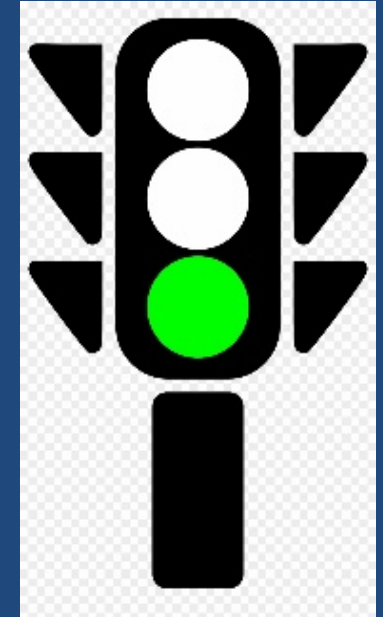
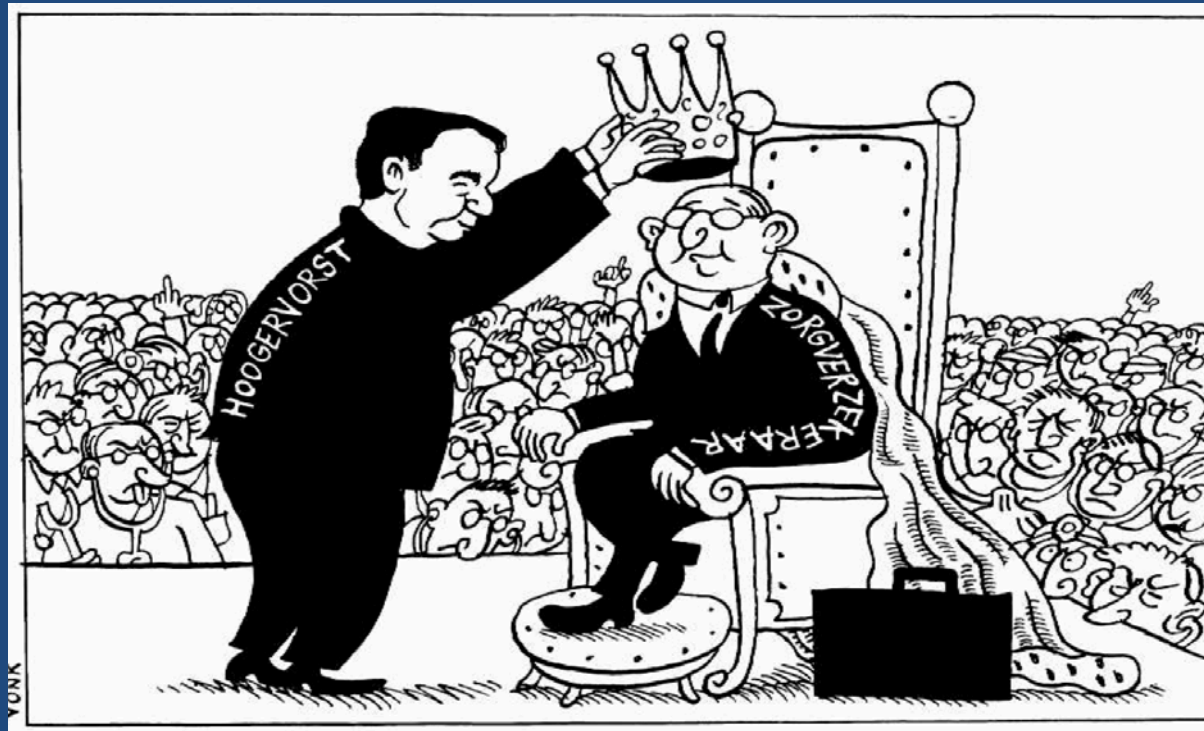
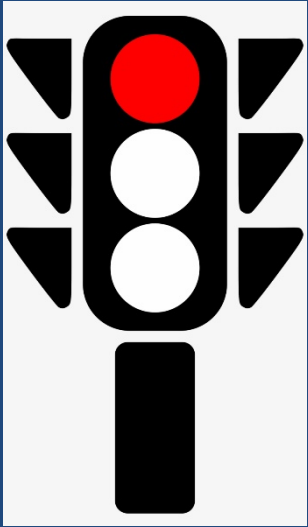




HOE VERDER MET HET ZORGSTELSEL?

Uw spreker

2

1982 – 1987

- Economie (UvA)

1987 – 1996

- Onderzoeker / promotie (VU)

1996 – 2008

- Centraal Planbureau

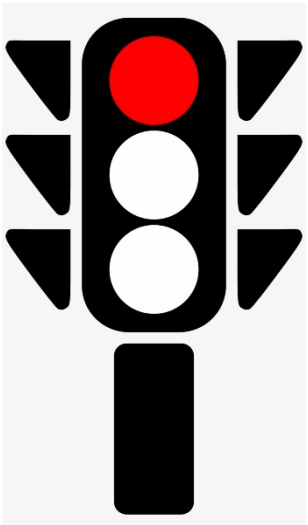
2008 – nu

- Zelfstandig adviseur gezondheidseconomie



Waar gaan we het over hebben?

3

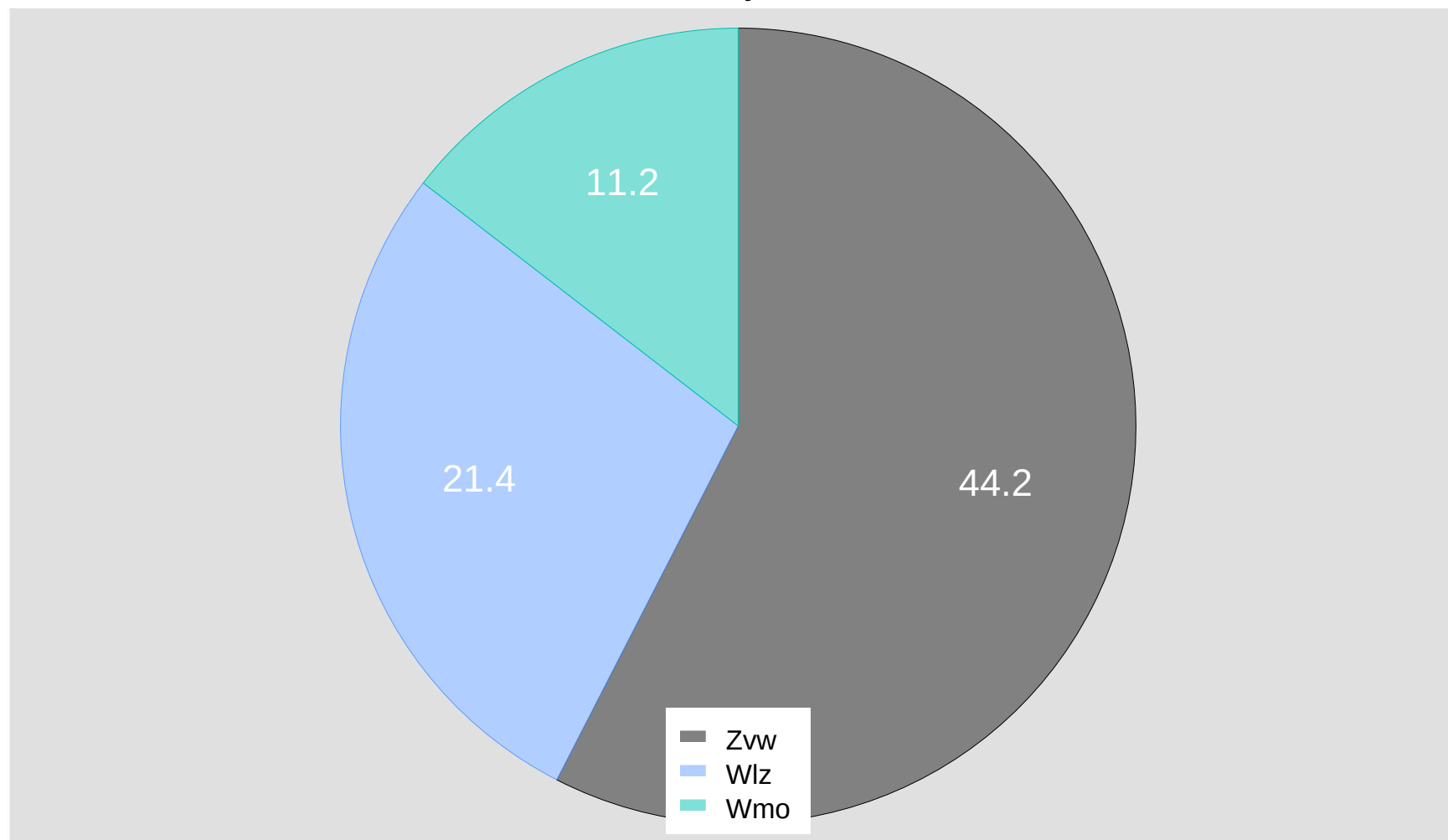


1. Het zorgstelsel raakt ons allemaal
2. Zoveel mensen zoveel meningen
3. Zeer korte geschiedenis van het stelsel
4. Basispolis en aanvullende polis: regulering en markt
5. Randvoorwaarden: wat gaat goed, wat (nog) niet?



Accent vandaag op curatieve zorg: Zorgverzekeringswet

Collectieve zorguitgaven CPB 2019, Zvw, Wlz en Wmo
€ miljard



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

Accent vandaag op curatieve zorg: Zorgverzekeringswet

5



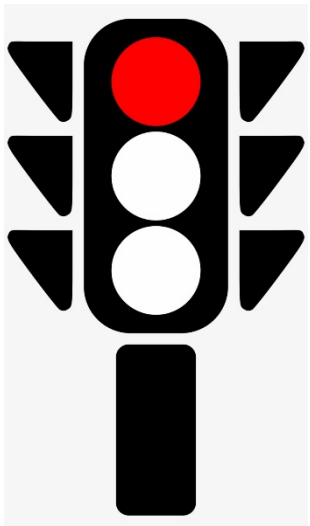
‘Schottenproblemen’ spelen vooral *tussen* stelselwetten:

“Duidelijk is dat de onderverdeling van de langdurige zorg in drie compartimenten (Wlz, Zvw en WMO) heeft geleid tot coördinatie- en afwentelingsproblemen.”
(v Geest et al. 2022)

Gaat niet alleen om “domeinoverstijgende samenwerking” maar ook om de juiste investeringsprikkels, bijv. in woningaanpassingen: gemeentes maken kosten (WMO), besparingen slaan grotendeels elders neer (Wlz)

Waar gaan we het over hebben?

6



1. Het zorgstelsel raakt ons allemaal

2. Zoveel mensen zoveel meningen

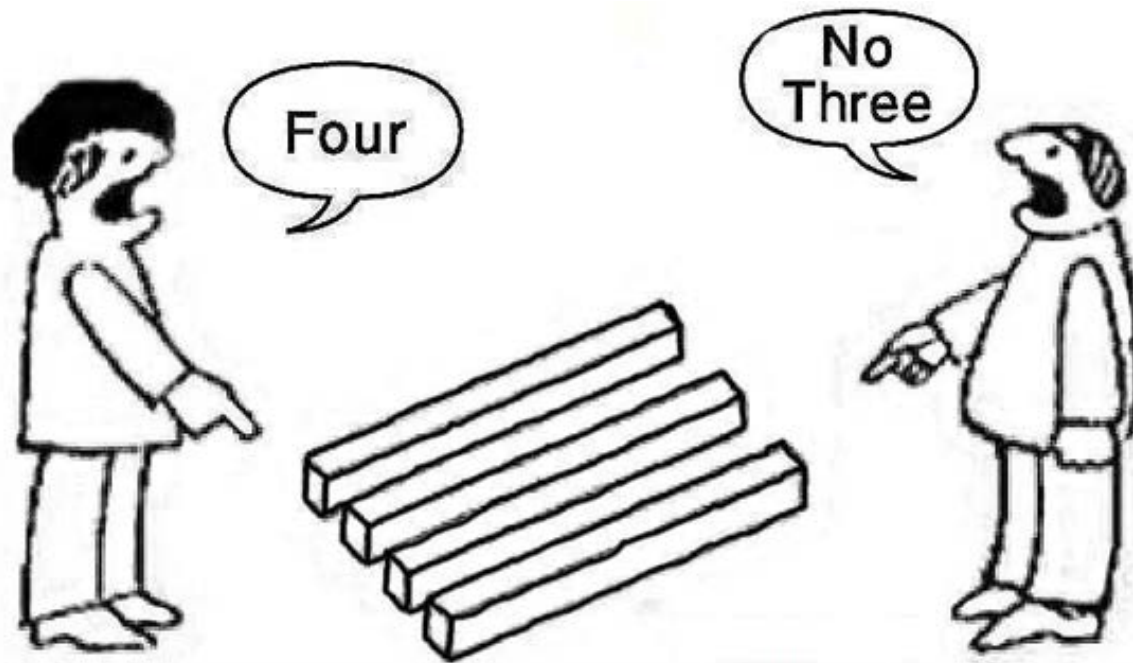
3. Zeer korte geschiedenis van het stelsel

