

# Leidt gereguleerde competitie tot betaalbare zorg?

*Patrick Jeurissen en Joost Trienekens*

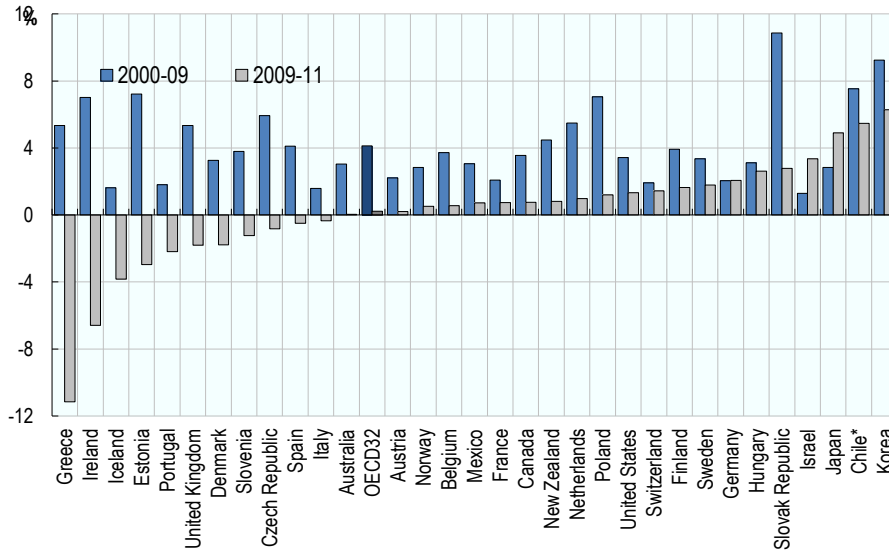
*In dit artikel exploreren we in hoeverre het nieuwe zorgstelsel toegerust is op de uitdaging om de zorg betaalbaar te houden. Dit laatste staat hoog op de politieke agenda en dat is niet zo verwonderlijk. We besteden immers meer dan dertien procent<sup>1</sup> van ons bruto binnenlands product aan zorg. Tegelijkertijd bestaat de opgave om de openbare financiën, die zwaar onder druk staan door de al vijf jaar durende financiële en economische crisis, op orde te brengen. Dat gaat, gelet op de omvang van het beslag van de zorg op de collectieve uitgaven en het historisch hoge groeipercentage, niet zonder ingrepen in de zorg. De ook door Nederland gesteunde aanscherping van Europese begrotingsrichtlijnen dwingen om het mes in de zorguitgaven te zetten (Fahy 2012). Indien we ons realiseren dat de zorguitgaven al meer dan tien jaar fors groeien en dat de budgettaire kaders routinematig worden overschreden (Taskforce Beheersing Zorguitgaven 2012), is duidelijk dat een trendbreuk geen sinecure is.*

## 1 Inleiding

In dit licht is het erg opvallend hoe snel zich momenteel een draai lijkt te voltrekken. De groei van de zorguitgaven neemt duidelijk af. Dit is echter geen exclusief Nederlands verschijnsel. In veel Westerse landen daalt de reële groei van de zorguitgaven, het OECD gemiddelde daalde van ruim 4% per jaar in de periode 2000-2009 tot bijna 0% in de periode 2009-2011. Een (behoorlijk) deel van deze terugval wordt veroorzaakt door drastische bezuinigingen in de Zuid-Europese landen en in Ierland. Echter, met uitzondering van Israël en Japan loopt de groei van de zorguitgaven in alle landen terug. De OECD (2013) constateert daarbij dat hoge uitgavengroei in de jaren voor de crisis lijkt te correleren met bezuinigingen tijdens de crisis (Figuur 1). Reeves et al. (2013) hebben bovendien laten zien dat een significante daling van de zorguitgaven enkel samenhangt met i) deelname in een hulpprogramma van het IMF; en ii) in mindere mate met de omvang van de dalende (belasting)inkomsten.

