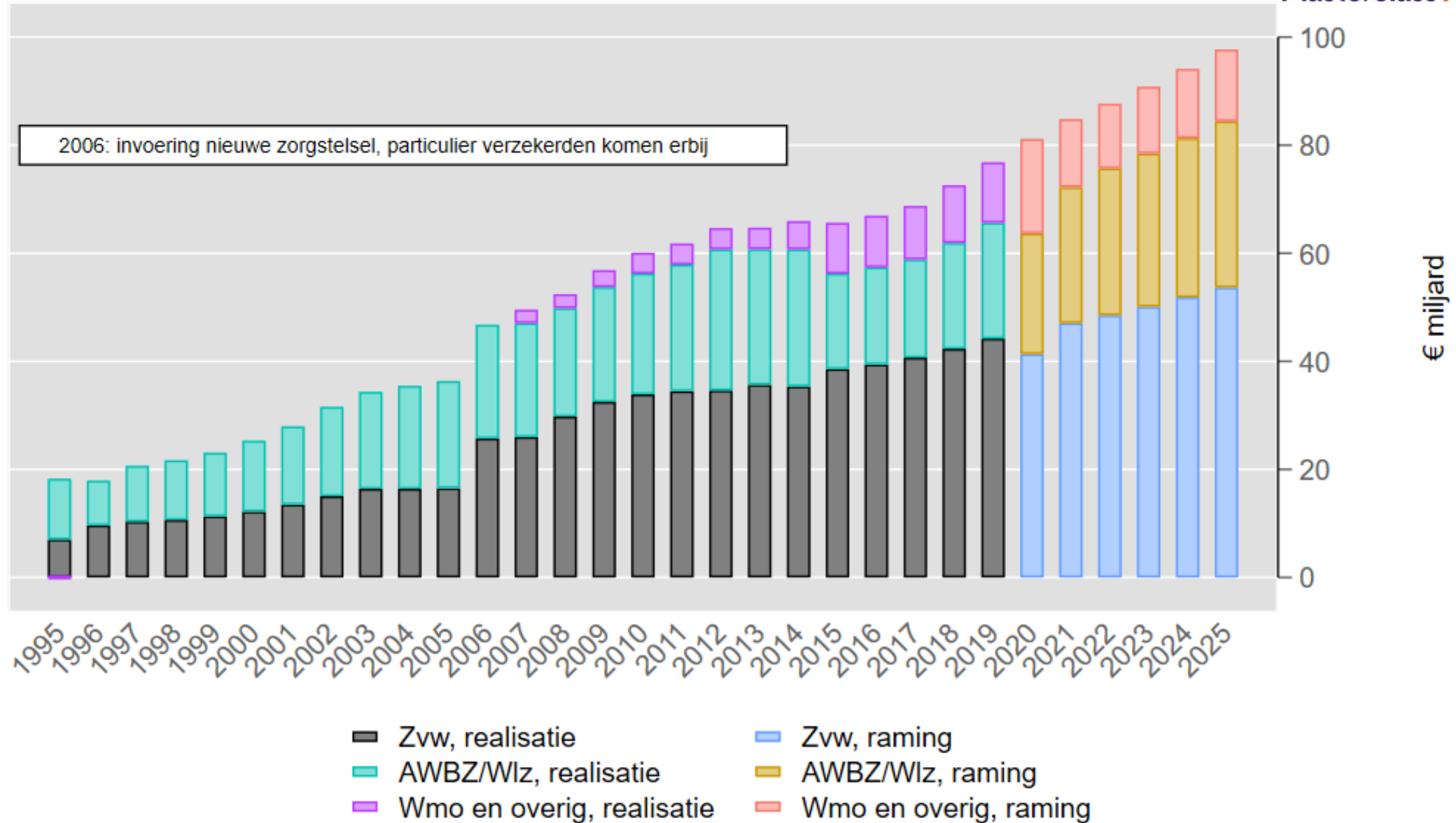
Totale zorguitgaven volgens het CBS, collectieve zorguitgaven volgens het CPB

De 'politiek' maakt zich alleen druk over de *collectieve* zorguitgaven!
Oorzaken verschil totaal en collectief:
1. Bij totale uitgaven zijn eigen betalingen/bijdragen meegenomen
2. En ook kinderopvang en welzijn