4. Basispolis en aanvullende polis: regulering en markt

5. Randvoorwaarden: wat gaat goed, wat (nog) niet?



Het zorgstelsel: zoveel mensen zoveel meningen



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

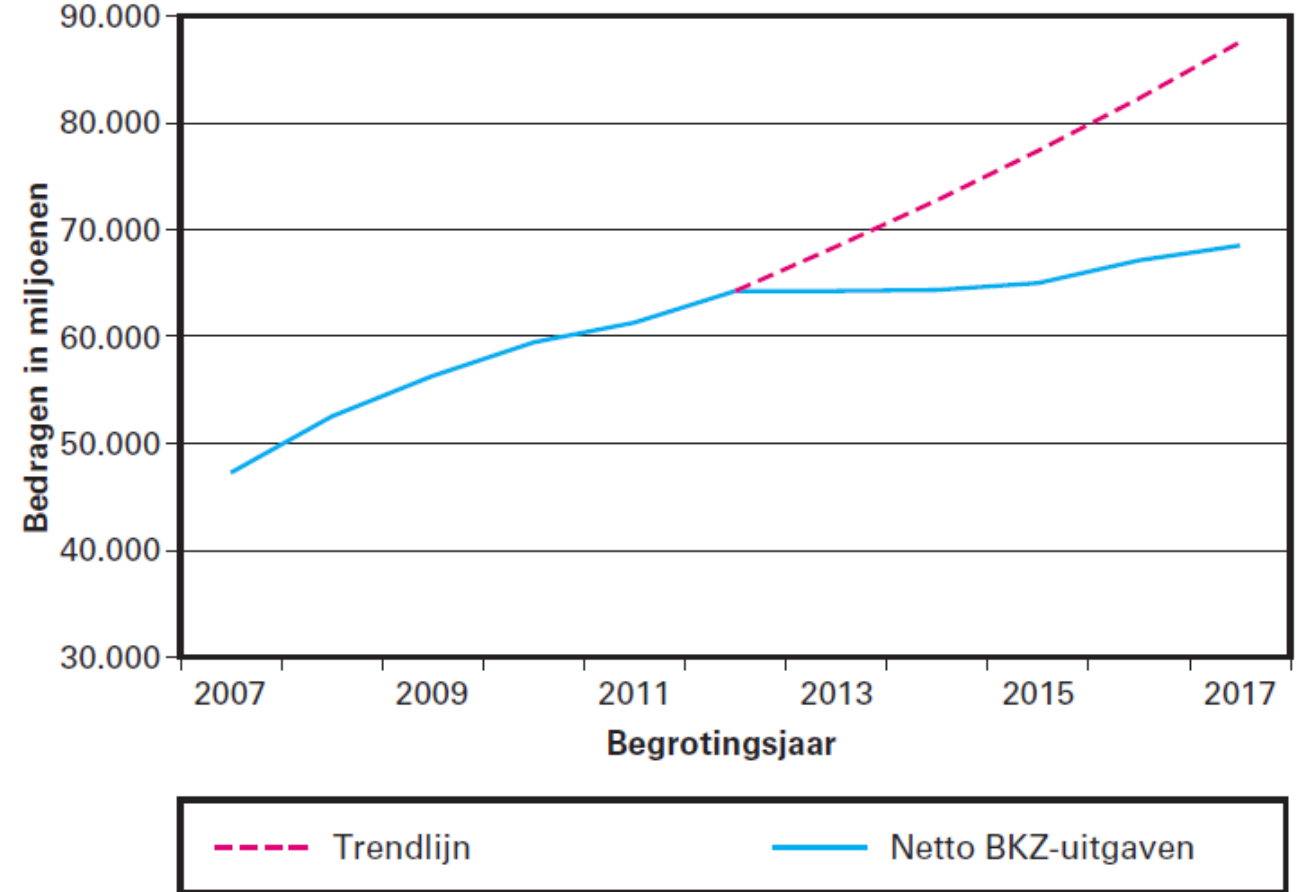
9



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 (2021)

[← Terug naar Krant](#)

OPINIE

Geef gezonde aandacht aan de zorg

Pieter Hasekamp 10 sept 11:00



“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.”

De mening van de vorige minister

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

14

“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 een slimme econoom / ziekenhuisbestuurder

15

Een minister van gezondheid, leefstijl en leefomgeving graag

ESB, 106(4794), 18 februari 2021

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.

**Helpt 18-plussers heeft overgewicht, 20% rookt
(bron: gezondheidsmonitor RIVM)**

De mening van een andere ziekenhuisbestuurder over economen

16

‘Mijn probleem met zorgeconomen is dat ze nog nooit een patiënt hebben gezien. Als ik al die onzin lees, denk ik: kom eens op de eerste hulp meekijken. Zorgeconomen doen aannames — over hoe processen lopen, hoe geld wordt uitgegeven en hoe geld wordt verdiend — die niet kloppen. Daar denken ze theoretisch over. Maar je moet die theorieën wel toetsen aan de werkelijkheid.’

Marcel Levi, FD,
7/11/2013

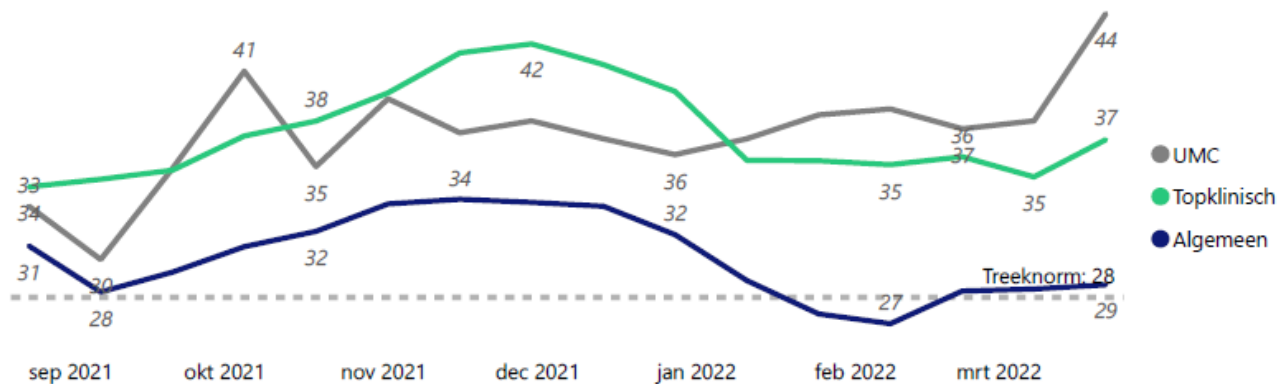
De mening van Vrij Nederland

17

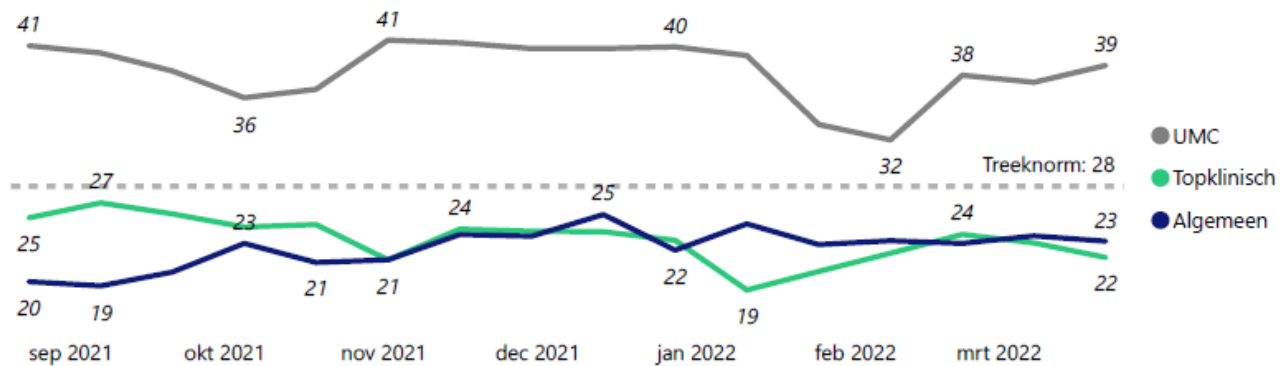
Nederland is welvarender dan ooit, maar in de gezondheidszorg is daar verrassend weinig van te merken. De wachtlijsten groeien, de bureaucratie neemt toe, het personeelstekort óók. Is er nog wel plaats voor wie ziek, zwak of gebrekkig is? VN vroeg zijn lezers naar hun pijnlijke en hilarische belevenissen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

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

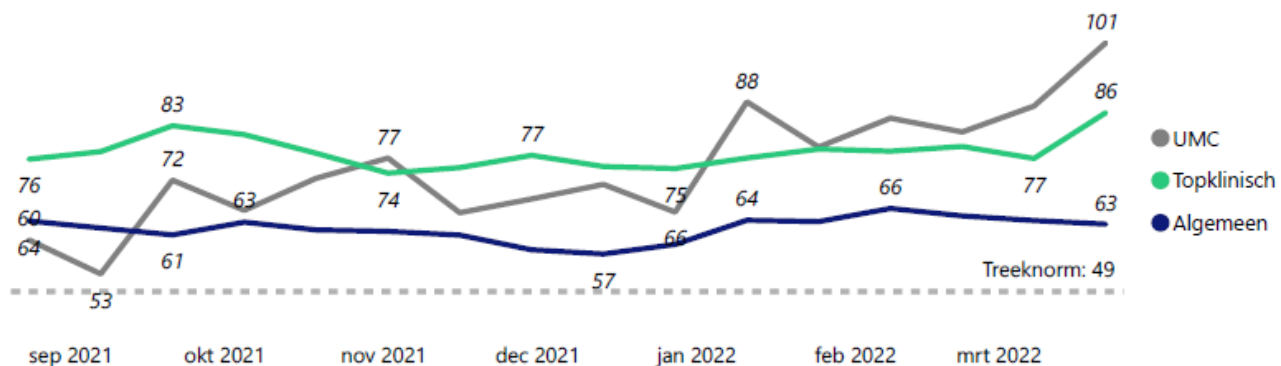
Polikliniekbezoek



Diagnostiek



Behandeling



Vrij Nederland heeft gelijk:
wachttijden vaak (veel)
langer dan Treeknorm (en
dat was vóór Covid ook al
het geval)

ZOOM

ZorgOntwikkelingen-OmzetMonitor

Maart 2022

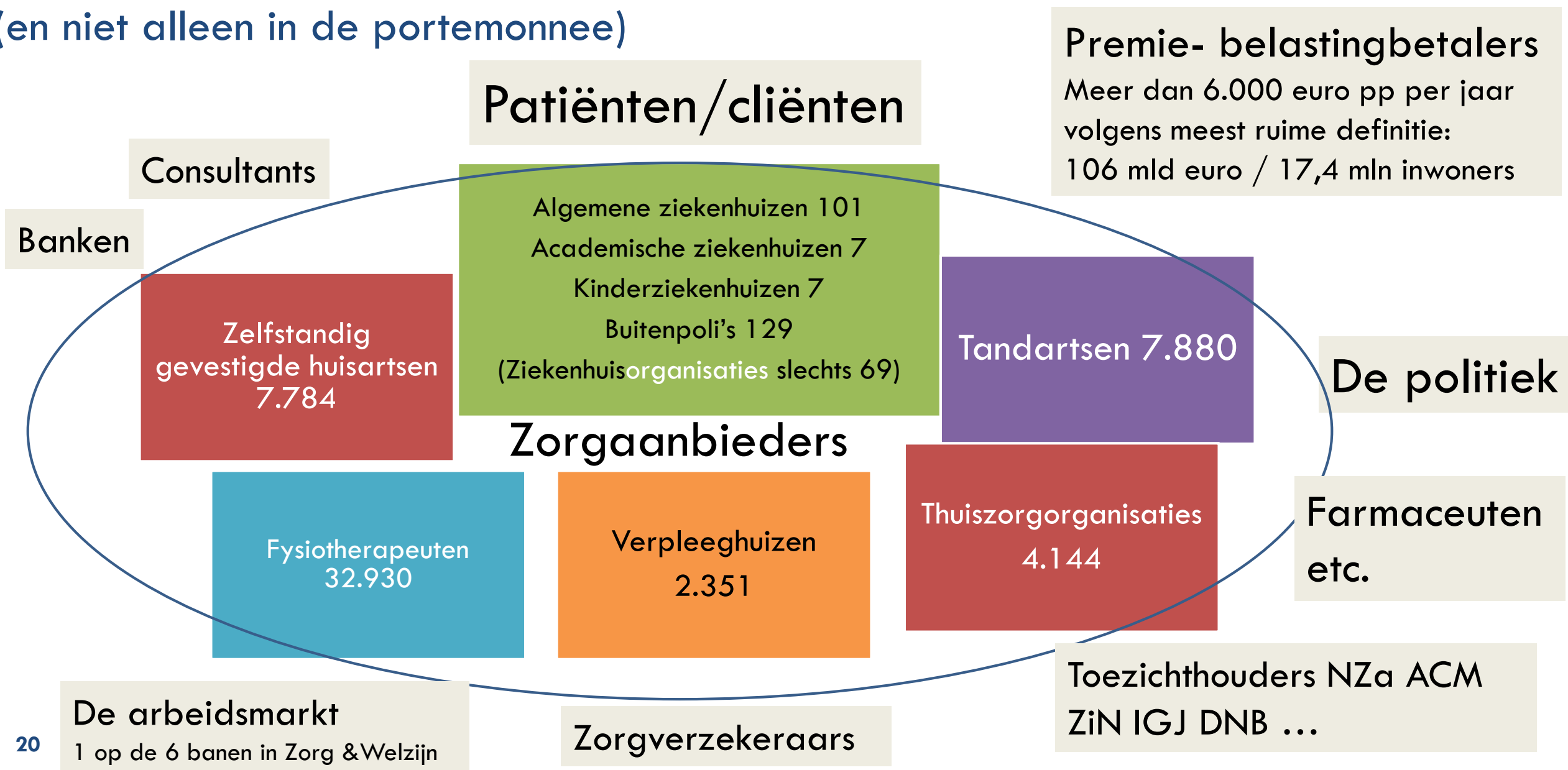
Dutch Hospital Data

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

19



Duidelijk is in ieder geval: het zorgstelsel raakt ons allemaal (en niet alleen in de portemonnee)



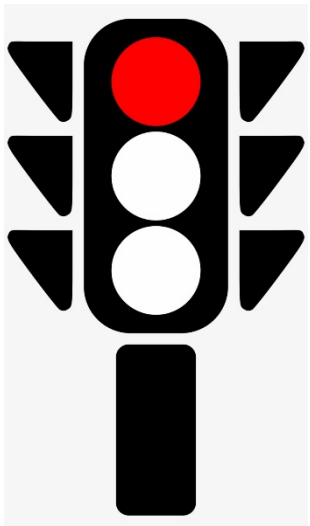
„Think for yourself and question authority.“

— Timothy Leary

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

Waar gaan we het over hebben?