---

<sup>1</sup> Dit betreft de totale zorguitgaven, zowel collectief als privaat gefinancierd.

**Figuur 1** Reële per capita groei zorguitgaven

(Bron: OECD 2013).

De groei van het bbp is een centrale determinant van de beschikbare budgettaire ruimte voor de zorg (Frogner, Hussey en Andersson 2011: 15-16). Maar via welke kanalen loop die invloed? In landen met meer top down mogelijkheden voor budgettaire sturing is die relatie wellicht directer dan in landen, waaronder Nederland, waar afwegingen tussen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid deels zijn gedecentraliseerd naar partijen anders dan de overheid en waar de Zalmnorm een strikte scheiding tussen inkomsten en uitgaven heeft geïntroduceerd.<sup>2</sup>

David Cutler en Nikhil Sahni (2013) kwamen onlangs in *Health Affairs* tot de conclusie dat de huidige snelle afname van de groei van de zorguitgaven in de Verenigde Staten echter doet vermoeden dat er meer aan de hand is (dan een top down vermindering van de budgettaire ruimte als gevolg van lagere groei van het bbp). Zij becijferden dat 55% van de afnemende groei van de zorg in de VS verklaard lijkt te worden door ‘fundamentele’ factoren zoals i) een tragere verspreiding van technologie en van nieuwe geneesmiddelen, ii) meer eigen betalingen door patiënten en iii) een toename van de doelmatigheid van zorgaanbieders.

Vooraf door dit laatste punt wordt gespeculeerd dat ‘marktgeoriënteerde’ aanpassingen van de zogenaamde derde hervormingsgolf van zorgsystemen (Cutler

<sup>2</sup> Het onderzoek van Reeves et al. (2013) maakt duidelijk dat een daling van de inkomsten significant invloed heeft op de zorguitgaven. Bij ons werken dalende overheidsinkomsten als gevolg van de crisis werken door de systematiek van de Zalm norm echter (zeer) verlaat door in de uitgavenkaders van de zorg.

2002), bijdragen aan verlaging van de kostengroei. Ons land is tegen die achtergrond een belangrijke casus. In weinig landen zijn deze ‘marktgeoriënteerde’ hervormingen zo zichtbaar als in Nederland. Ons zorgstelsel voldoet goed aan de randvoorwaarden voor het model van de zogenaamde gereguleerde competitie (Van de Ven et al. 2013); er is daarom sprake van een unieke casus (Paris et al. 2010).

Dit artikel bevat een verkenning van de effecten van gereguleerde competitie op de betaalbaarheid van de curatieve zorg. Wij doen dit met behulp van een chronologische institutionele analyse op basis van drie belangrijke veranderingen: (i) het vastlopen en daarna voorbereiden van het definitieve einde van de aanbodbudgettering, (ii) de creatie van een nieuwe institutionele configuratie tussen 2006 en 2011, en (iii) de verdere toename van financieel risico sinds 1 januari 2012.

Onze conclusie is dat het nieuwe zorgstelsel bijdraagt aan doelmatigheid en dat deze nu ook lijkt te worden omgezet in een lagere groei van de zorgkosten. Meer dan in andere landen – waar traditionele top down budgetinstrumenten van groot belang blijven – komt deze dynamiek in ons land tot stand van onder op. De complementariteit die is ontstaan tussen (i) de bestuurlijke akkoorden tussen veld en overheid, (ii) het toegenomen financiële risico (ook voor patiënten) en (iii) de toegenomen maatschappelijke aandacht heeft daarbij waarschijnlijk kanaliserend gewerkt. Het feit dat de reserves van zorginstellingen sterk zijn toegenomen en dat de overheid tot op zekere hoogte alsnog kan overgaan tot generieke kortingen duiden op kansen voor een wat langdurigere vertraging van de uitgavengroei.