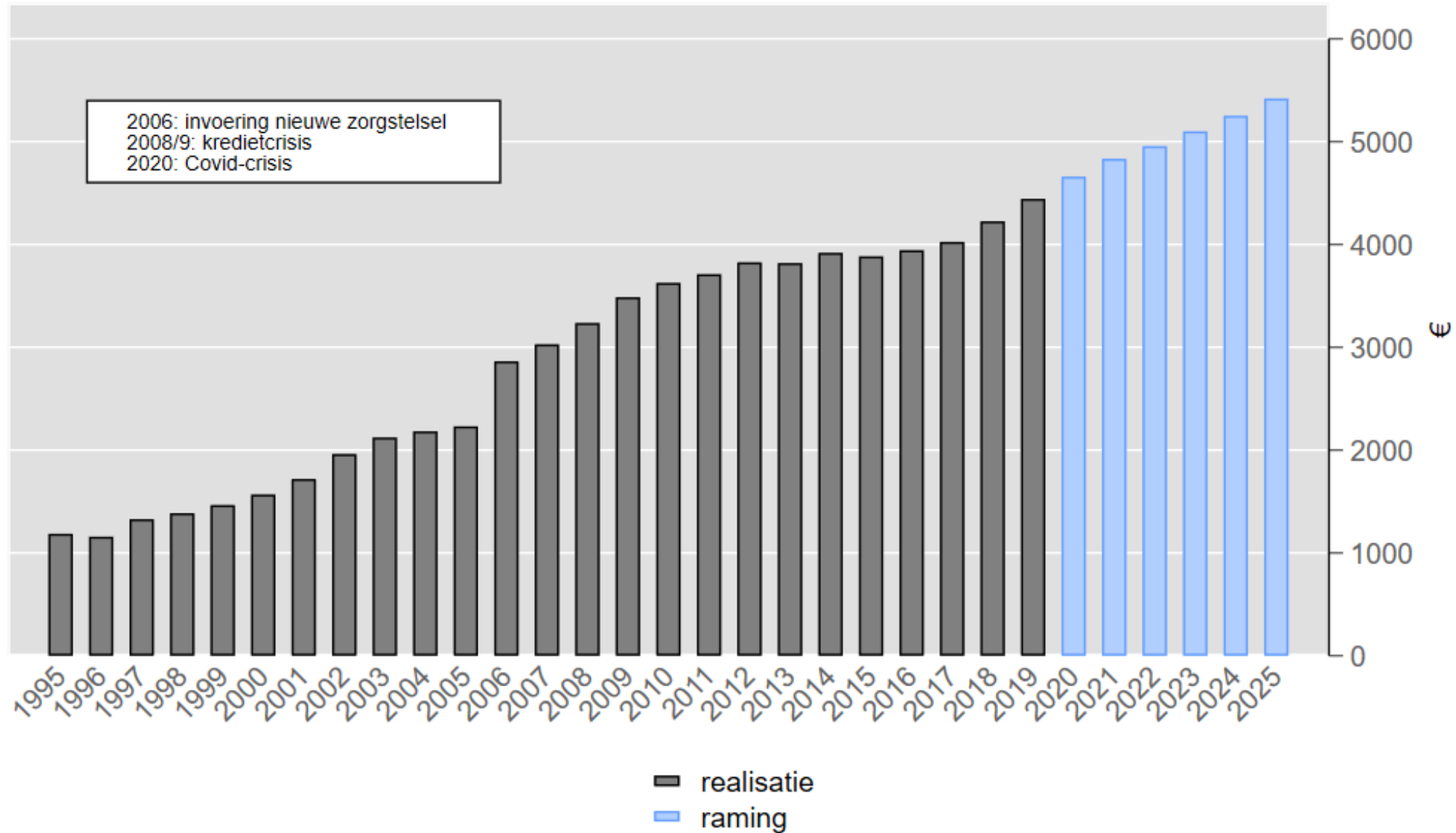
Bron: CBS Statline, CPB Actualisatie Verkenning Middellange Termijn 2022-2025 (november 2020)

Collectieve zorguitgaven: Zvw, Wlz en Wmo



Bron: Centraal Planbureau, Actualisatie Verkenning Middellange Termijn 2022-2025 (november 2020)

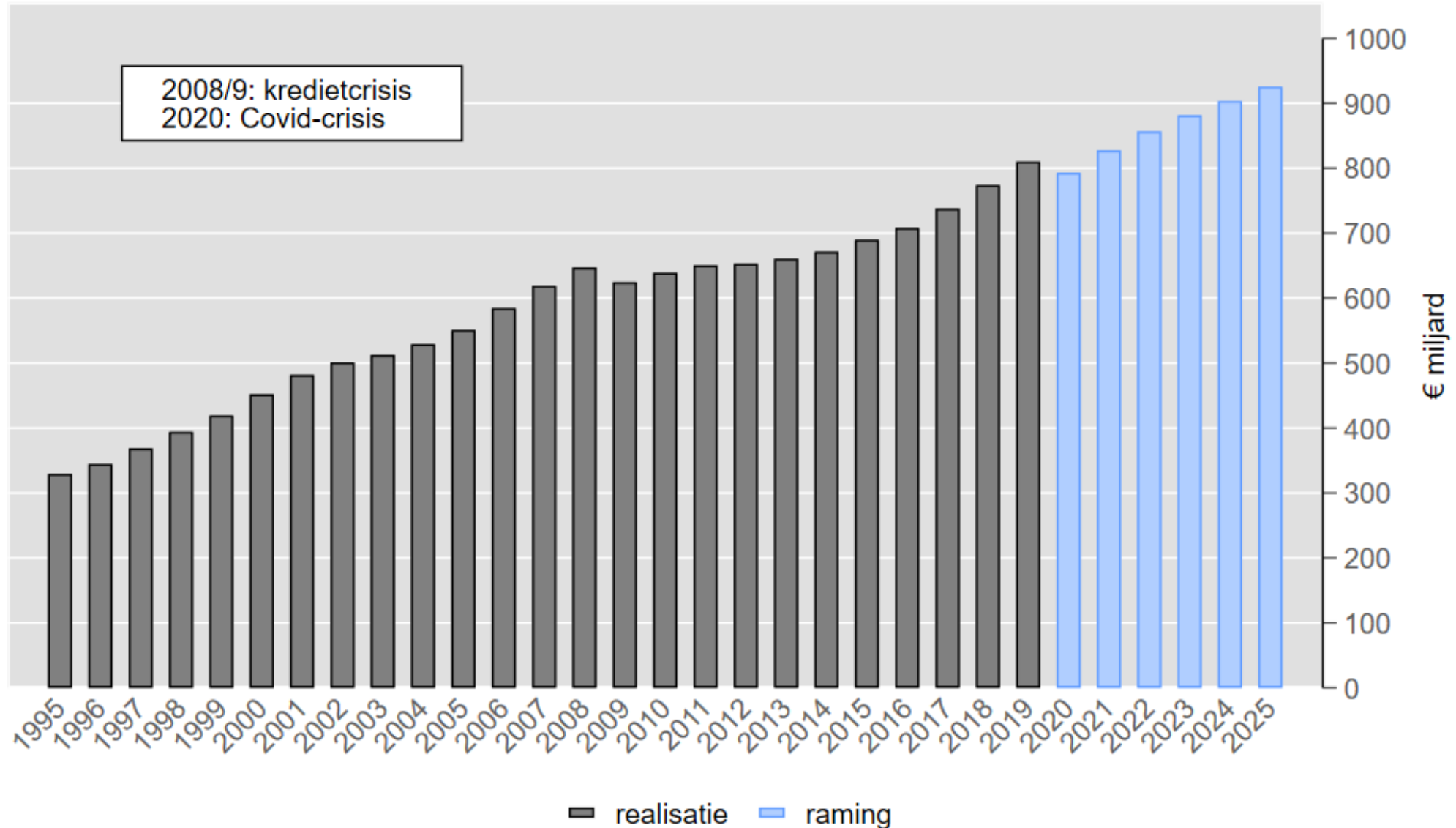
Iets minder abstract (en minder steil omhoog) Collectieve zorguitgaven per hoofd van de bevolking