22

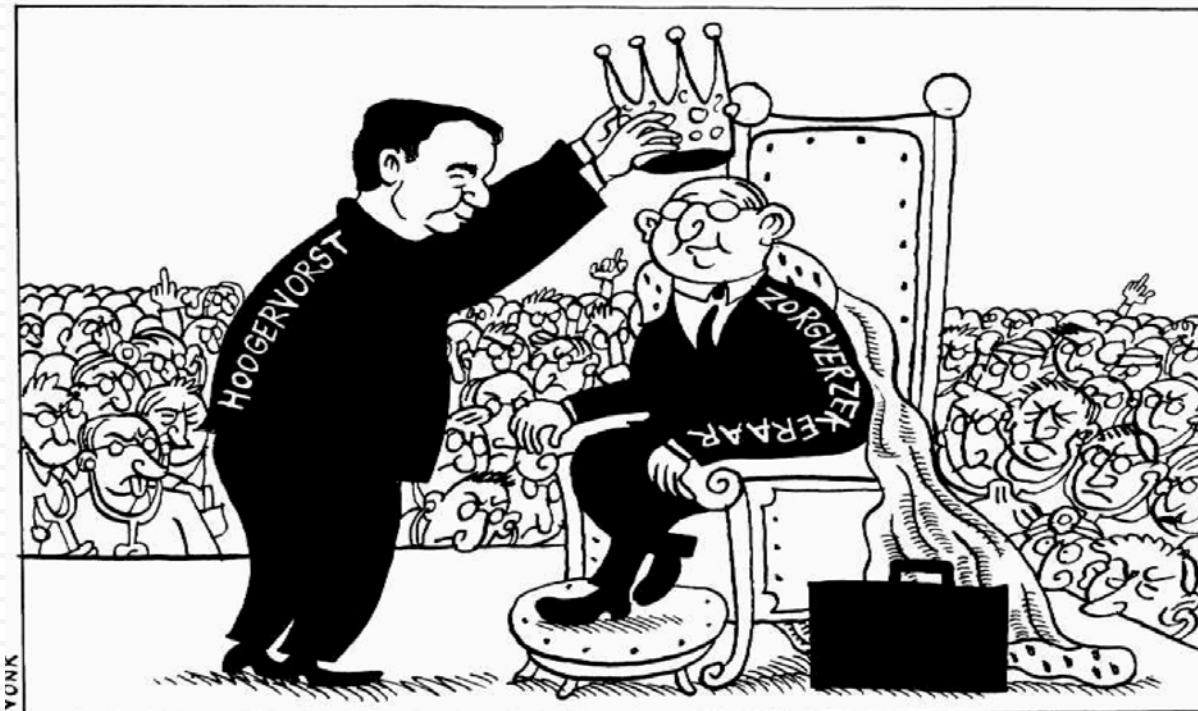


1. Het zorgstelsel raakt ons allemaal
2. Zoveel mensen zoveel meningen
3. Zeer korte geschiedenis van het stelsel
4. Basispolis en aanvullende polis: regulering en markt
5. Randvoorwaarden: wat gaat goed, wat (nog) niet?



Hoe zijn we hier gekomen?

Zeer korte geschiedenis van het zorgstelsel



Nederland: late overheidsrol zorgverzekering

24

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.

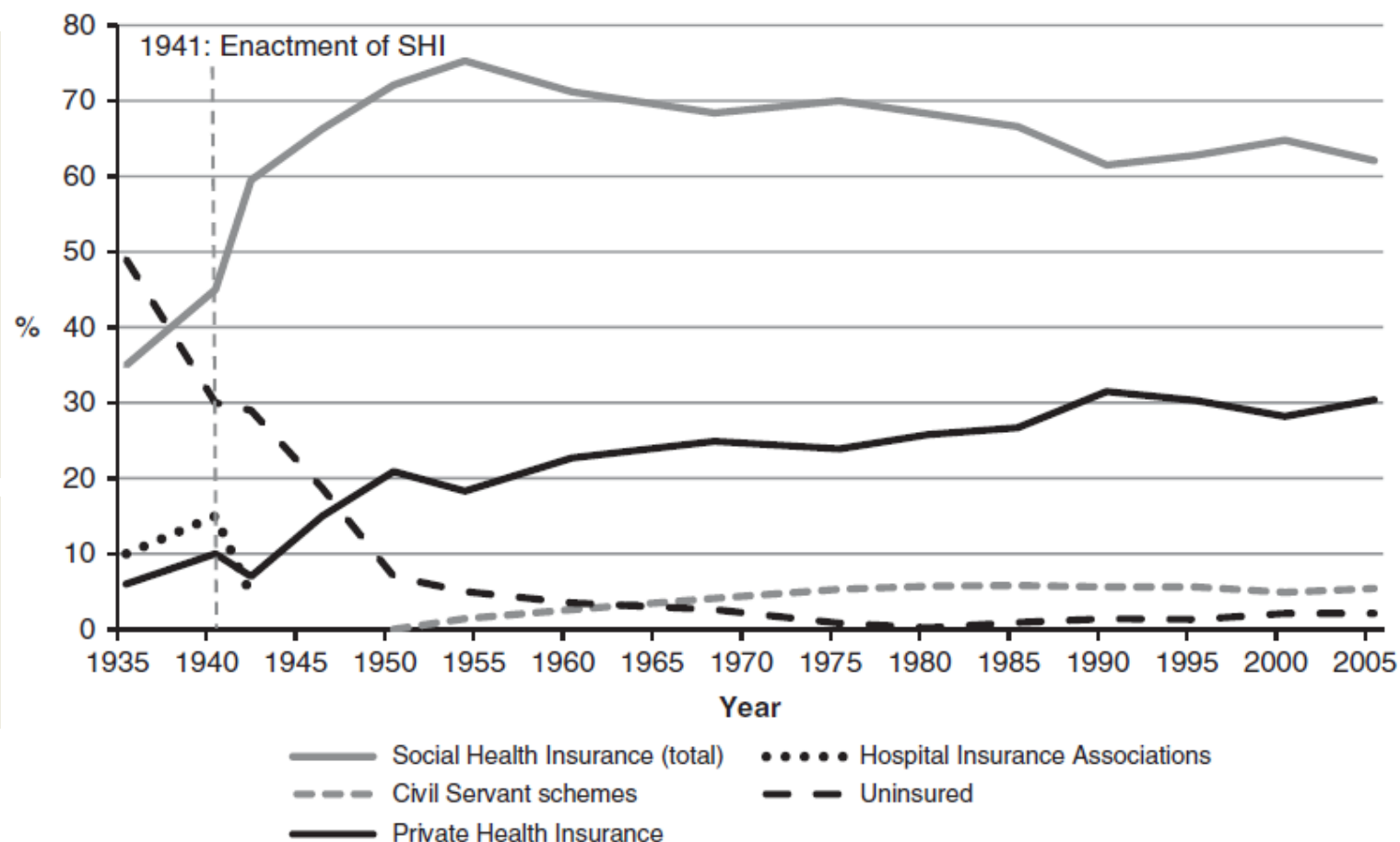


Figure 1. Share of the Dutch population (in %) insured under social and private health insurance, 1935–2005.

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) en Wet
Marktordening
Gezondheidszorg
(WMG)

2012-nu: Gereguleerde
marktwerking +
herregulering

2012: Macro-
beheersinstrument
(MBI) en eerste
hoofdpijnenakkoorden
(HLAs)

De lange aanloop naar marktwerking

26



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 = plan Simons (al noemt niemand het zo)

Redactioneel

De geest van hans simons

**DE GROENE
AMSTERDAMMER**

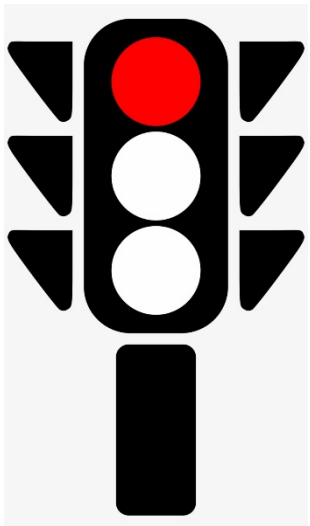
15 juli 1998 – verschenen in **nr. 29**

Welgeteld één keer heeft een sociaal-democratisch bewindspersoon het genoegen 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 betrapt. 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.

Waar gaan we het over hebben?

28



1. Het zorgstelsel raakt ons allemaal
2. Zoveel mensen zoveel meningen
3. Zeer korte geschiedenis van het stelsel
4. Basispolis en aanvullende polis: regulering en markt
5. Randvoorwaarden: wat gaat goed, wat (nog) niet?



29

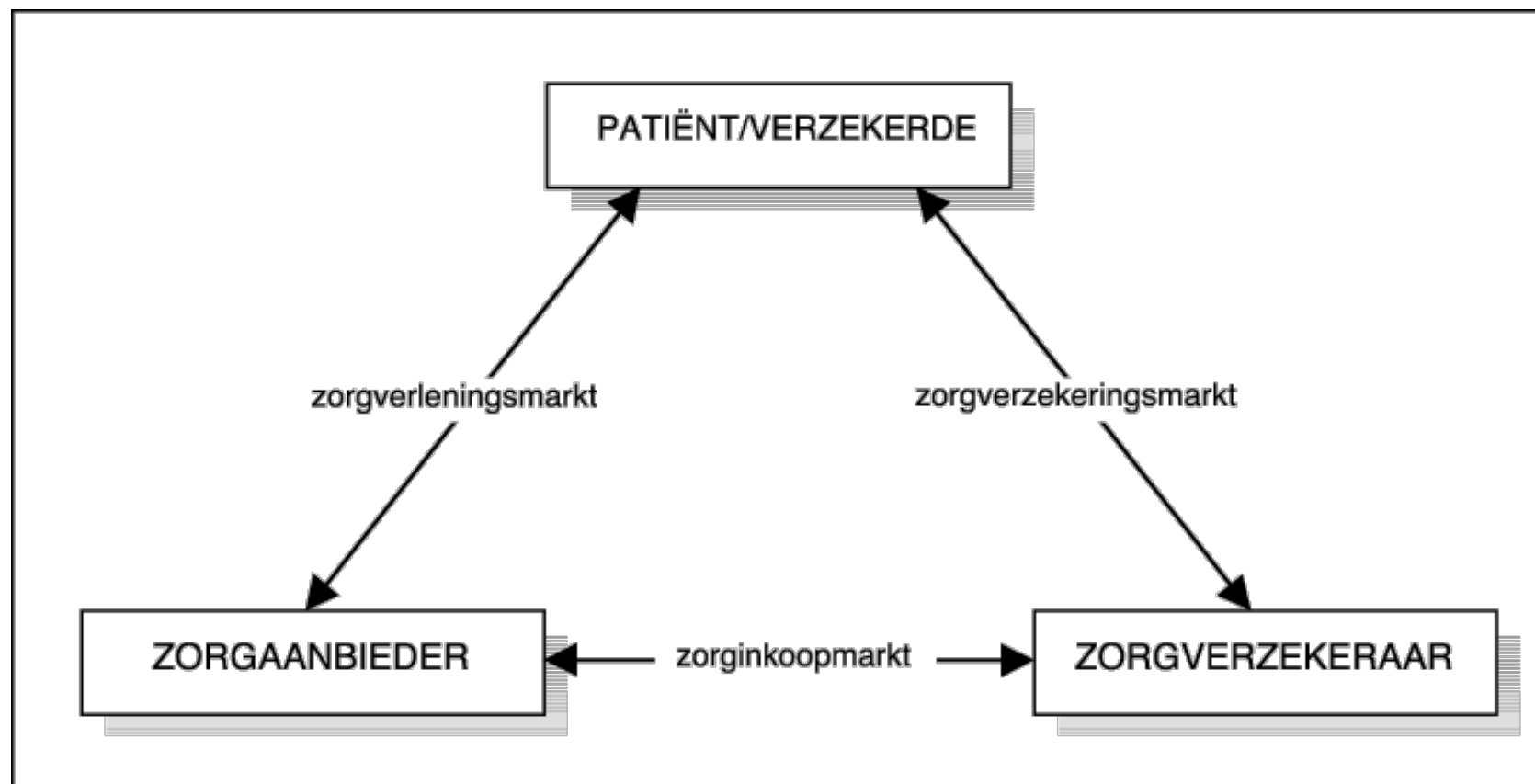
Basispolis en aanvullende polis

Gereguleerde markt versus vrije markt



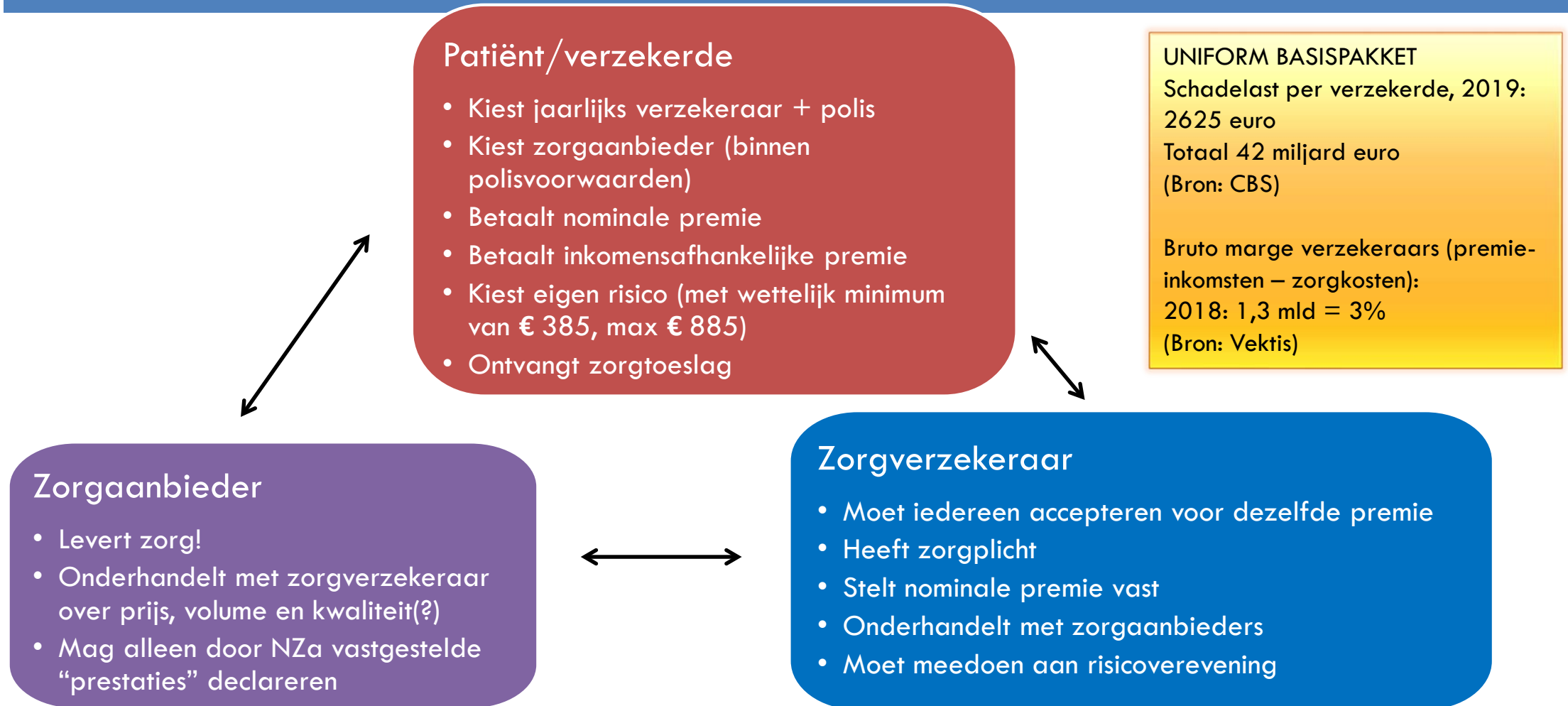
De drie belangrijkste markten in de zorg