## 2 Op weg naar een nieuw zorgstelsel

Belangrijke bouwstenen van de stelselhervorming zijn in 1987 gelegd door de Commissie Dekker. Onder de vlag van gereguleerde competitie kwam een basisverzekering met concurrerende zorgverzekeraars en actieve zorginkoop naar voren als wenselijke fundering voor een nieuw zorgstelsel. Hiermee zou er een einde moeten komen aan de scheiding tussen particulier- en ziekenfondsverzekerden, een langgekoesterde wens van de partijen aan de linkerkant van het politieke spectrum. Meer marktprikkels werd juist gesteund door de rechtse politieke partijen. De uitruil tussen een (inkomensafhankelijke) basisverzekering en de marktgeoriënteerde uitvoering bleef de centrale onderliggende politieke dimensie in de daarop volgende jarenlange aanloop naar de stelselherziening

De Commissie Dekker adviseerde echter ook om een groot aantal bezuinigen door te voeren. Hiervoor wilde men gebruik maken van beddenreducties en andere ‘centralistische’ bezuinigingen die eigenlijk maar moeilijk inpasbaar waren binnen de door de commissie zelf voorgestelde hervorming (Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg 1987). Dit illustreert dat de ‘ijzeren driehoek’ van de aanbodbudgettering die planning, bekostiging en financiering aan elkaar koppelde, nog volop intact was (institutionele ‘sclerose’). Sterker, de ‘kracht’ van

de aanbodregulering als instrument voor kostenbeheersing zou nog zo'n tien jaar toenemen. In 1995 werden uiteindelijk ook de medisch specialisten 'gebudgetteerd' en het aantal specialistenplaatsen bevroren. Met nauwelijks nog een prikkel voor volume stond het zorgsysteem op het hoogtepunt van haar kostenbeheersende kracht. De balans in de, grotendeels door de overheid gemaakte, afweging tussen kwaliteit, toegankelijk en betaalbaarheid lag in die jaren sterk op de betaalbaarheid.

Een paar jaar later bleek dat de zorg kampte met lange wachtlijsten (Schut en Varkevisser 2013); een negatieve groei van de productiviteit (Van der Meulen et al. 2012); en dat de groei van de levensverwachting was gestagneerd (Mackenbach et al. 2011). De aanbodregulering stopte met het leveren van resultaten en de professionele en maatschappelijke legitimiteit eronder nam drastisch af. Nadat de rechter (1999) ook nog het wettelijke 'recht op zorg' afdwong (Schut en Varkevisser 2013), was duidelijk geworden dat een andere koers onontkoombaar was. De negatieve ervaringen aan het eind van de jaren negentig kunnen we met de kennis van nu typeren als een belangrijke waterscheiding: er 'moest' een nieuwe koers komen.

Die andere koers kwam in eerste instantie tot uiting in een grote financiële impuls. De aanbodbudgettering werd goeddeels buiten werking gesteld. De ziekenhuisuitgaven namen toe met 11% (2001) en 13% (2002); voor de huisartsenzorg en farmacie golden gelijke percentages (Tabel 1). De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg trok aan de bel over 'exploderende zorguitgaven' (RVZ 2003). Er moest iets gebeuren, maar de weg terug naar de instituties van de aanbodbudgettering was vanwege de massale weerstand en het gebrek aan legitimiteit afgesloten. Enkele pakketmaatregelen en doelmatigheidskortingen waren onvoldoende voor een duurzame oplossing. Een nieuwe institutionele configuratie leek nu echt nodig. De technische en beleidsmatige randvoorwaarden voor een draai naar een systeem van gereguleerde competitie, waaraan al sinds het eind van de jaren tachtig was gewerkt, waren toen al een heel eind gevorderd (Helderman 2007).