Bron: berekend uit CPB, Actualisatie Verkenning Middellange Termijn 2022-2025 (november 2020)

Maar we worden ook steeds rijker

Bruto binnenlands product (BBP)

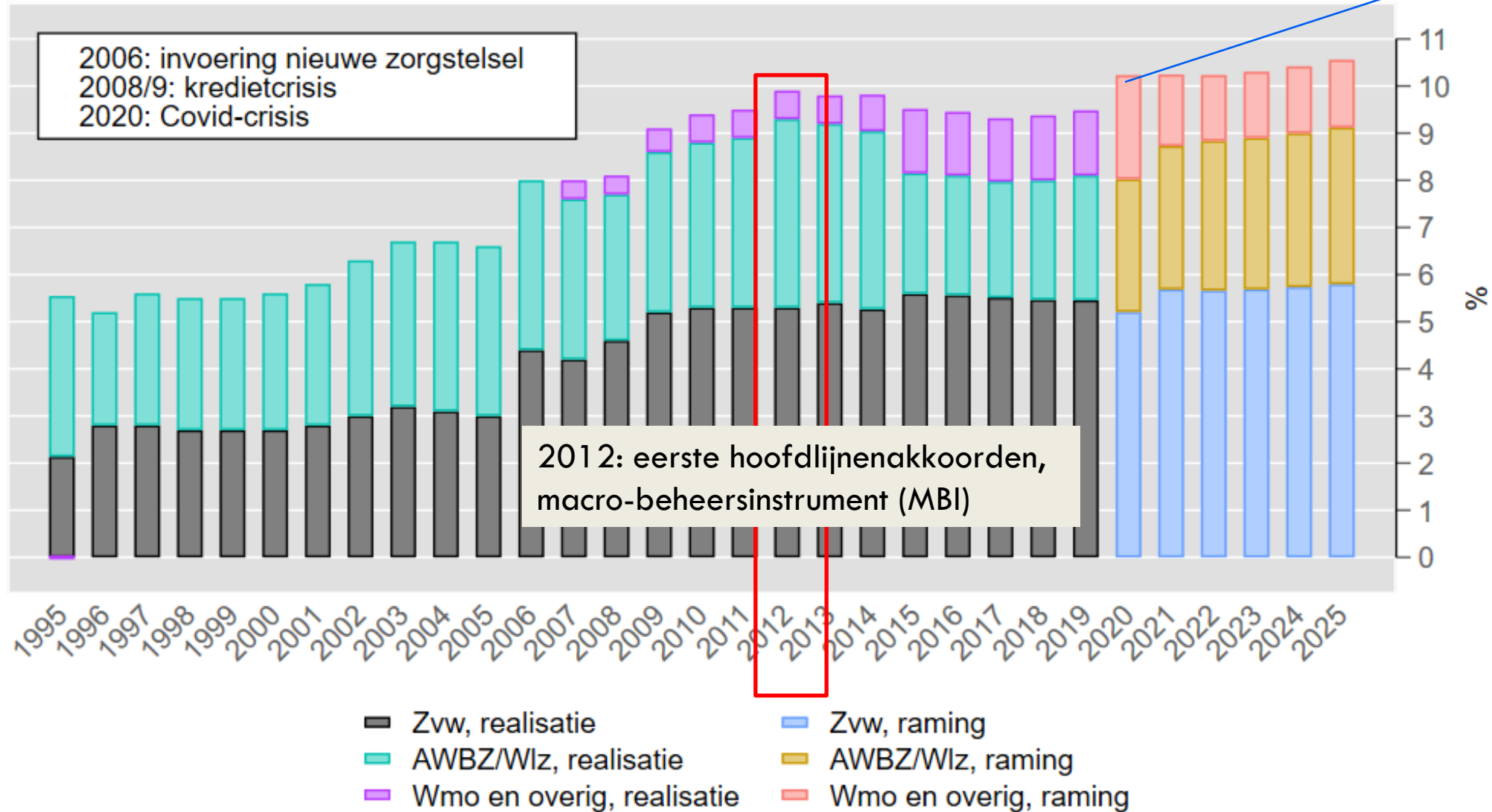


Bron: CPB, Actualisatie Verkenning Middellange Termijn 2022-2025 (november 2020)