30



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

31



Basispolis: twee doelen regulering

Regulering gericht op inkomens- en risicosolidariteit

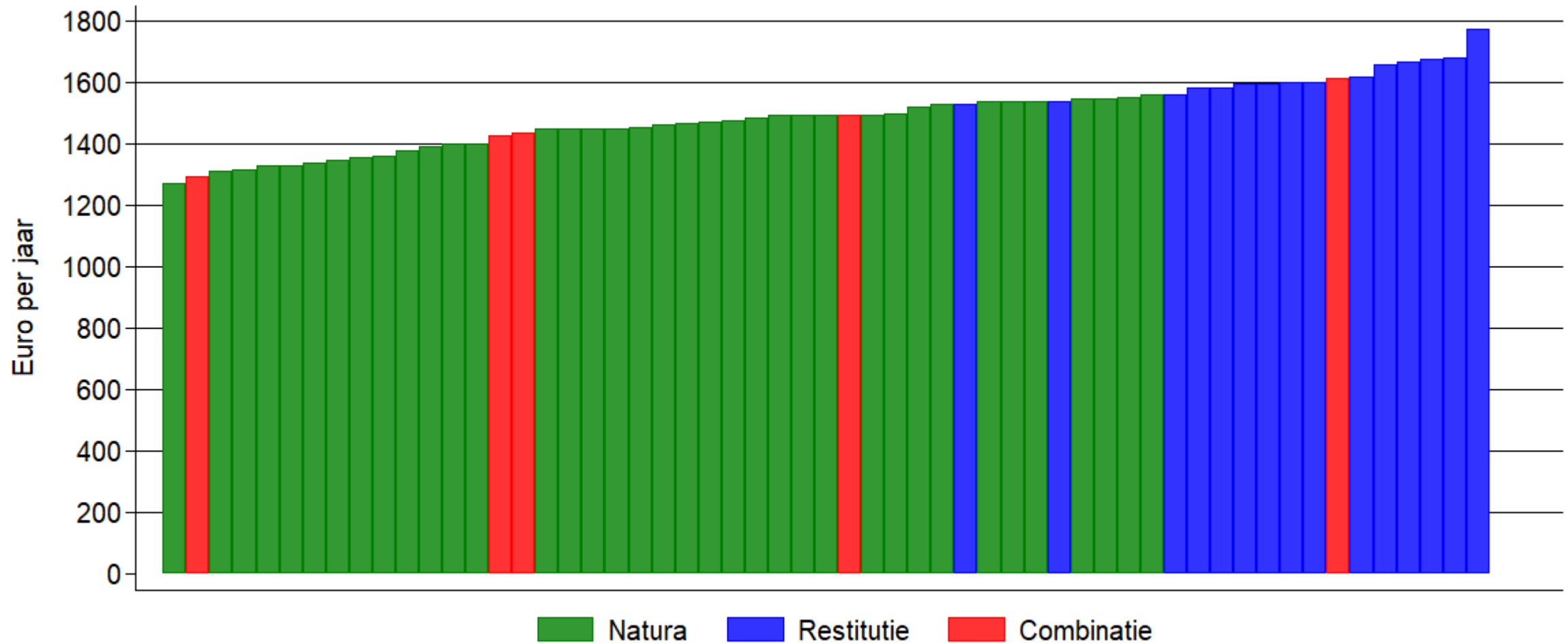
- Verzekeringsplicht voor iedereen (200.000 personen onverzekerd in 2020)
- Nominale premie én inkomensafhankelijke premie (in 2022: 7% van het inkomen tot € 59.706, dus max. €4.200)
- Inkomensafhankelijke zorgtoeslag (4,7 mln personen in 2021*)
- Verbod op premiedifferentiatie naar risico: iedereen betaalt de zelfde premie voor dezelfde polis

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

Nominale premie tussen 1.300 en 1.700 euro / jaar
gemiddeld 1384 euro in 2019 (Nza); dekt dus slechts helft zorgkosten Zvw

33

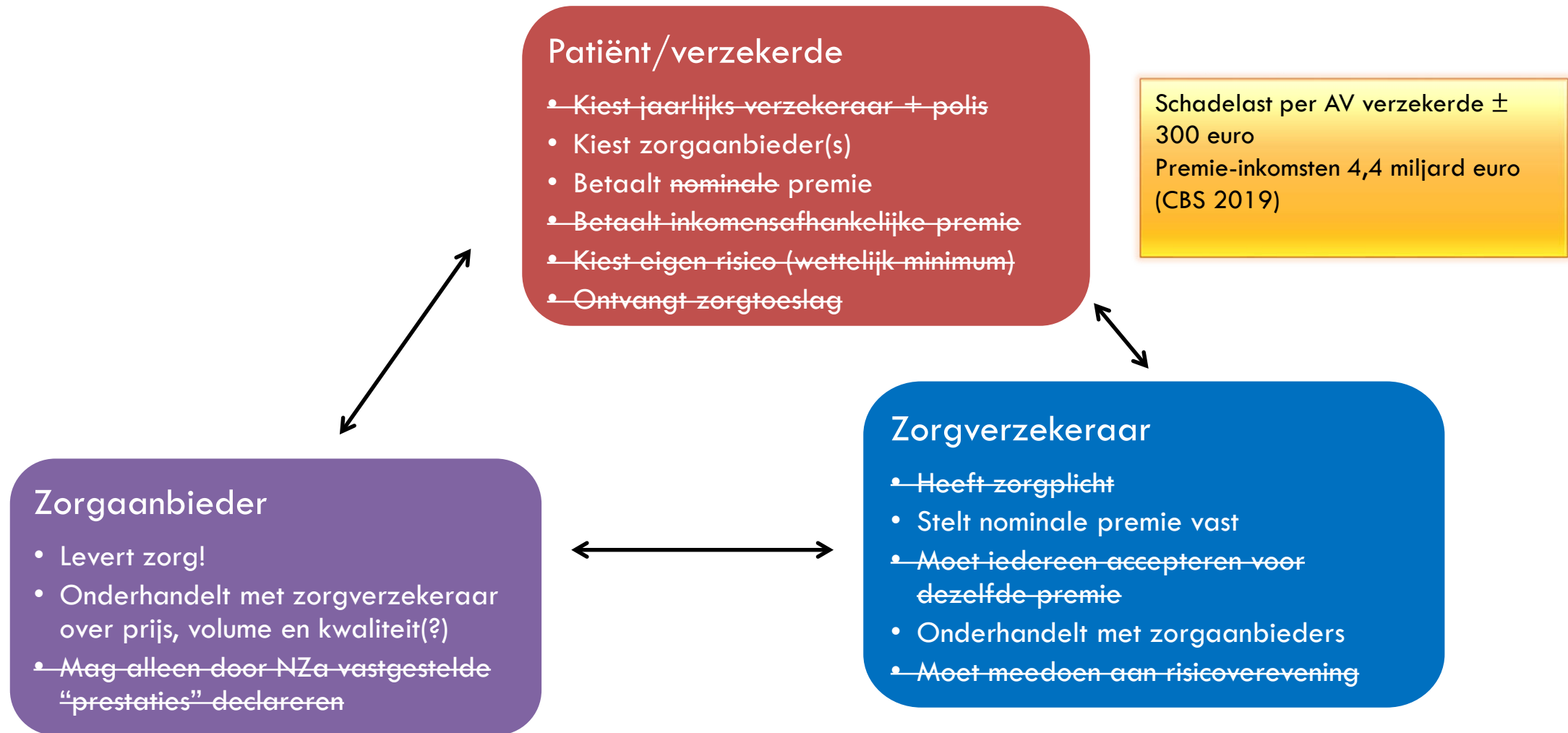


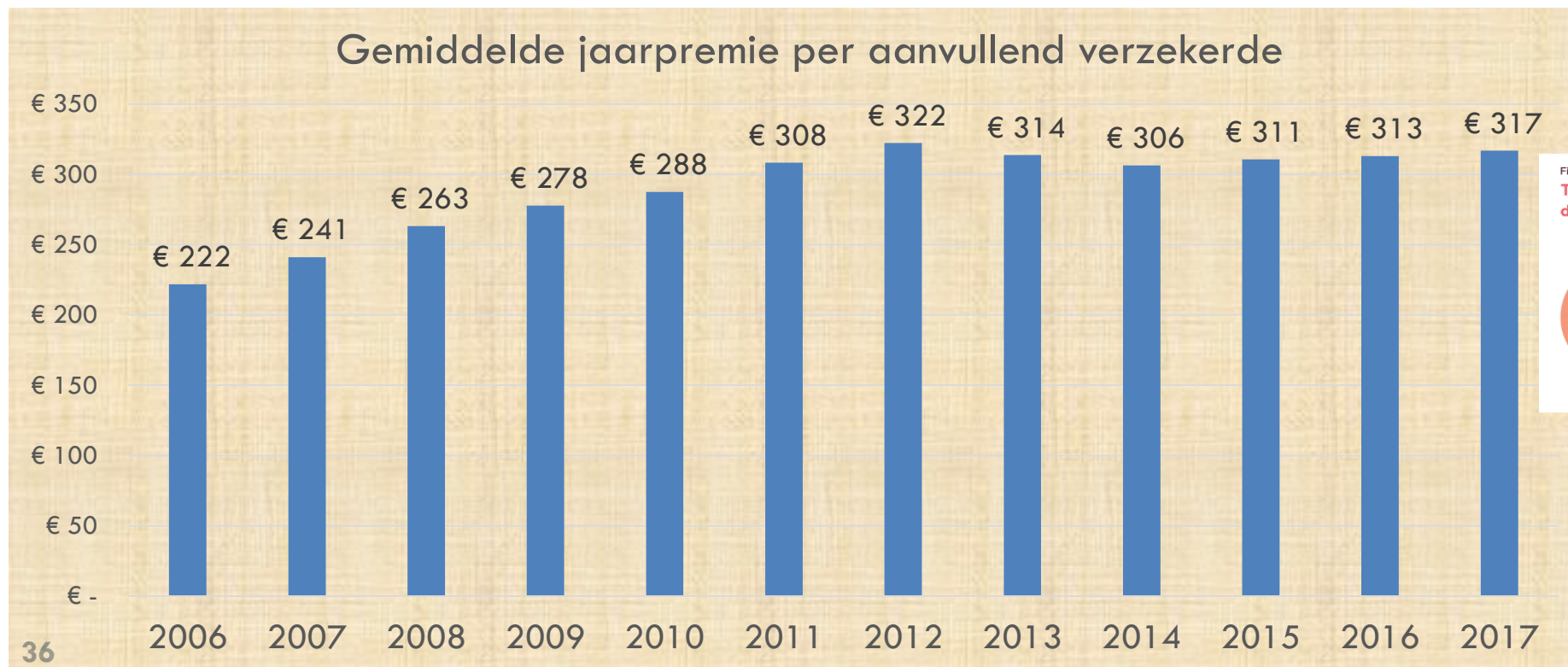
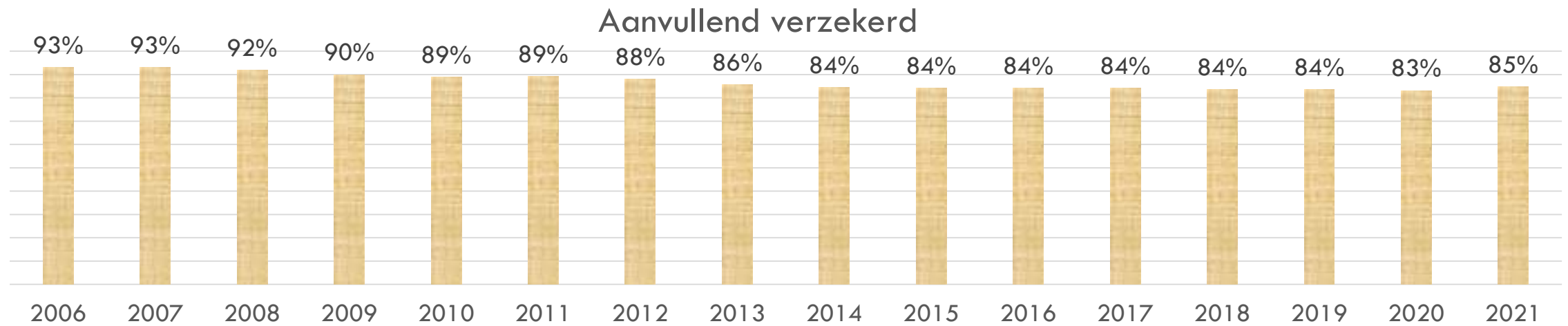
Bron: <https://www.vektis.nl/actueel/jaarcijfers-zorgverzekeraars-2019>

- 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 artskenkeuze
 - ▣ marktconform: gemiddelde tarief van alle aanbieders
- Als je met een **restitutieverzekering** naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat, krijg je het *marktconform* bedrag helemaal vergoed.