De grote financiële impulsen bleven ondertussen niet zonder gevolgen. De wachtlijsten namen snel af (Schut en Varkevisser 2013); de productiviteitsgroei in de ziekenhuizen – negatief in 1999 en 2002 – nam, mede onder invloed van de Wet van Verdoorn<sup>3</sup>, toe tot gemiddeld 2,2% in de vijf jaar voorafgaand aan de stelselhervorming (VanderMeulen et al. 2012); de levensverwachting begon substantieel te stijgen (Mackenbach et al. 2011). Een nieuwe ordening was dus nodig, maar daarbij was het zeker niet de bedoeling dat de net verkregen toename van kwaliteit weer ongedaan gemaakt werd: doelmatigheid stond dan ook boven kostenbeheersing. Deze brede consensus creëerde een '*window of opportunity*' voor een grote hervorming in de zorg. De huisartsen, intern verdeeld over de stelselherziening, kregen een nieuwe meer lucratieve financiering waarin ondermeer de bekostiging van de huisartsenposten werd verankerd (Tabel 1).

---

<sup>3</sup> De Wet van Verdoorn stelt dat een snelle groei van de output de productiviteit verhoogt als gevolg van schaalvoordelen.

**Tabel 1** Stijging collectief gefinancierde zorguitgaven per jaar (%)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Huisartsen	11	16	10	0	1	24	5	5	6	5	12
Ziekenhuizen	11	13	4	8	2	7	0	9	10	4	2
Geneesmiddelen	10	9	8	-3	5	3	9	2	0	3	1
Bbp	7,1	3,9	2,5	3,0	4,5	5,2	5,8	4,0	-3,6	2,4	2,1

Bron zorguitgaven: begroting VWS.

Bron nominale bbp-ontwikkeling: CBS. Het bbp 2011 betreft een nader voorlopig cijfer.

### 3 Vijf jaar van institutionele vernieuwing

In 2006 werd de nieuwe basisverzekering een feit. Ziekenfondsen en de particuliere verzekeringen gingen op in een nieuwe privaatrechtelijke basisverzekering met publieke randvoorwaarden. Acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie garandeerden dat slechte risico's toegang hadden, terwijl een zorgtoeslag de betaalbaarheid van de nominale premie voor huishoudens met lagere inkomens moest zekerstellen. De verzekeraars zelf moesten voldoen aan een solvabiliteitsniveau van acht procent. Hierdoor konden ook de financieel zwakste ziekenfondsen hun bedrijf continueren. Voor particuliere verzekeraars die tot dan toe 25 procent eigen vermogen dienden aan te houden, ontstond de ruimte dit te gebruiken voor extra marktaandeel via overnames en/of het stellen van lagere premies.

De beoogde doelmatigheid moet vooral komen van meer competitie om verzekerden, om patiënten en om inkoopcontracten van verzekeraars. Een goede prijs-kwaliteitverhouding (en derhalve groeiende productiviteit) is de belangrijkste manier om de gunst van verzekerden, patiënten en verzekeraars te bereiken. Met de hervorming werd de afruil tussen de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en (deels) betaalbaarheid in wezen gedecentraliseerd naar concurrerende verzekeraars. Pakketmaatregelen, eigen betalingen en de financiering van de zorg bleven de verantwoordelijkheid van de rijksoverheid. Het beheersen van het zorgvolume en prijzen werd de verantwoordelijkheid van verzekeraars, die daarin een integrale afweging dienen te maken tussen het belang van betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid. Het idee was dat meerdere, concurrerende zorgverzekeraars beter dan de rijksoverheid in staat zijn om deze integrale afweging te maken, mede vanwege het corrigerend mechanisme dat uitgaat van de keuzevrijheid van de burger voor de basisverzekering.

Zoals blijkt uit het verzekeringsresultaat (Tabel 2) en de werkelijke gemiddelde premiestelling (Tabel 3) was in de eerste jaren waarschijnlijk sprake van een stevige concurrentie op de verzekeringsmarkt. Tot en met 2008 werden door verzekeraars nog behoorlijke technische verliezen geleden. Bovendien bleek de door de overheid voorspelde premie in de werkelijkheid ook veelal wat gunstiger uit te vallen waardoor burgers voordeliger uit waren (Tabel 3). In het eerste jaar

switchte maar liefst achttien procent van verzekeraar. Al met al zijn dat geen cijfers die passen bij een gebrek aan concurrentie. In tegenstelling tot sommige aannames, begon het aantal onverzekerden al spoedig te dalen, hoewel dit niet gold niet voor het aantal wanbetalers (Tabel 3).