Zodat de uitgaven in % BBP sinds 2012 weinig zijn gegroeid

Collectieve zorguitgaven in % BBP

Dit kengetal staat centraal in beleidsdiscussies over betaalbaarheid van de zorg

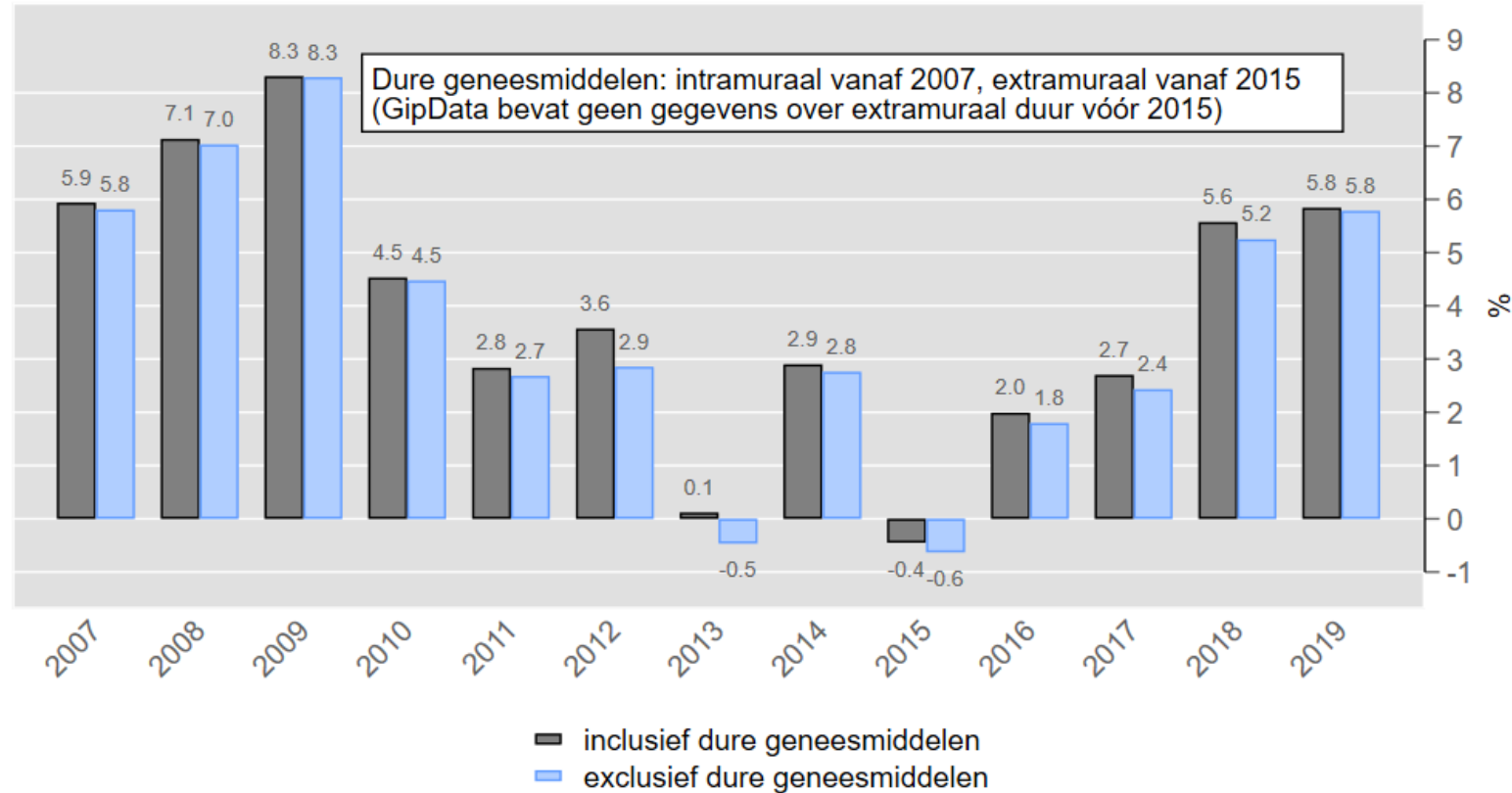


Sprong zal kleiner zijn dan in de CPB-raming, economie krimpt veel minder dan werd verwacht

Groei collectieve zorguitgaven slechts beperkt veroorzaakt door uitgaven dure geneesmiddelen

Groei collectieve zorguitgaven met en zonder dure geneesmiddelen

Conclusie: groei grotendeels veroorzaakt door andere factoren dan dure geneesmiddelen