De aanvullende polis: vrije markt

35





Bron: Vektis,
Zorgthermometer
Verzekerden in Beeld
2021.pdf

Figuur 72

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



46%

Tandheelkundige zorg



29%

Paramedische zorg

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

Waarom een breed basispakket noodzakelijk is (binnen het huidige stelsel)

37

Duijmelinck, D. M. I. D., and W. P. M. M. Van De Ven. "Beperking keuzevrijheid zorgpolis door aanvullende verzekering." *Economisch Statistische Berichten* 96.4621 (2011): 634.

De markt voor aanvullende polissen werkt slecht: moeilijk te vergelijken, hoge overstapdrempel. Gevolg: zwakke concurrentie en hoge premie voor de aanvullende polis



Koppelerkoop tussen basispolis en aanvullende polis (*lock in effect*). Gevolg: je 'moet' beide afsluiten bij dezelfde verzekeraar



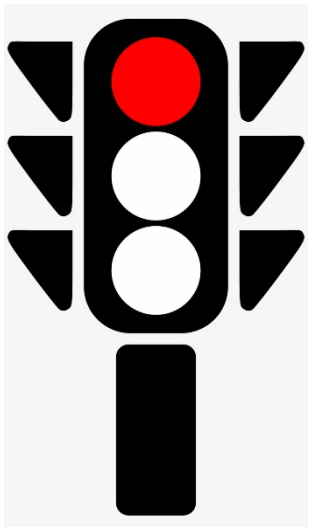
Koppelerkoop verzwakt ook de concurrentie bij de basispolis. Gevolg: premie voor de basispolis gaat omhoog

"A confinement of the role of supplementary insurance to 'luxury' benefits (e.g. cosmetic surgery, spa treatments, first class hospital services) would make this type of insurance dispensable also for high-risk individuals, which would reduce the lock-in effect"

* Roos, A.F. en F.T. Schut, Spillover effects of supplementary on basic health insurance: evidence from the Netherlands, *Eur J Health Econ.* 2012 Feb;13(1):51-62

Waar gaan we het over hebben?

38



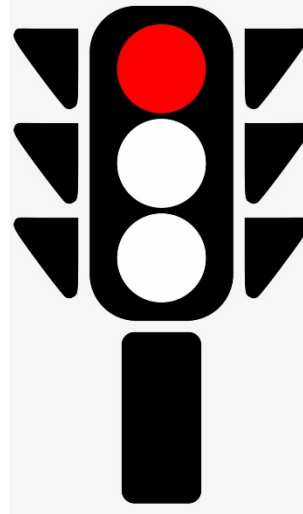
1. Het zorgstelsel raakt ons allemaal
2. Zoveel mensen zoveel meningen
3. Zeer korte geschiedenis van het stelsel
4. Basispolis en aanvullende polis: regulering en markt
5. Randvoorwaarden: wat gaat goed, wat (nog) niet?



Voldaan aan randvoorwaarden om het stelsel goed te laten werken?

CPB Document

‘Wij van het CPB’ vonden in 2003 van niet



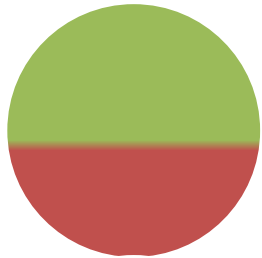
No 28
Januari 2003

Zorg voor concurrentie
een analyse van het nieuwe zorgstelsel

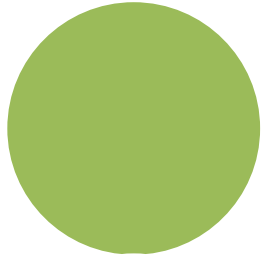
Randvoorwaarden CPB 2003

Nog
steeds
niet aan
voldaan

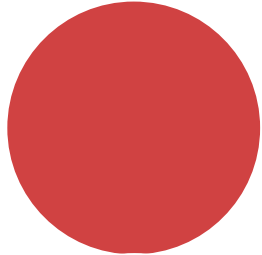
Inmiddels
aan
voldaan



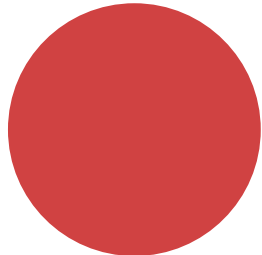
De baten van concurrentie zijn alleen te realiseren als er **voldoende concurrenten** zijn. De **huidige concentratietendens, zowel bij verzekeraars als ziekenhuizen, dient zo snel mogelijk te worden ingeperkt.**



Het **vereveningsstelsel** kan risicoselectie voor een belangrijk deel tegengaan, maar perfect is zo'n stelsel 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.**

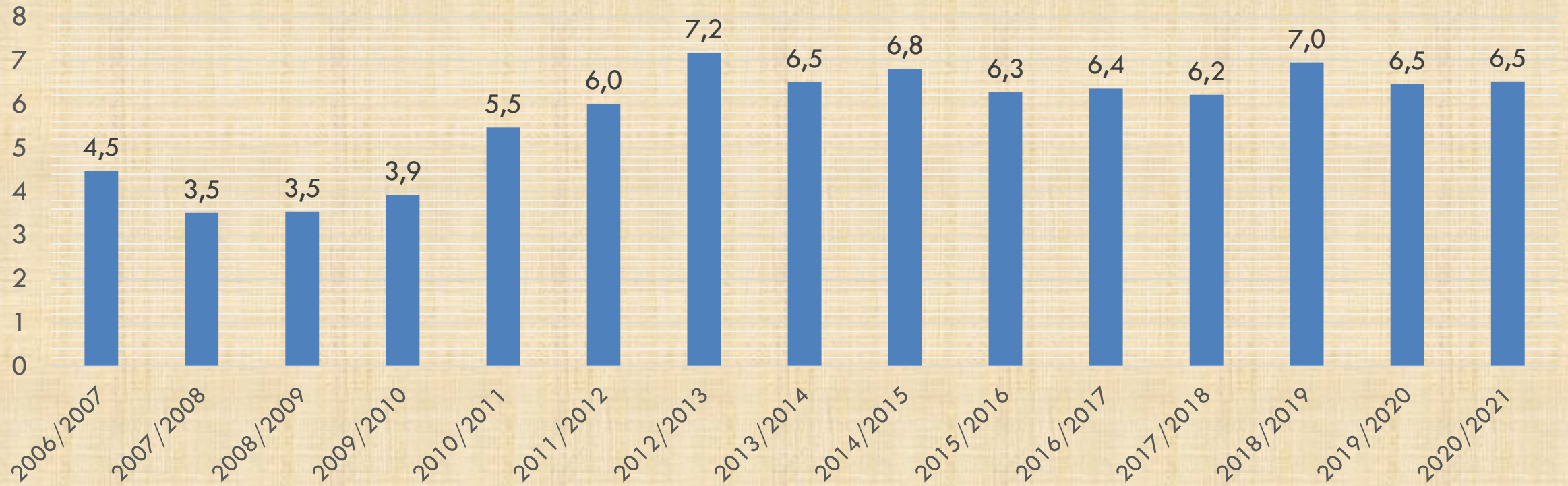


Verzekeraars moeten **selectief kunnen inkopen**, art 13 Zvw (hinderpaalcriterium), belemmert dat*

* Deze randvoorwaarde stond niet in het CPB-rapport, we gingen ervan uit dat hieraan zou zijn voldaan

Concurrentie op de polismarkt

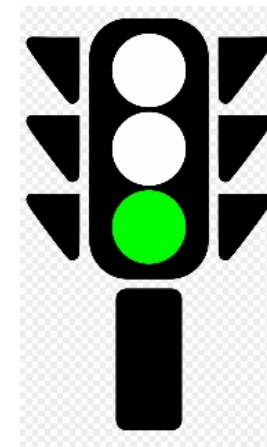
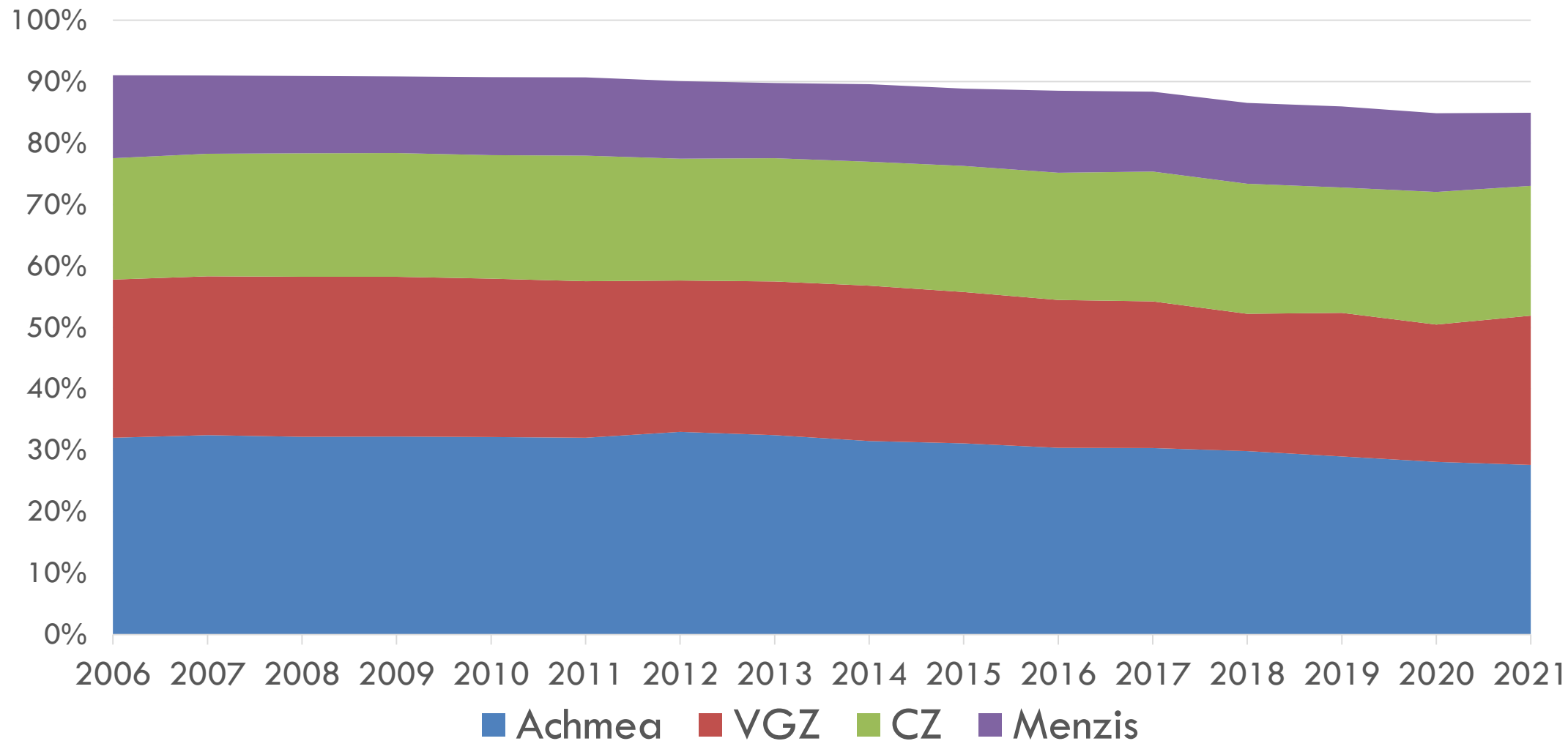
Basispolis: percentage overstappers per jaar
(maar eigenlijk maakt aantal overstappers niet uit, gaat erom dat je **kunt**
overstappen en dat zorgverzekeraars weten dat je dit zult doen)



Hoewel de markt zeer geconcentreerd is ...

Grote vier samen bijna 90% marktaandeel

42



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

EXPLOITATIERESULTAAT BASISVERZEKERING PER VERZEKERDE 18+ (IN EURO'S)



	2016	2017	2018	2019	2020
Premies en vereveningsbijdrage	2.810	2.902	3.068	3.197	3.326
Zorguitgaven	-2.854	-2.919	-3.007	-3.113	-3215
Bedrijfskosten en schadebehandelingskosten	-92	-86	-85	-83	-79
Opbrengst beleggingen	14	15	-7	27	9
Subtotaal resultaat boekjaar (incl. ramingen)	-122	-88	-31	28	41

Bron: Nza, Monitor Zorgverzekeringen 2021



“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.

Bron: Nza, Monitor Zorgverzekeringen 2018

“De laatste Menzis-cijfers stemden niet al te vrolijk: voor het tweede jaar op rij verloor de coöperatie verzekerden. Dit kwam door de premie, denkt Menzis. **En dat terwijl de verzekeraar €235 mln uit de reserves haalde om de premie te drukken** — met een bewust genomen verlies als gevolg.”