**Tabel 2** Technisch verzekeringsresultaat (€ mln.) en solvabiliteit (% wettelijke norm)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Technisch resultaat	-543	-150	-140	435	134	350
Solvabiliteit	206%	209%	196%	229%	212%	213%

Bron: Vektis.

Bij liberalisering van zorginkoop – het belangrijkste instrument om de prijs-kwaliteitverhouding vorm te geven – is gekozen voor een strategie van geleidelijkheid. De belangrijkste onderliggende principes waren die van (i) selectieve zorginkoop, (ii) ‘afschaffing’ van de planning via de Wet ziekenhuisvoorzieningen en (iii) de geleidelijk afschaffing van de prijs- en budgetregulering. Voor de ziekenhuisbekostiging werd een nieuw betalingssysteem ontwikkeld, de diagnose behandelingscombinaties (DBC’s). Het onderhoud van de circa 30.000 DBC’s leidde tot hoge transactiekosten. Het aandeel vrije prijzen in de ziekenhuisomzet nam toe van tien procent in 2005 tot zeventig procent in 2012. De financiering van de eerste lijn werd gemoderniseerd en er kwamen mogelijkheden voor bekostiging van nieuwe, maar weinig gedefinieerde diensten (m&i modules). Het marktmeesterschap werd belegd bij de Nederlandse Zorgautoriteit.

**Tabel 3** Gemiddeld verschil voorspelde en werkelijke zorgpremie (€), aantal onverzekerden en aantal wanbetalers (\*1000)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Voorspelde gemiddelde premie VWS	851	879	1057	1074	1085	1211
Werkelijke gemiddelde premie	773	848	1050	1064	1110	1210
Vershil	-78	-31	-7	-10	25	-1
Niet-verzekerden	231	202	196	194	174	58
Wanbetalers	190	240	257	318	267	304

Bron: VWS begroting; Nza, Marktscan zorgverzekeraars (2012).

#### 4 Meer markt, maar minder risico?

De implementatiefase van het nieuwe stelsel verliep zonder grote ‘ongelukken’, mede omdat er veel geld beschikbaar was en het bedrijfsvoeringrisico voor verzekeraars en aanbieders bewust beperkt was. De risicodragendheid voor (particuliere) verzekeraars nam af door de komst van nieuwe instrumenten zoals de macronacalculatie en de bandbreedte regeling en de toename van delen van de nacalculatiepercentages (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2006-2007, 31 031). Dit verminderde de potentiële voordelen van selectieve zorginkoop en scherpe

onderhandelingen met aanbieders, terwijl men wel werd geconfronteerd met reputatierisico's bij verzekeren en patiënten indien er voor zo'n strategie werd gekozen.

Het gevolg was dat verzekeraars het de aanbieders niet zo heel moeilijk maakten. Feitelijk leek het of de contracterplicht nog steeds bestond: alle gevestigde aanbieders kregen van elke verzekeraar een contract. Bovendien kregen ziekenhuizen sinds 2006 extra financiële compensatie voor de substantiële kosten van dure geneesmiddelen. Aan de andere kant namen de risico's voor ziekenhuizen toe door het grotere aandeel vrije prijzen en – vooral – door de liberalisatie van de kapitaallasten vanaf 2008. Ziekenhuizen mochten weliswaar zelf beslissen over alle investeringen, maar zouden hierover na een overgangperiode ook het volledige financiële risico dragen. De lage marginale kosten van het ziekenhuisbedrijf zorgen er echter voor dat deze risico's konden worden opgevangen zolang het volume maar behoorlijk bleef doorstijgen.