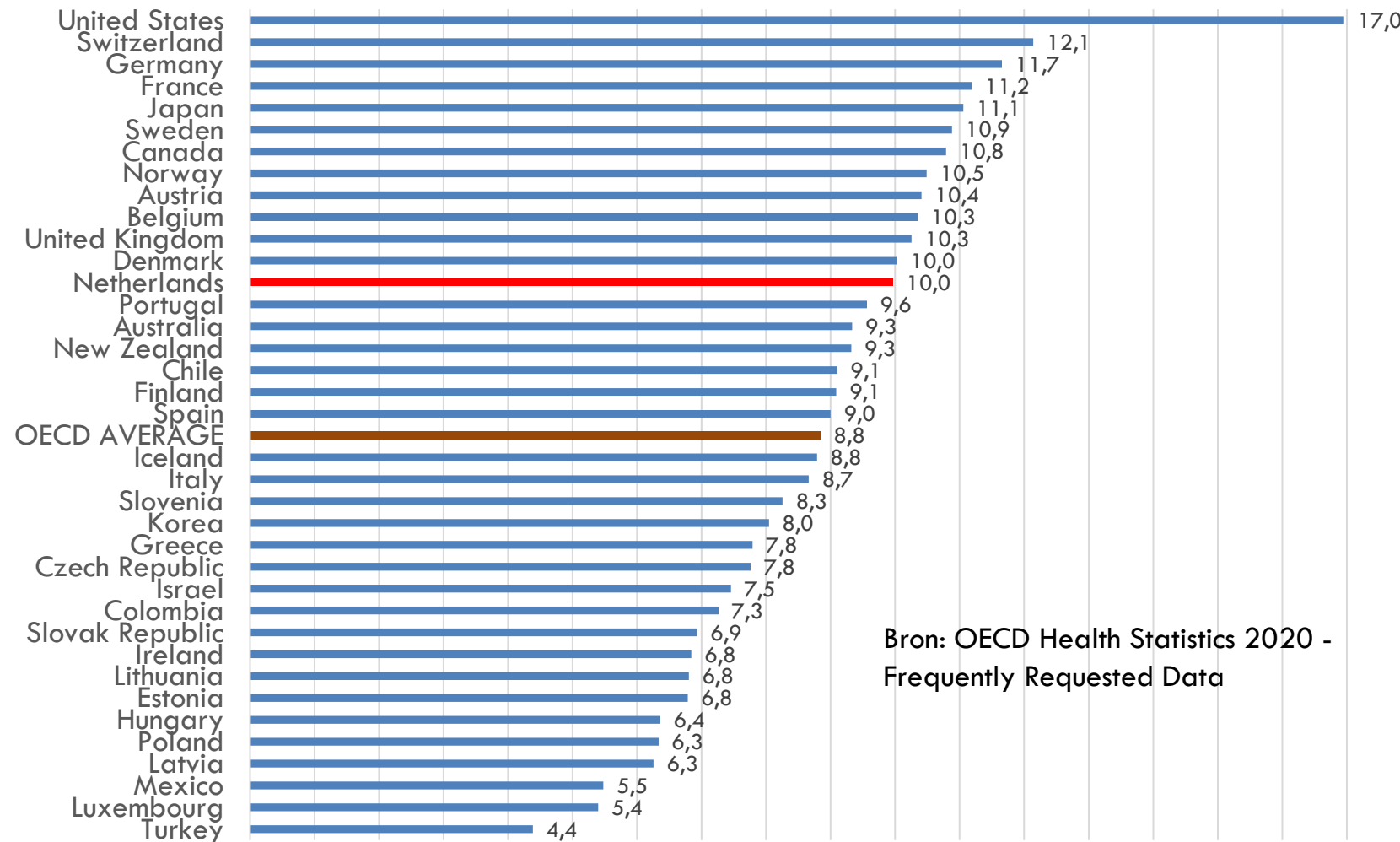


Bron: geneesmiddelen: Steenhoek et al. 2020 (tot 2015), Zorginstituut/GipData (vanaf 2015),
Zorguitgaven: CPB Actualisatie Verkenning Middellange Termijn 2022-2025 (november 2020)

Groei collectieve zorguitgaven 2015-2019: 11 mld euro, waarvan kleine 1 mld euro dure geneesmiddelen.

Zorguitgaven in % BBP, 2019

2019 is het meest recente jaar in de OECD-cijfers



Bron: OECD Health Statistics 2020 -
Frequently Requested Data

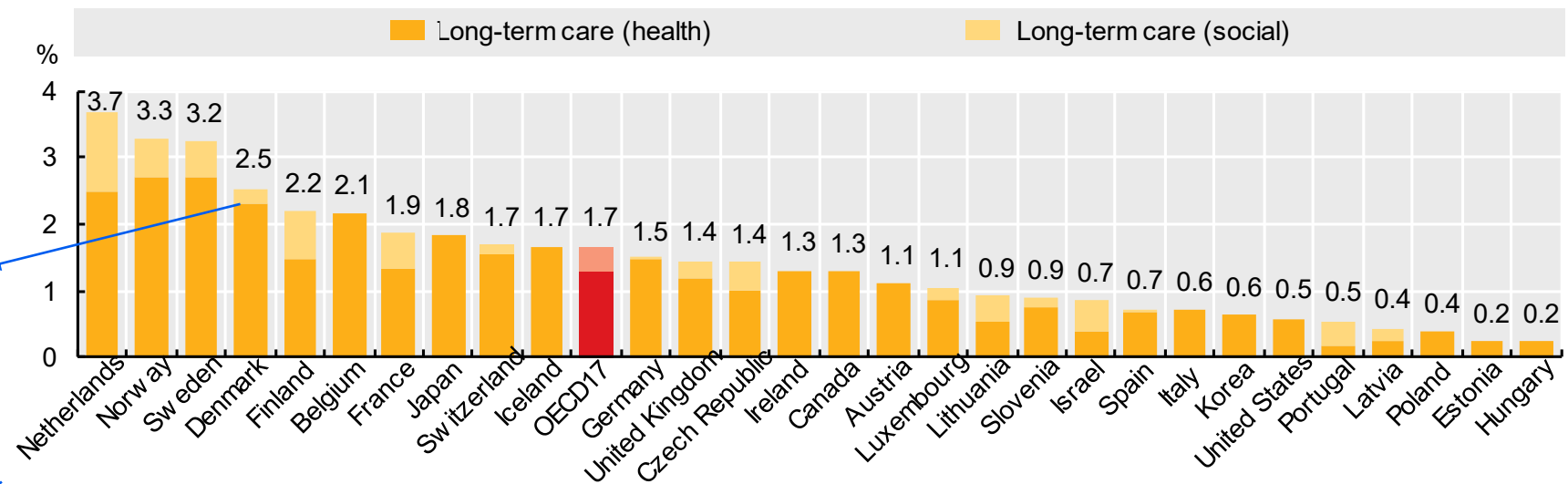
Nederland: uitgaven aan langdurige zorg relatief hoog (alleen de *health* component zit in totaal op vorige dia)

67

social is bijvoorbeeld dagbesteding

Uitgaven Denemarken zijn in werkelijkheid hoger blijkt uit cijfers van Statistics Denmark.