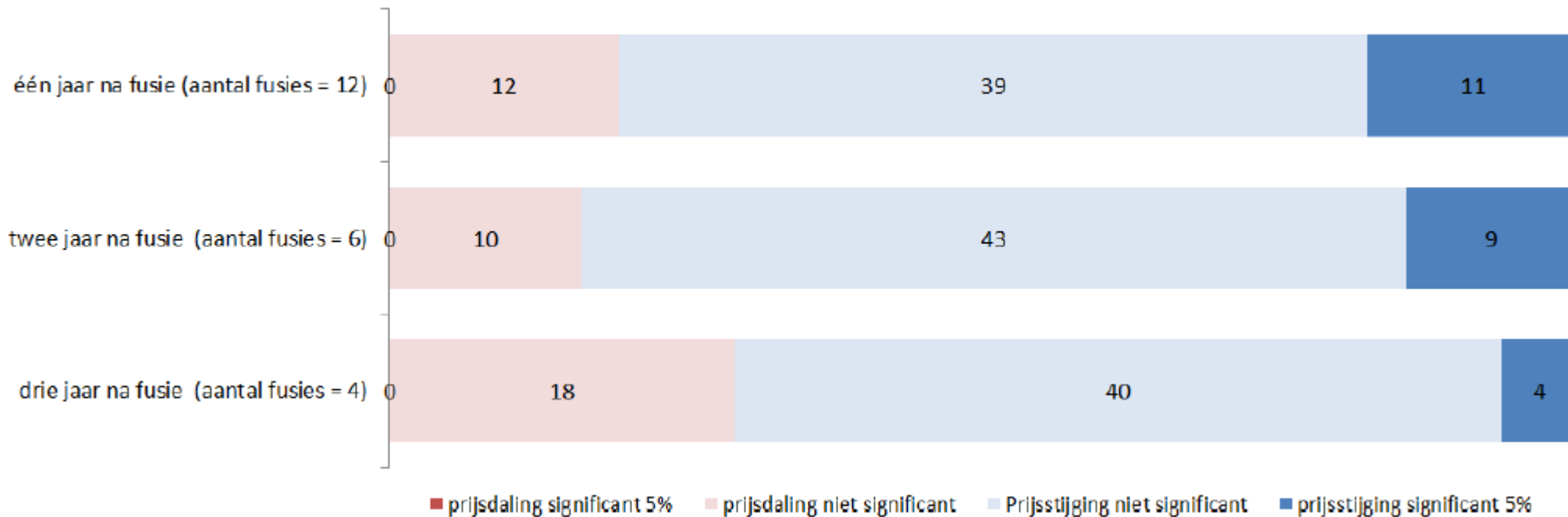
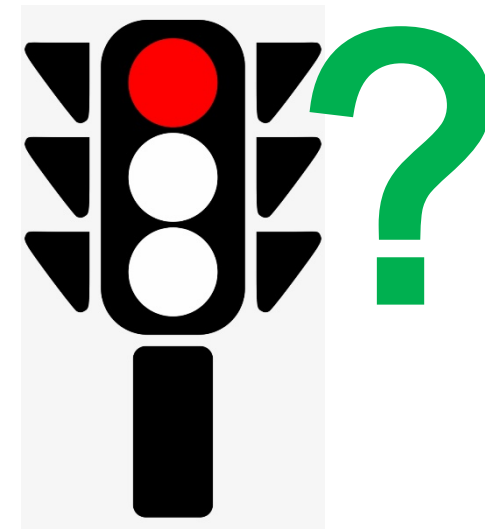
Ruben Wenselaar, FD 4 4 2022

Namen gefuseerde ziekenhuizen
MCA - Gemini
St. Lucas Ziekenhuis - Delfzicht Ziekenhuis
Ziekenhuis Walcheren - Oosterscheldeziekenhuizen
Ziekenhuis Bethesda - Scheperziekenhuis
Zorggroep Noorderbreedte - Ziekenhuis De Tjongerschans
Vlietland Ziekenhuis - St. Franciscus Gasthuis
St. Lucas Andreas Ziekenhuis - Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
Orbis - Atrium Medisch Centrum Parkstad
TweeSteden Ziekenhuis - St. Elisabeth Ziekenhuis
Spaarne Ziekenhuis - Kennemer Gasthuis
Haga Ziekenhuis - Reinier de Graaf Groep
Lievensberg - Franciscus

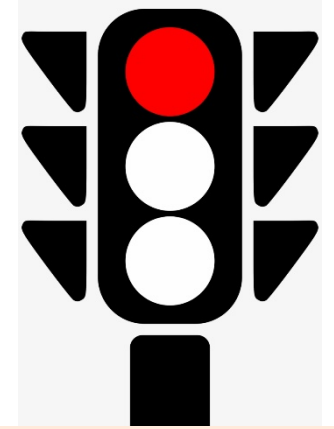
Door ziekenhuisfusies minder concurrentie

“Concluderend, we zien met name prijsstijgingen van ziekenhuisfusies ten opzichte van de controlegroep van ziekenhuizen die niet gefuseerd zijn”

Prijs- en volume-effecten van ziekenhuisfusies: Onderzoek naar effecten van ziekenhuisfusies 2007-2014, ACM 2017.



Toetreding nieuwe aanbieders beperkt

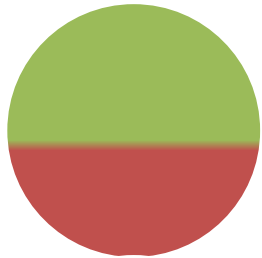


- Het marktaandeel van zelfstandige behandelcentra (zbc's) groeit gestaag.
- Er zijn minder lange wachttijden, er is meer persoonlijke aandacht en sectorbreed zijn behandelingen tot wel 20% goedkoper geworden.
- Maar financieel hebben de zbc's het zwaar, zegt Irene Groenink.
- Dilemma: meer geld voor de zbc's betekent minder geld voor de traditionele ziekenhuizen.

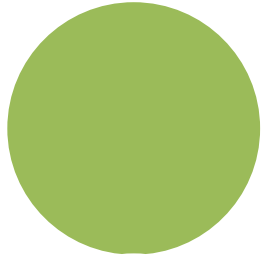
Randvoorwaarden CPB 2003

Nog
steeds
niet aan
voldaan

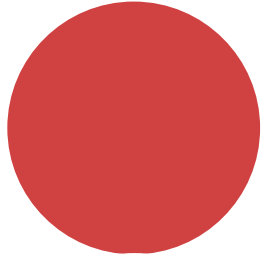
Inmiddels
aan
voldaan



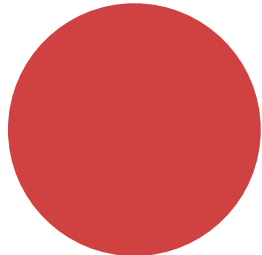
De baten van concurrentie zijn alleen te realiseren als er **voldoende concurrenten** zijn. De **huidige concentratietendens, zowel bij verzekeraars als ziekenhuizen, dient zo snel mogelijk te worden ingeperkt.**



Het **vereveningsstelsel** kan risicoselectie voor een belangrijk deel tegengaan, maar perfect is zo'n stelsel 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.**



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

* Deze randvoorwaarde stond niet in het CPB-rapport, we gingen ervan uit dat hieraan zou zijn voldaan

Risicoverevening

47

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

Zorgverzekeringsfonds, gevuld met
inkomensafhankelijke premies

Verzekeraar 1



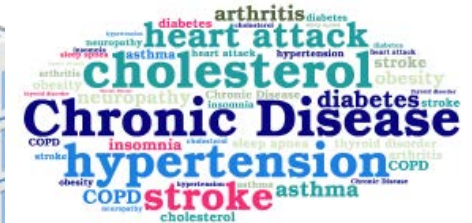
Ontvangt weinig



Ontvangt veel



Verzekeraar 2



Risicoverevening kan vast nog beter (maar is al goed genoeg om het stelsel te laten werken)

‘Verzekeraar krijgt structureel te weinig geld voor dure patiënt’

Erik van Rein
Vandaag, 06:00
Update: vandaag, 07:34

Zorgverzekeraars krijgen structureel te weinig geld van de overheid voor het aannemen van mensen met zeer hoge zorgkosten, zoals mensen met meerdere aandoeningen. Tegelijkertijd ontvangen ze nog te veel geld voor het aannemen van jonge, gezonde mensen die weinig zorg nodig hebben.



Zorgverzekeraars krijgen te veel geld voor het aannemen van jonge, gezonde mensen, constateert Van Veen.

Dat concludeert Suzanne van Veen (28) in haar promotieonderzoek over het zogeheten stelsel van risicoverevening in de zorg. Ze verdedigt het donderdagmiddag aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. De promotie komt in de week dat hoogleraar Betaalbaarheid van Zorg Patrick Jeurissen [in deze krant](#) waarschuwde voor het onderschatten van de duurste 1% patiënten. Zij dragen zo'n 30% van de totale zorgkosten.

Compensatie (de zogeheten ‘risicoverevening’) is een van de fundamenteën van het zorgstelsel. Het moet iedereen toegang geven tot goede basiszorg. Verzekeraars worden financieel gecompenseerd voor klanten die mogelijk veel geld kosten omdat ze een bepaald gezondheidsrisico lopen. Zij mogen klanten op hun beurt niet weigeren omdat ze weten dat mensen bijvoorbeeld een chronische ziekte hebben.

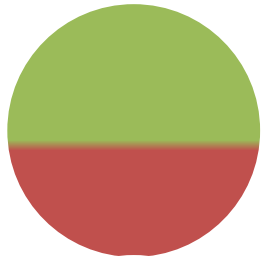


“[O]verstappers zijn vaak gezonde klanten, die dus weinig zorg nodig hebben. Daar komt de zogeheten risicoverevening nog eens bij. Dat systeem moet verzekeraars helpen, omdat ze niemand als klant mogen weigeren. Maar volgens Wenselaar overcompenseert het voor gezonde verzekerden en compenseert het te weinig voor ongezonde verzekerden.” (scheidend bestuurder Ruben Wenselaar, FD 4 4 2022)

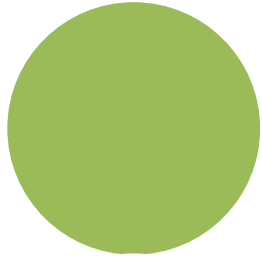
Randvoorwaarden CPB 2003

Nog
steeds
niet aan
voldaan

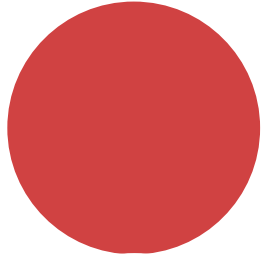
Inmiddels
aan
voldaan



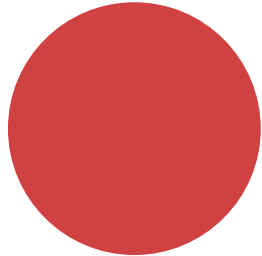
De baten van concurrentie zijn alleen te realiseren als er **voldoende concurrenten** zijn. De **huidige concentratietendens, zowel bij verzekeraars als ziekenhuizen, dient zo snel mogelijk te worden ingeperkt.**



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

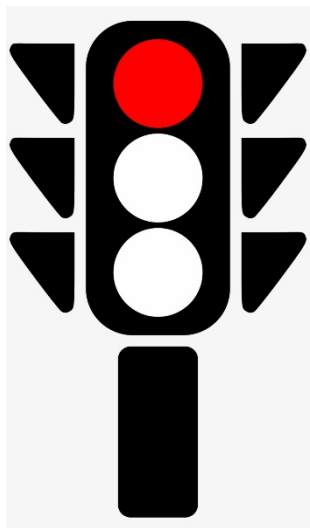


De kwaliteit van zorg kan toenemen als gevolg van meer concurrentie. Toch dreigt ook **kwaliteitsverlies, omdat patiënten veelal de kwaliteit van zorg niet goed kunnen bepalen.**



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

* Deze randvoorwaarde stond niet in het CPB-rapport, we gingen ervan uit dat hieraan zou zijn voldaan



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

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

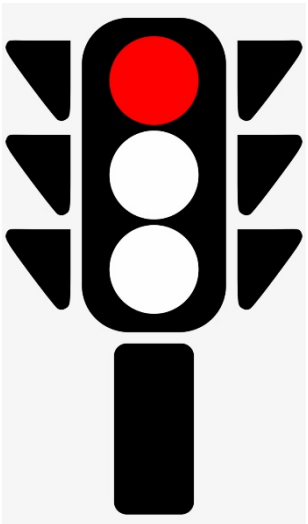


Karel C.F. Stolper^{a,*}, Lieke H.H.M. Boonen^b, Frederik T. Schut^a, Marco Varkevisser^a

^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.



Vrees bij start stelsel:

Omdat kwaliteitsinformatie voor verzekerden/patiënten (VP) ontbreekt,
concurreren verzekeraars alleen op prijs

2022: Nog steeds ontbreekt goede kwaliteitsinfo voor VP

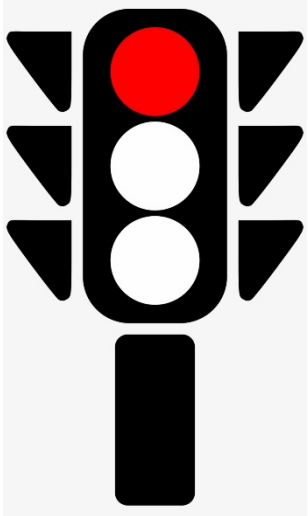
4 mogelijke scenario's

Kwaliteit te laag
(maar dat merken 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 op
prijs, maar **lage**
kosten en goede
kwaliteit gaan
hand in hand

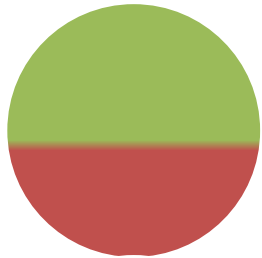
Kwaliteit op peil:
Kwaliteitsprikkel komt
van **intrinsieke**
motivatie
zorgaanbieders /peer
pressure



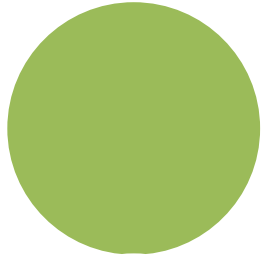
Randvoorwaarden CPB 2003

Nog
steeds
niet aan
voldaan

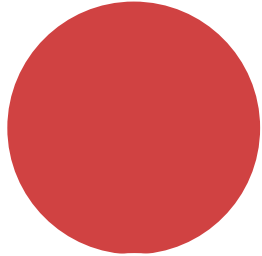
Inmiddels
aan
voldaan



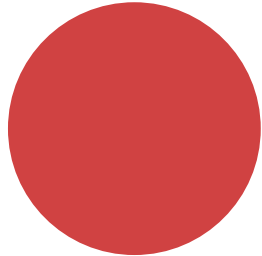
De baten van concurrentie zijn alleen te realiseren als er **voldoende concurrenten** zijn. De **huidige concentratietendens, zowel bij verzekeraars als ziekenhuizen, dient zo snel mogelijk te worden ingeperkt.**



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.**

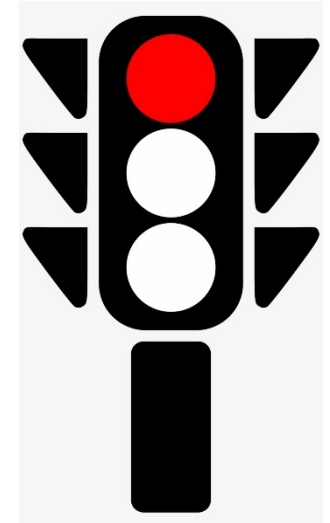


Verzekeraars moeten **selectief kunnen inkopen**, art 13 Zvw (hinderpaalcriterium), belemmert dat*

* Deze randvoorwaarde stond niet in het CPB-rapport, we gingen ervan uit dat hieraan zou zijn voldaan

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

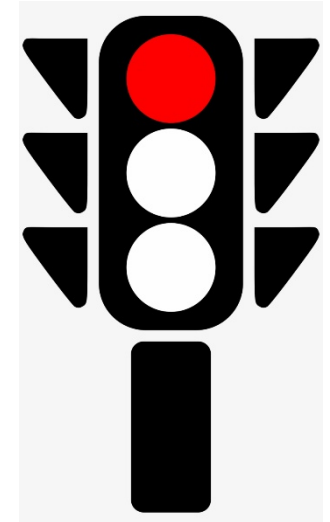
Art. 13 Zorgverzekeringswet en het hinderpaalcriterium

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.





digitaal

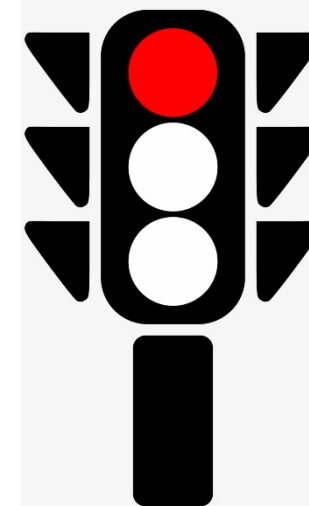
*Home
Over ons
Auteursinstructie
Colofon
Nieuwsbrief*



U bent hier: [TPEdigitaal](#) » [Archief](#) » [2022 jaargang 16 \(1\)](#)

Maakt Rutte IV de stevige keuzes die nodig zijn voor een toekomstbestendige gezondheidszorg?