Patiënten kregen ook met lagere risico's te maken, vooral zij die eerder een particuliere verzekering hadden. Het eigen risico was veelal lager dan de voormalig particulier verzekerden gewend waren, zeker na de omzetting van de no-claim teruggave naar het verplicht eigen risico. Bovendien gaven verzekeraars aanvankelijk maar beperkte kortingen op het vrijwillig eigen risico, waarvoor dan ook maar zelden werd geopteerd. De risicosolidariteit nam door bovenstaande ontwikkelingen eerder toe dan af. Niet bepaald het beeld dat een 'markthervorming' bij buitenstaanders zal oproepen.

Op basis van bovenstaande gegevens zou de conclusie kunnen volgen dat de gebeurtenissen in 2006 niet zozeer een trendbreuk vormen, maar veeleer de voor het veld gunstige budgettaire situatie van voor 2006 continueerden in een nieuwe jas. Daarmee gaan we echter voorbij aan de dimensie dat de hervorming door de betrokkenen wel degelijk werd gezien als een radicale aanpassing op weg naar een beter zorgsysteem: er was sprake van een *changed mental model*, waarbij de integrale afweging tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in handen werd gelegd van meerdere, concurrerende private verzekeraars. Mede door de beperkte financiële risico's en het reputatierisico viel de afweging tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid vaak uit in het voordeel van kwaliteit en toegankelijkheid. De stelselhervorming bevorderde bovendien een klimaat waarin men het aandurfde om meer te experimenteren met ondernemerschap en nieuwe innovatieve vormen van zorg. Men anticipeerde op verdere liberalisering van de wet- en regelgeving.

## 5 Robuuste productiviteit

Het is onze stelling dat de hervormingen hebben bijgedragen aan de veerkracht van het zorgdomein. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de toename van de productiviteitsgroei toen duidelijk werd dat de ordening van de zorg op andere leest zou worden geschoeid. Vandermeulen et al. (2012) becijferden dat de arbeidsproductiviteit in

de ziekenhuizen tussen 2007 en 2010 met 3,2% per jaar is gestegen. Een analyse op basis van DBC's kwam zelfs tot een productiviteitsstijging van circa 5% per jaar tussen 2006 en 2009, vooral omdat de hoeveelheid inputs per DBC daalde (Ikkersheim en Koolman 2013). Ter vergelijking. De Engelse NHS, die in deze periode ook de beschikking kreeg over grote hoeveelheden extra middelen maar minder drastisch werd hervormd, kende nauwelijks productiviteitsstijgingen (Hardie et. al. 2011). Dit doet vermoeden dat er meer aan de hand is dan het effect van de Wet van Verdoorn, maar dat de toegenomen dynamiek en de *dreiging* van selectieve zorginkoop en scherpe prijsonderhandelingen wellicht ook heeft geleid tot veranderingen op de werkvloer.

De productiviteitsstijgingen vertaalden zich aanvankelijk echter maar ten dele in een daling van de zorguitgaven. Uit tabel 1 blijkt dat jaarlijkse stijging van de zorguitgaven in de vijf jaar volgend op de stelselhervorming weliswaar gemiddeld lager lag dan in de vijf jaar voorgaande jaren, maar ook dat deze nog steeds fors was. Dit duidt erop dat de productiviteitsgroei deels is aangewend om extra volume te bekostigen. Hiervoor bestaan inderdaad sterke aanwijzingen. Veel wachtlijsten verdwenen (Schut en Varkevisser 2013); de 'lichtere' zorgvormen groeiden hard (Taskforce Zorguitgaven 2012; Trienekens et al. 2012); het aantal artsconsulten onder 50-plussers neemt tussen 2006 en 2011 in ons land bijvoorbeeld een stuk sneller toe dan in andere landen ([www.share.eu](http://www.share.eu)).<sup>4</sup> OECD-cijfers laten tegelijkertijd zien dat in ons land het volume in de curatieve zorg nog steeds onder het gemiddelde ligt.