Als je daar rekening mee houdt zijn de uitgaven aan LTC in landen met dezelfde toegankelijkheid als NL ongeveer gelijk aan die in NL



3,7% BBP = 30 mld euro

Bron: OESO (2019) <https://doi.org/10.1787/888934018773>

WRR-rapport **Kiezen voor houdbare zorg**

68



Beeld: WRR

Grenzen van houdbaarheid

De groei van de zorg(vraag) is op termijn onhoudbaar. We gebruiken met zijn allen steeds meer en steeds duurdere zorg, waardoor de grenzen van de financiële, personele en de maatschappelijke houdbaarheid in zicht komen. Nu zijn er al flinke personeelstekorten - zonder veranderingen zou over veertig jaar één op de drie mensen in de zorg moeten

werken, vergeleken met één op de zeven nu. De afgelopen tientallen jaren is er daarom ingezet om de zorg efficiënter te organiseren. Daar moet ook zeker mee door worden gegaan, maar het zal in de toekomst niet genoeg zijn.

Raming zorguitgaven in WRR rapport ontleend aan RIVM

69



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu

*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

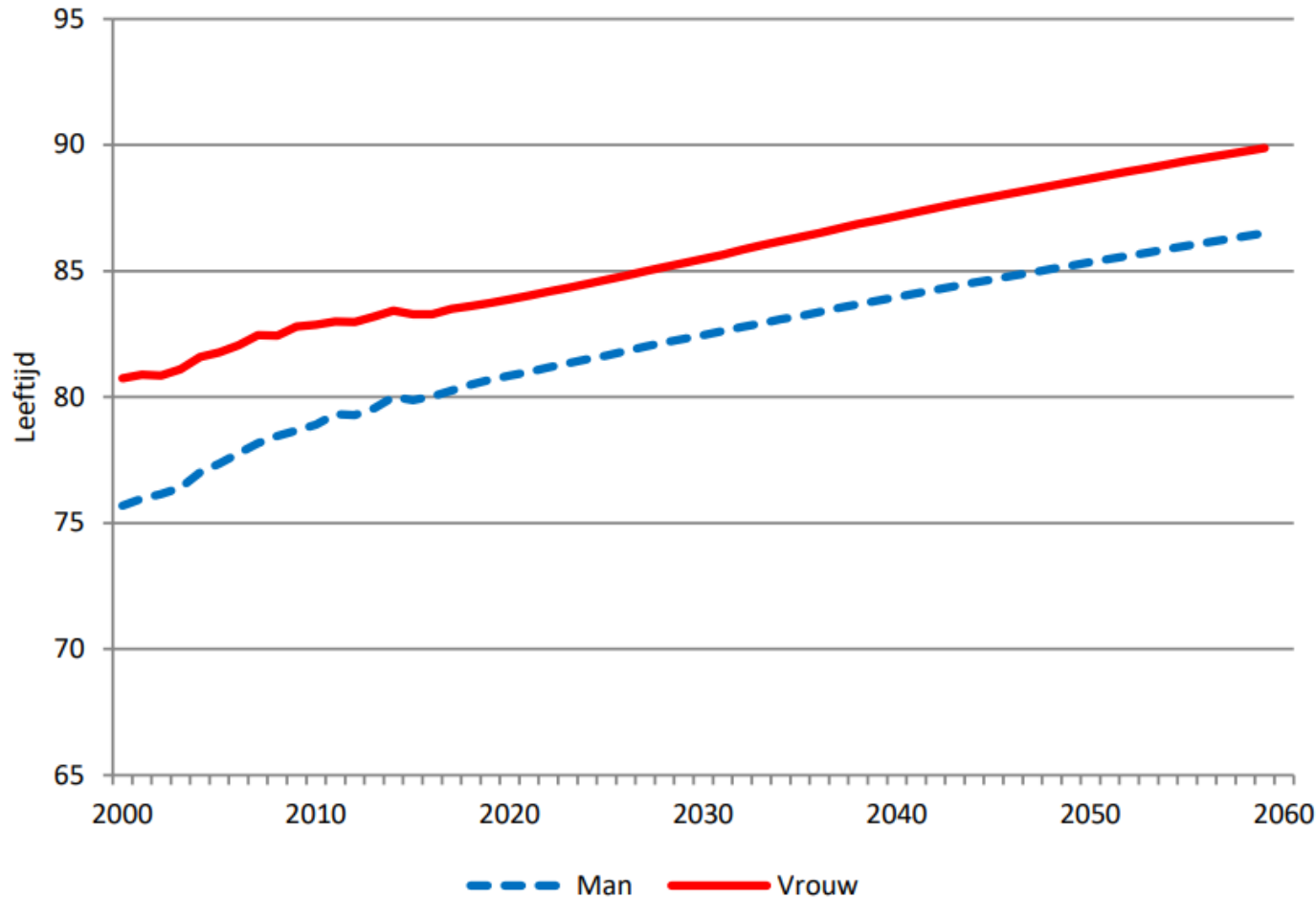
Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060

Kwantitatief vooronderzoek in
opdracht van de Wetenschappelijke
Raad voor het Regeringsbeleid.
Deel 1: toekomstprojecties

RIVM-rapport 2020-0059
R.A.A Vonk et al.