STÉPHANIE VAN DER GEEST, ERIK SCHUT EN MARCO VARKEVISSER



Hoewel in het Coalitieakkoord staat dat contracten de basis vormen “voor aanbieders en verzekeraars om afspraken te maken over passende zorg, betaalbaarheid en doelmatigheid” wordt er op dit punt – zoals tot op heden telkens het geval is – weer niet doorgepakt. Het **hinderpaalcriterium**, dat zorgverzekeraars belemmert om niet-gecontracteerde zorg niet of merkbaar minder te vergoeden, lijkt namelijk ongemoeid te blijven.

Afschaffing van het hinderpaalcriterium is vooral belangrijk omdat dit, in combinatie met de wél door het kabinet aangekondigde “(nadere) voorwaarden aan winstuitkering om excessieve winstuitkering door zorgaanbieders tegen te gaan”, zorgverzekeraars **beter in staat stelt om sterk op winst gerichte ‘zorgcowboys’ tegenwicht te bieden.**

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

Kortom: het beeld...

58



En de “feiten...”

59

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.

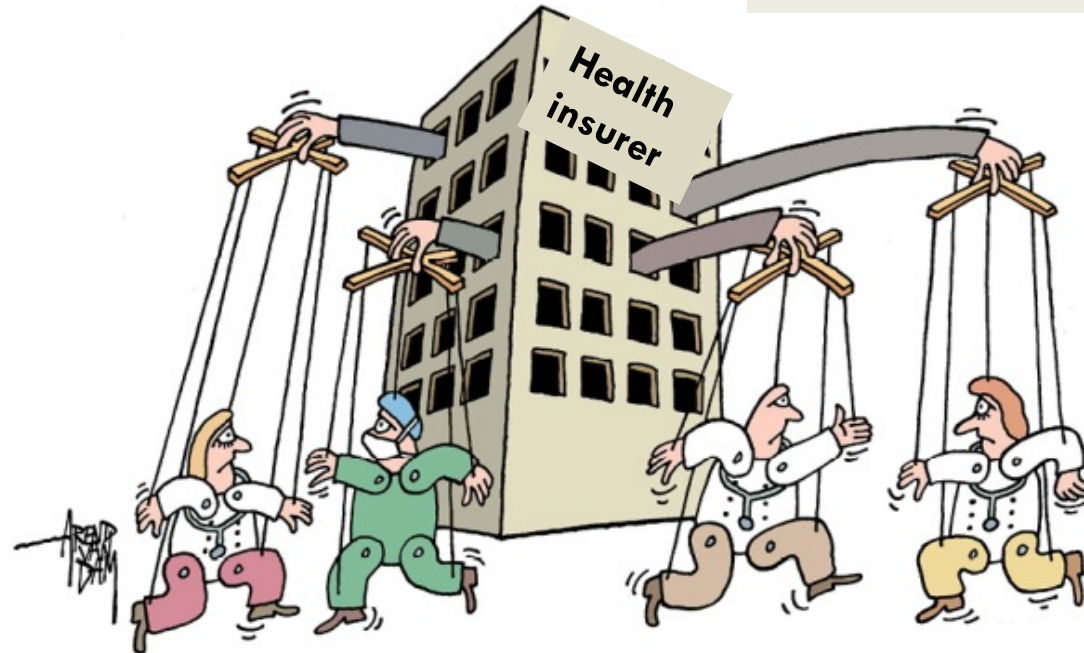
Daarom heeft minister sinds 2012 stokken achter de deur

60



Anders grijp ik
in!*

*Obv van het **macro-beheersinstrument**
en **hoofdlijnenakkoorden**



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.”

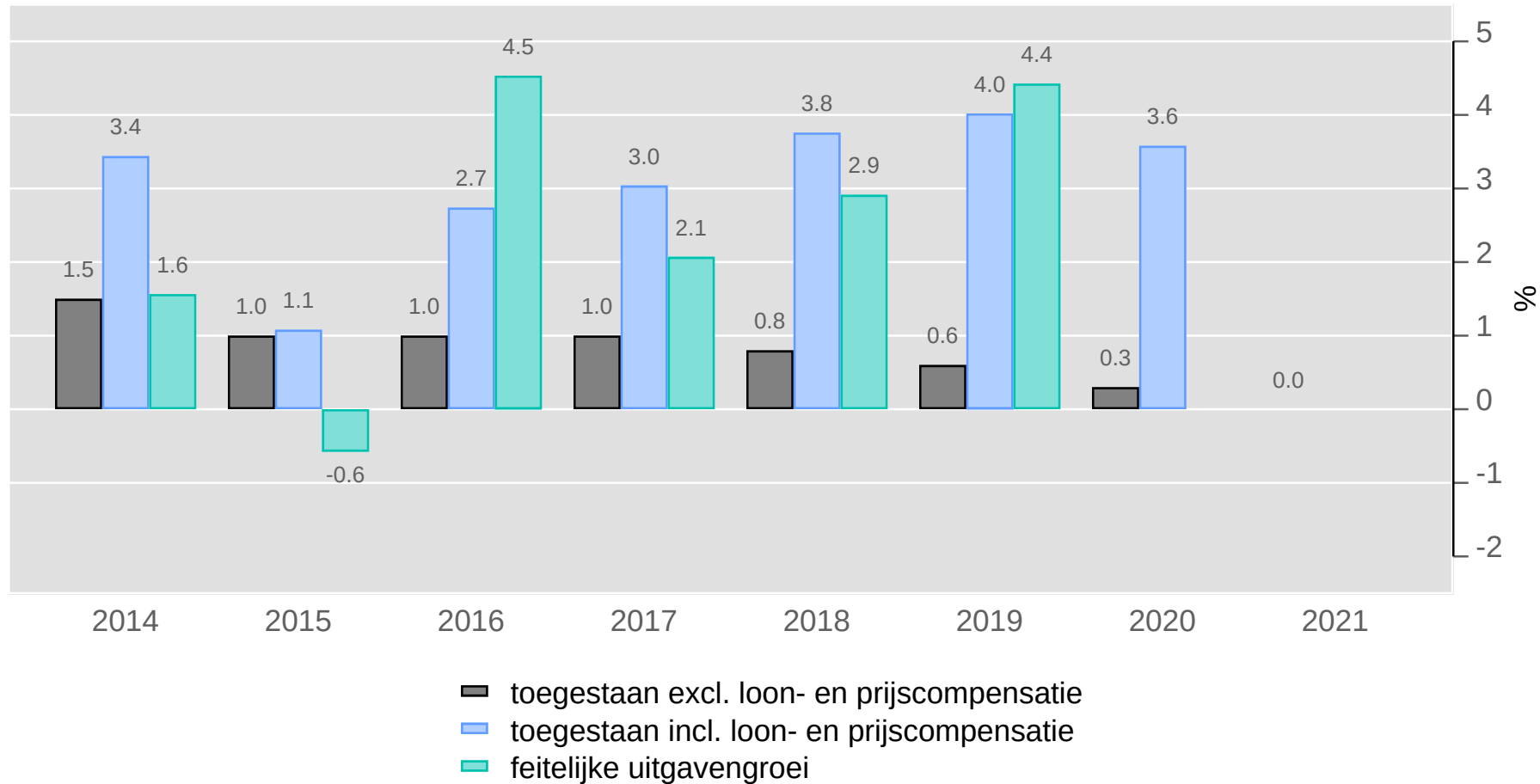
Apart voor ziekenhuizen, huisartsen en V&V

“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**.”

Dus: Bij overschrijding mag minister een identieke procentuele korting op omzet van alle aanbieders toepassen

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)

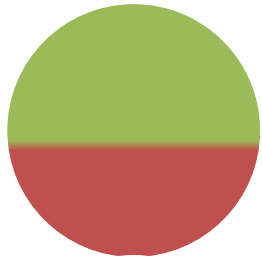
Feitelijke groei vanaf 2017: VWS, uitgebreide verdiepingsbijlage Zvw 2020

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

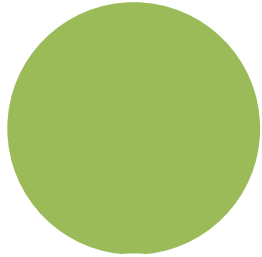
Randvoorwaarden CPB 2003

Nog
steeds
niet aan
voldaan

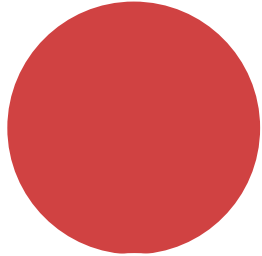
Inmiddels
aan
voldaan



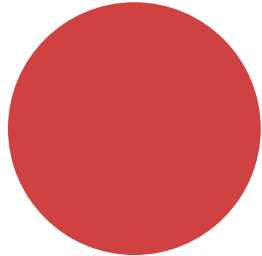
De baten van concurrentie zijn alleen te realiseren als er **voldoende concurrenten** zijn. De **huidige concentratietendens, zowel bij verzekeraars als ziekenhuizen, dient zo snel mogelijk te worden ingeperkt.**



Het **vereveningssysteem** 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.**



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

* Deze randvoorwaarde stond niet in het CPB-rapport, we gingen ervan uit dat hieraan zou zijn voldaan

Tot zover de randvoorwaarden: wat weten we over de uitkomsten?

Kwaliteit

⇒ nauwelijks internationaal vergelijkbare gegevens

Toegankelijkheid

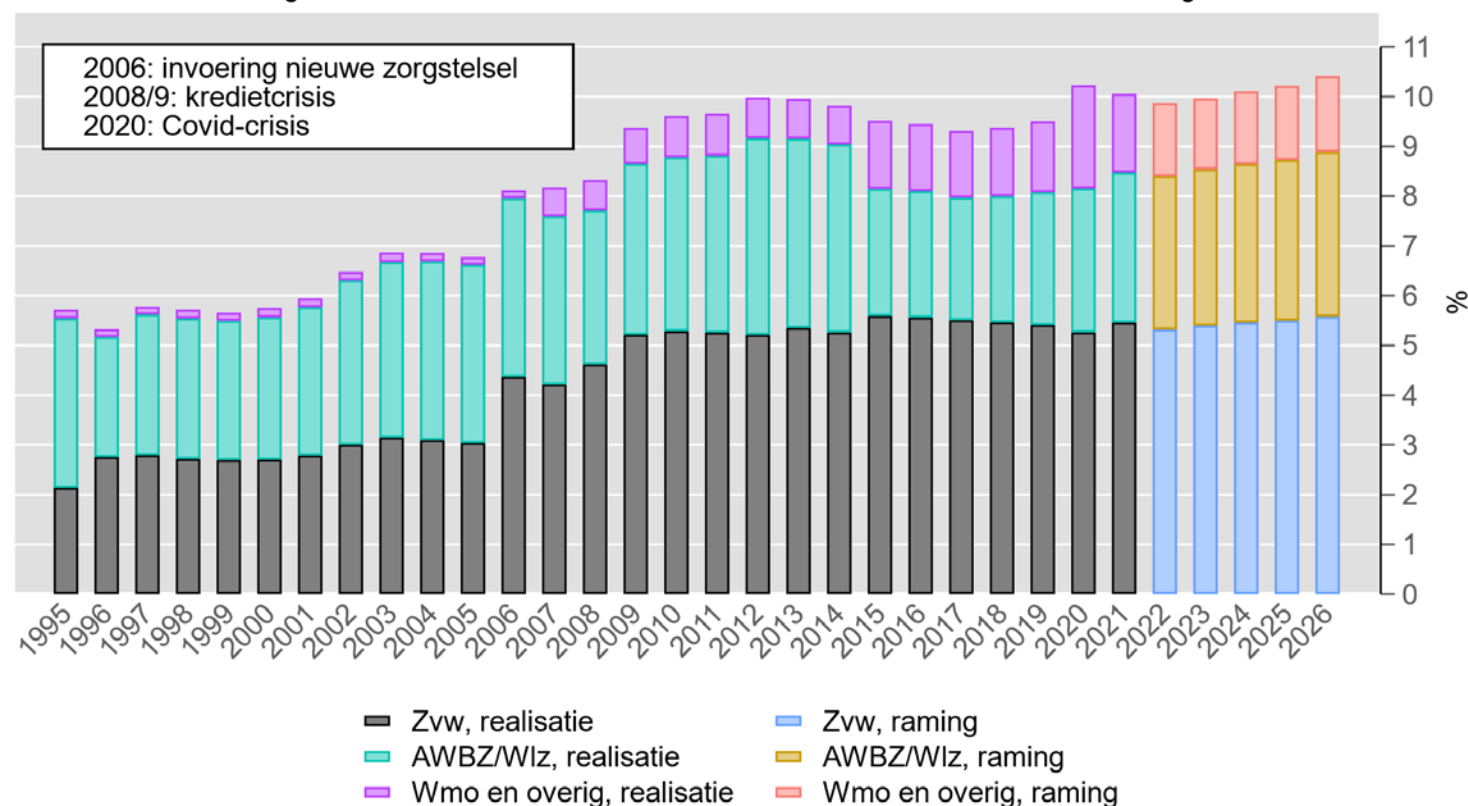
⇒ +: iedereen verzekerd; – : wachttijden >> Treeknormen

Betaalbaarheid

⇒ dalende zorgquote stemt optimistisch

Collectieve zorguitgaven in % BBP

Dit kengetal staat centraal in beleidsdiscussies over betaalbaarheid van de zorg



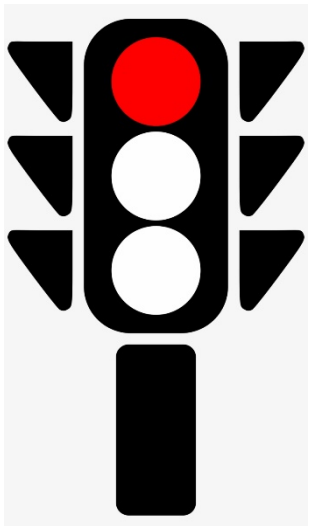
Hoe zit het met **doelmatigheid**?