**Ondernemerschap en verandering van het zorglandschap.** Het zorglandschap begon eveneens te veranderen. Zo nam het aantal zelfstandige behandelcentra (ZBC's) sterk toe. In 2005 waren er nog 37 (Nza 2007); in 2010 waren dit er al 176 en tussen 2007 en 2010 steeg hun omzet van 1% tot 2,3% van de hele ziekenhuissector (Nza 2012). ZBC's hanteren tarieven die zo'n tien tot vijftien procent lager liggen dan in de ziekenhuizen. In 2007 en 2009 werden twee ziekenhuizen overgenomen door private ondernemers. Het MC Zuiderzee zag zijn omzet vervolgens stijgen van € 77 miljoen tot € 107 miljoen drie jaar later (MC Zuiderzee, Jaarverslag 2012). Veel ziekenhuizen bouwden nieuwe buitenpoliklinieken waardoor de zorg dichterbij de burgers kwam (KPMG 2013). In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, viel het aantal fusies erg mee. Tussen 2009 en 2011 zijn bijvoorbeeld niet meer dan vijf ziekenhuizen gefuseerd (KPMG 2013).

Het aantal verzekeraars (concerns) daalde weliswaar met zeven sinds de stelselhervorming, maar in de vijf jaar daarvoor verdwenen er maar liefst 44 labels van de markt (Vektis, diverse jaarverslagen). Hoewel er weliswaar sprake was van een geconcentreerde markt steeg de HHI tussen 2008 (2.124) en 2012 (2.227) maar beperkt (Nza 2012). De verzekeraars zetten bovendien succesvol het mes in de

<sup>4</sup> In ons land steeg het jaarlijkse aantal bezoeken per 50-plusser van 4,79 (2006) tot 5,6 (2011), vooral door specialistenbezoek. België en Frankrijk zagen juist een daling. Terwijl Duitsland, Zweden en Zwitserland lagere groeicijfers kenden.



eigen overhead (hierover liep men volledig risico). De administratieve lasten als percentage van de omzet daalden van 4,5% in 2006 naar niet meer dan 2,9% in 2010. Voor een deel is dit gevolg van een noemereffect: bij sterk stijgende uitgaven is het makkelijker om de administratieve lasten als percentage te verminderen. Voor een deel is het ook echt een beperking van de administratieve lasten geweest: per verzekerde zijn de administratieve lasten in deze periode gedaald met bijna € 20 (Vektis: diverse jaarverslagen).

**Toename solvabiliteit.** Verzekeraars, maar vooral de zorgaanbieders slaagden erin hun vermogensposities te verbeteren. Tabel 2 maakt duidelijk dat de solvabiliteitsratio van de zorgverzekeraars rond de tweehonderd procent is blijven schommelen. We moeten ons daarbij echter realiseren dat de wettelijke solvabiliteitsnorm is toegenomen: van 8% in 2006, naar 11% in 2011 en dat men de eerste drie jaar met verlies opereerde. De naar schatting € 900 miljoen winst die de verzekeraars in 2012 hebben geboekt, is hierbij nog niet meegenomen. De solvabiliteit van Universitair Medische Centra is gestegen van 12% naar 17,5%, van algemene ziekenhuizen van 8,8% naar 15,1% en van categorale ziekenhuizen / revalidatie-instellingen van 16,3% naar 22,6% (CBS, 2012). Dit staat gelijk aan ruim drie miljard euro. Kortom: de productiviteitsgroei werd niet alleen omgezet in extra zorgvolume, maar ook in betere balansposities. Hiernaast bleef, zoals eerder gezegd, de feitelijke premiestijging achter bij de schattingen (tabel 3).