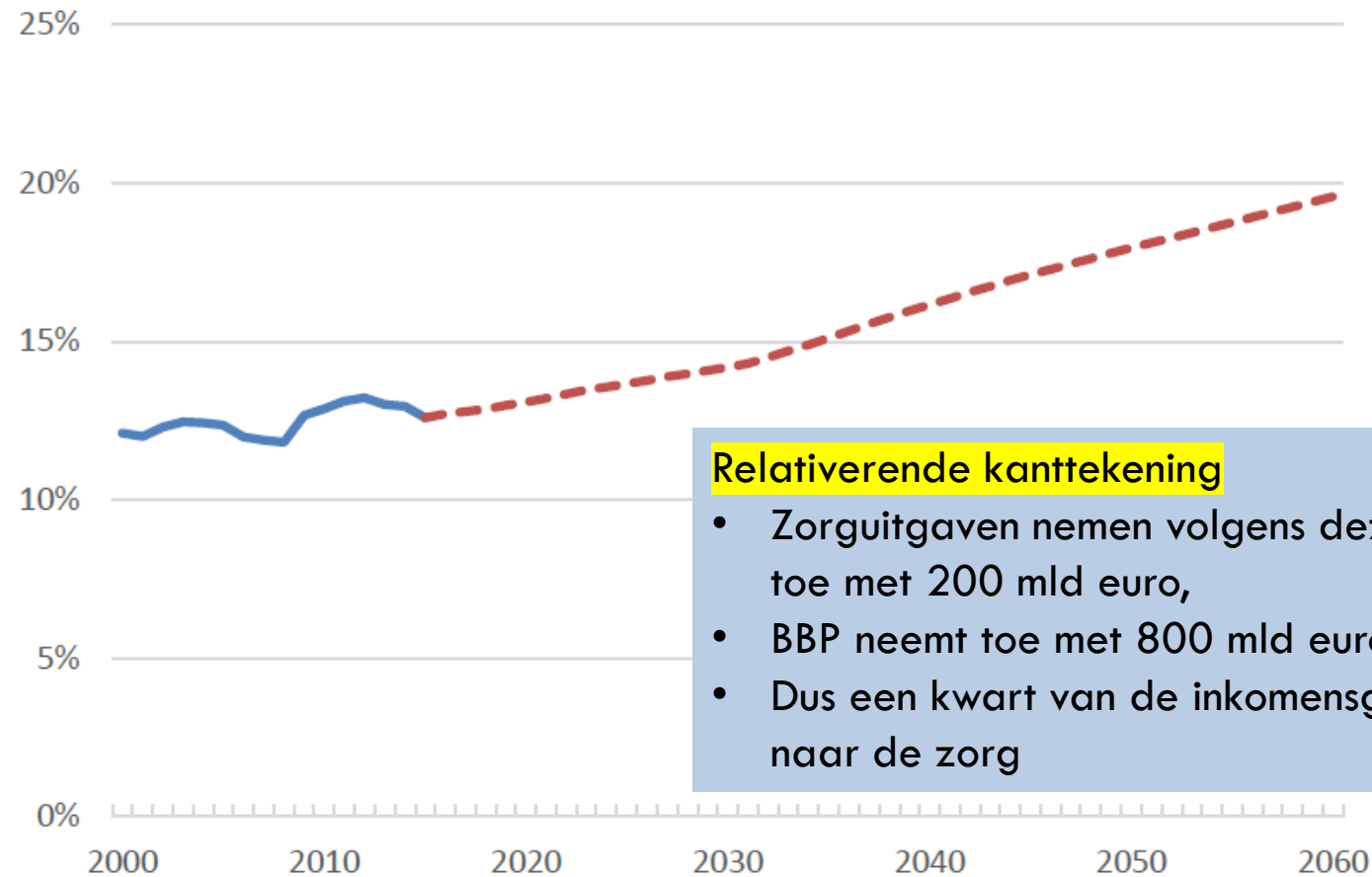
Levensverwachting stijgt flink door: we krijgen er elke week een weekend bij!

70



Figuur 4.3. Ontwikkeling van de levensverwachting voor mannen en vrouwen, 2000-2060. Bron: CBS.

Uitgaande van deze aannames, zien we dat in onze toekomstprojecties de zorguitgaven als percentage van het bruto binnenlands product tussen 2015 en 2060 stijgen van 12,7 naar 19,6 procent (Figuur 4.20). Dit zou betekenen dat de zorguitgaven per hoofd van de bevolking zouden toenemen van ruim 5.100 euro naar bijna 15.800 euro: een verdrievoudiging (Figuur 4.21). Dit bij een stijging van het bbp van 675 miljard euro in 2015 naar 1.487 miljard euro in 2060.



Relativerende kanttekening

- Zorguitgaven nemen volgens deze raming toe met 200 mld euro,
- BBP neemt toe met 800 mld euro
- Dus een kwart van de inkomensgroei gaat naar de zorg

Hoge zorguitgaven omdat we dat graag willen?

Twee CPB-economen aan het woord RUDY DOUVEN EN BRAM WOUTERSE (CPB), ESB, 14 feb 2019

72

Sterke relatie tussen inkomen en zorguitgaven per hoofd GEZONDHEIDSZORG

Voor veel westerse landen is er een sterke relatie te zien tussen inkomen en zorguitgaven per hoofd van de bevolking. De figuur laat deze relatie voor Nederland zien voor de jaren 1972–2016. Het is een sterk en stabiel lineair verband met een richtingscoëfficiënt van 1,2. Dit betekent dat, in de afgelopen 45 jaar, een inkomensstijging van 1 procent gepaard ging met een stijging van de zorguitgaven van 1,2