- Zinnige zorg
- Dure geneesmiddelen
- Juiste zorg op de juiste plek
- Schottenproblemen

En wie zorgt voor **preventie**?

Waar gaan we het over hebben?

65



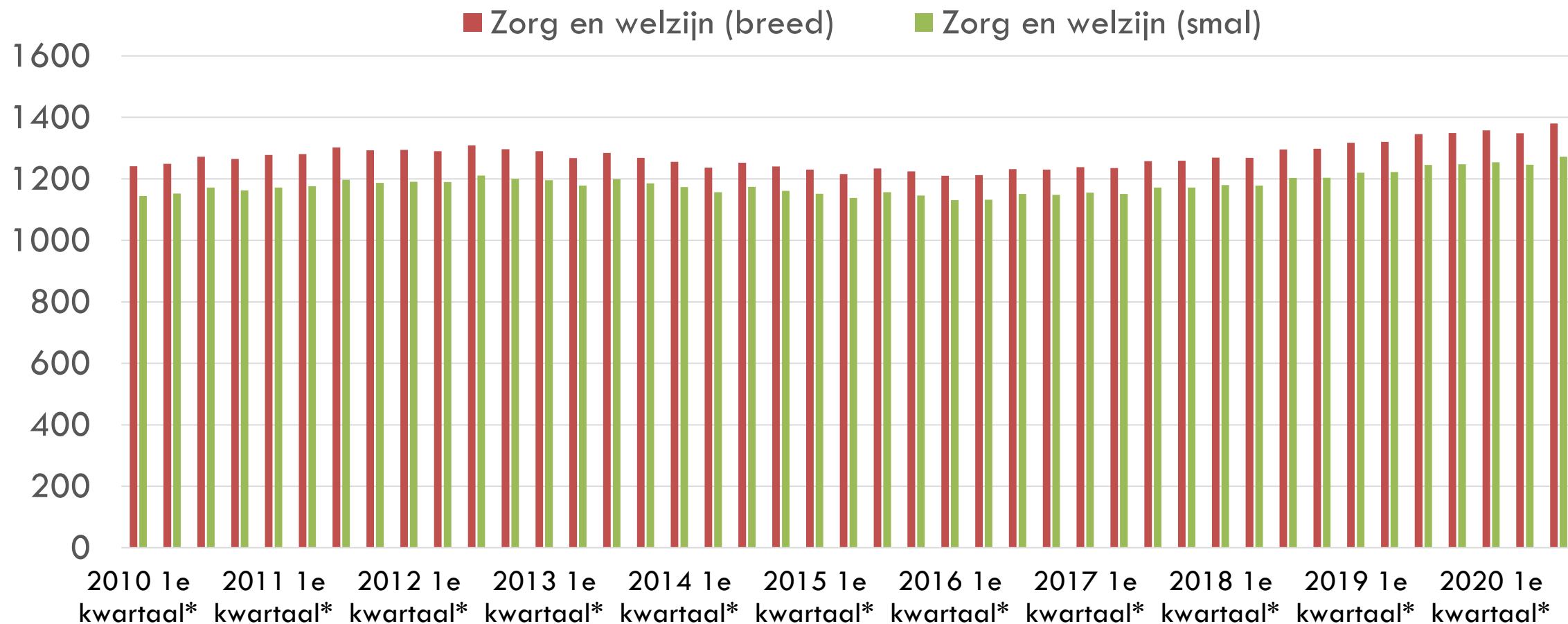
1. Het zorgstelsel raakt ons allemaal
2. Zoveel mensen zoveel meningen
3. Zeer korte geschiedenis van het stelsel
4. Basispolis en aanvullende polis: regulering en markt
5. Randvoorwaarden: wat gaat goed, wat (nog) niet?



Toegift: de arbeidsmarkt van zorg en welzijn

Aantal banen in zorg en welzijn schommelt rond 1,2 miljoen

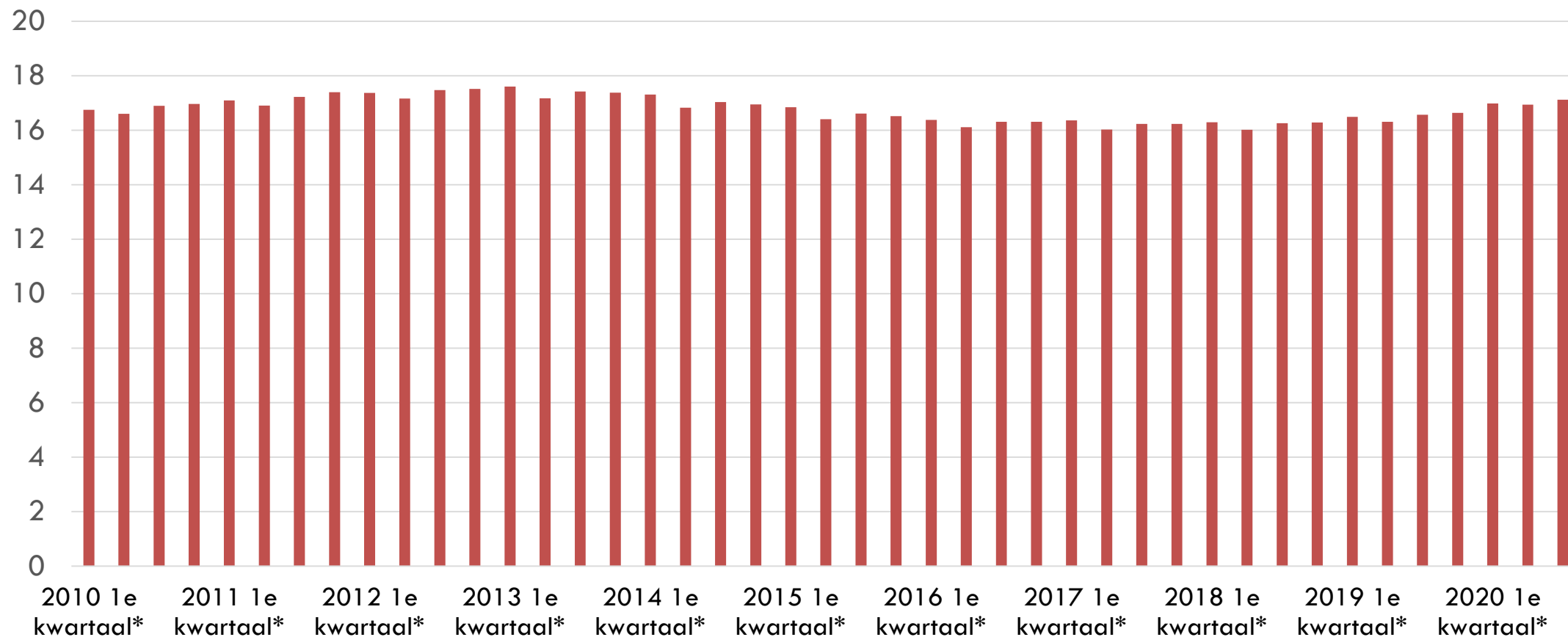
67



Bron: CBS, <https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24062NED/table?ts=1617892329664>

Aandeel Z&W in totale werkgelegenheid (banen) schommelt rond 17%

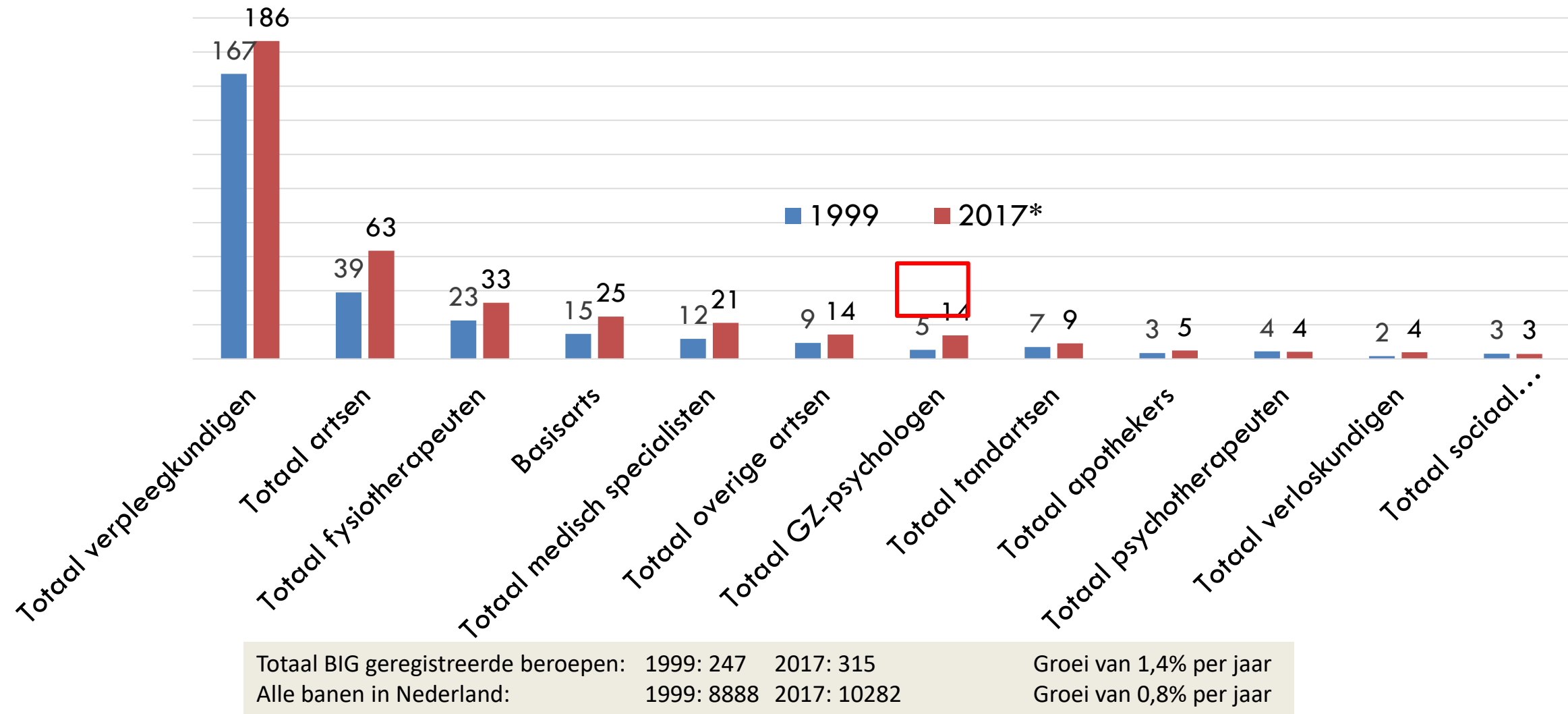
68



Bron: berekend uit CBS, <https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24062NED/table?ts=1617892329664>

Medisch geschoolden (BIG) werkzaam in de zorg ruim 300.000 in 2017, een kwart van het totale aantal banen in Z&W

69



Voorspelde arbeidsmarkttekortten vooral op MBO-niveau

	2021	2031	% totaal 2031
Verzorgende (niveau 3)	9.500	34.200	37,3
Verpleegkundige (niveau 4)	10.600	25.000	27,2
Verlos- en verpleegkunde (niveau 6)	7.300	9.200	10,0
Helpende zorg & welzijn (niveau 2)	2.400	5.100	5,6
Maatschappelijke hulp en dienstverlening (niveau 6)	1.200	4.900	5,3
Pedagogisch werker (niveau 3)	500	3.300	3,6
Doktersassistent (niveau 4)	1.300	2.800	3,1
Medewerker maatschappelijke zorg (niveau 3)	500	2.300	2,5
Pedagogiek (niveau 6)	400	1.700	1,9
Medewerker maatschappelijke zorg (niveau 4)	300	1.300	1,4
Maatschappelijke hulp en dienstverlening (niveau 7)	300	1.000	1,1
Psychologie (niveau 6 & 7)	300	1.000	1,1
Pedagogisch werker (niveau 4)	100	900	1,0
Sociaal-cultureel werker (niveau 6)	200	800	0,9
Pedagogoek (niveau 7)	300	800	0,9
Zorghulp (niveau 1)	100	100	0,1
Totaal	32.300	91.800	100

niveau 1 t/m 4 = MBO

niveau 6 t/m 7 = HBO

Bron: prognosemodelzw.databank.nl

In een interview met het NRC-Handelsblad stelt de econoom David Autor dat het verdwijnen van banen voor middelbaar opgeleiden “deze mensen naar beneden [duwt], naar laagbetaalde banen [...] Als je niet op een hoger niveau kunt werken, ga je waarschijnlijk op zoek naar banen waarvoor je algemenere vaardigheden nodig hebt: vrachtwagenchauffeur, schoonmaker.” (NRC 23 september 2021)

Als deze voorspelling uitkomt, is een sterke groei van de vraag naar MBO-ers in de zorg eerder een zegen dan een vloek. Een groeiende zorgsector kan een implosie van de arbeidsvraag naar middelbaar opgeleiden voorkomen, en daarmee massawerkloosheid en inkomensongelijkheid.