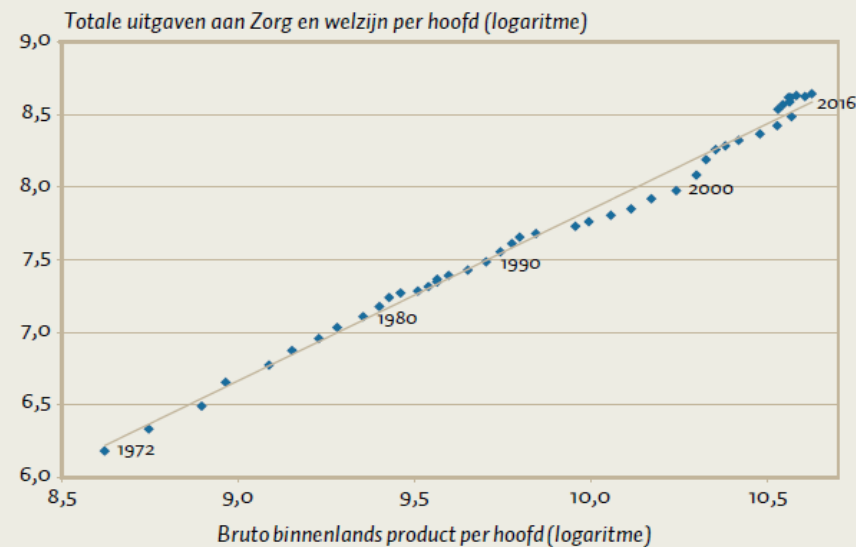
procent. We zijn dus een steeds groter deel van ons inkomen gaan uitgeven aan zorg: van 8,7 procent in 1972 tot 13,6 procent in 2016.

Als we deze relatie naar de toekomst zouden doortrekken, dan betekent dit dat we een nog groter deel van ons inkomen aan zorg zullen gaan besteden. Een belangrijke vraag is daarom of we dit pad kunnen volhouden.

Vanuit een welvaartsperspectief kan deze trend de komende jaren nog steeds optimaal zijn. Gezondheid zou best weleens een luxegoed kunnen zijn, waaraan we inderdaad relatief steeds meer willen uitgeven naarmate ons inkomen groeit. In dat geval is de waarde van extra gezondheidszorg groter dan de waarde van andere goederen en diensten waaraan we het extra inkomen zouden kunnen uitgeven.

De zorguitgavengroei stelt beleidmakers echter voor grote uitdagingen. De keuze tussen uitgaven aan zorg en andere belangrijke zaken, zoals onderwijs, defensie of meer private consumptie, is een duivels dilemma. In de praktijk zijn de opbrengsten immers onzeker. Bijvoorbeeld, wat brengt een extra euro aan zorg op aan gezonde levensjaren, en brengt dit meer op dan een extra euro aan defensie of private consumptie? Daarbij komt nog dat de financiering van zorg een sterk herverdelend karakter heeft van hoge naar lage inkomens, van gezond naar ongezond, en daardoor ook van jong naar oud. De extra lasten van zorg komen daardoor niet altijd terecht bij de groepen die de extra baten incasseren. De overheid zal dus naast het doelmatiger maken van zorg, ook voortdurend keuzes moeten maken welke nieuwe behandelingen en medicijnen er in het basispakket kunnen komen, en hoe de baten en lasten over inkomensgroepen en generaties worden verdeeld. ■ RUDY DOUVEN EN BRAM WOUTERSE (CPB)

Inkomen en zorguitgaven, per hoofd in Nederland



Bron: CBS, bewerkt door CPB | ESB

Maar betalen we niet voor onzinnige zorg?

73

≡ Menu

nrc>

 Mijn

Toeziethouder NZa: de zorg is te veel een verdienenmodel geworden

Advies Bestuursvoorzitter Marian Kaljouw wil onnodige behandelingen tegengaan. En moeten medisch specialisten niet in loondienst?

Is er wel zoveel onzinnige zorg?

74

 **skipr**daily

Webversie

14 oktober 2020

Rekenkamer: Sturen op zinnige zorg faalt

Het programma 'Sturen op zinnige zorg' maakt de verwachtingen niet waar. De Algemene Rekenkamer verwacht dat het programma 'Zorgevaluatie en Gepast Gebruik' eveneens zal falen.

Het programma 'Sturen op zinnige zorg' maakt de verwachtingen niet waar. **Het is de afgelopen zes jaar niet gelukt om zorg waarvan het effect niet vaststaat en die medisch niet noodzakelijk is, uit het basispakket te halen, concludeert de Algemene Rekenkamer. De Rekenkamer vreest dat het nieuwe programma 'Zorgevaluatie en Gepast Gebruik' hetzelfde lot wacht.**

THE NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

MEDICINE AND SOCIETY

Debra Malina, Ph.D., *Editor*

[December 14, 2017](#)

The Less-Is-More Crusade — Are We Overmedicalizing or Oversimplifying?

Lisa Rosenbaum, M.D.

Samenvatting

75

Zorgverzekeraars verdelen een door de overheid vastgestelde macrobudget

- ▣ ... en kopen nauwelijks in op kwaliteit
- ▣ Ziekenhuisfusies hebben de onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars verder verkleind
- ▣ In de huisartsenzorg is er nauwelijks marktwerking (contracteerplicht basiszorg)
- ▣ Hinderpaalcriterium beperkt selectieve inkoop

Onduidelijk of het stelsel tot betere (of slechtere!) uitkomsten heeft geleid

- ▣ Uitgavenbeheersing vooral te danken aan *regulering*: hoofdlijnenakkoorden + Macro Beheersinstrument (MBI)
- ▣ Kwaliteit? (geen info)
- ▣ Toegankelijkheid? +/-
- ▣ Belemmert samenwerking? Hoge administratieve lasten?

Grote stelselwijziging voorlopig niet aan de orde

- ▣ Wat is het alternatief? Single payer zoals NHS en Medicare?

Betaalbaarheid

- ▣ Zorguitgaven zullen voorlopig waarschijnlijk blijven stijgen, ook in % BBP
- ▣ Dat kan niet eeuwig zo doorgaan, want dan komt er een moment dat 100% van ons inkomen op gaat aan de zorg
- ▣ Maar zover is het nog lang niet
- ▣ Zorguitgaven mogen best stijgen als we 'waar voor ons geld' krijgen
- ▣ Is dat altijd het geval? Hoe komen we daar achter? Wat willen we publiek, wat privaat?