## 6 Toename risicodragendheid

De bestuurlijke agenda van de stelselhervorming was dat de overheid zich terugtrok en dat aanbieders en verzekeraars een grotere rol kregen om de zorg te verbeteren. Door de combinatie van de zich voortslepende economische recessie die de overheidsfinanciën onder grote druk zetten, terwijl de zorg maar bleef groeien was het steeds moeilijker in deze rol te blijven volharden. Een ambtelijke werkgroep wees erop dat de curatieve zorg ‘*stuck in the middle*’ was (Ministerie van Financiën, Brede Heroverwegingen, 2011): het spel van de gereguleerde concurrentie stond nog niet vol op de wagen. Met name de terughoudendheid van de verzekeraars om selectief in te kopen en scherp te onderhandelen met aanbieders hield velen bezig.

Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport besloot om een stevige stap te zetten met de risicodragendheid van de verschillende partijen: de ‘lusten’, dan ook de ‘lasten’. De macro-nacalculatie hield op 1 januari 2012 op te bestaan. De ex-post compensaties werden verder afgebouwd. Het aandeel vrije prijzen nam toe van 34 naar 70%. Het feit dat de verzekeraars in 2012 gemiddeld € 34 euro meer premie vroegen dan het ministerie van VWS voorspelde, illustreert dat deze niet zo erg gerust waren op de gevolgen van de hogere risicodragendheid. Patiënten zagen hun financieel risico eveneens toenemen. Het verplichte eigen risico steeg tot € 350, waardoor het aandeel eigen betalingen nu niet meer zo heel

veel lager is dan gebruikelijk in Europa. Bovendien koos men door de stijgende premies minder vaak voor een aanvullende verzekering; en door de hogere kortingen juist weer vaker voor een vrijwillig eigen risico (Nza 2013). Verzekerden begonnen ook weer vaker te veranderen van verzekeraar. De overheid werd assertiever met het stimuleren van transparantie van kwaliteit. Ziekenhuizen werden gestimuleerd om hun sterftecijfers openbaar te maken. Kwaliteitsregistraties zoals de DICA kregen een impuls. Het nieuwe Kwaliteitsinstituut vormt de belichaming van deze beweging.

De zorgverzekeraars maakten vaker gebruik van selectieve inkoop. Dit kwam duidelijk naar voren bij de geneesmiddelen waar de risicodragendheid al eerder was verhoogd. De Stichting Farmaceutische Kerngetallen (2012) schat dat de omzet van de openbare apotheken in 2012 met zo'n 10% gedaald is. Verzekeraars worden ook actiever bij de medisch-specialistische zorg, bijvoorbeeld met behulp van minimum volumennormen voor bepaalde verrichtingen (Significant 2012).

## **7 Institutionele complementariteit: bestuurlijke akkoorden en marktwerking**

De activiteiten van de overheid bleven niet beperkt tot de toename van risicodragendheid. In 2011 werden bestuurlijke akkoorden gesloten met de specialisten, met de huisartsen, met de ziekenhuizen en met de verzekeraars. Men beoogde enerzijds een beheerste reële uitgavenontwikkeling van niet meer dan 2,5%; anderzijds kwam men een zorginhoudelijke agenda overeen die beoogde de doelmatigheid te bevorderen met zaken zoals het terugdringen van onnodige praktijkvariatie en door te investeren in extramuralisering en substitutie van zorg. In juli 2013 werden er nieuwe akkoorden gesloten. Nu werd afgesproken om de volumegroei verder te verlagen tot 1,5% in 2014 en tot niet meer dan 1% tussen 2015 en 2017. Voor de eerste lijn werd een percentage afgesproken van 2,5%; dit om de gewenste substitutie vanuit de ziekenhuiszorg te accommoderen. Aanneemsommen – lokale budgetafspraken die zich baseerden op de groeipercentages van de bestuurlijke akkoorden – deden massaal hun intrede in de contractering.

Feitelijk werden door deze producten van de Nederlandse overleconomie de 'doelstellingen' van de gereguleerde markt opnieuw geijkt. Partijen gingen zich weer meer richten op betaalbaarheid van de zorg. Het individuele reputatierisico als gevolg van selectief inkopen en scherp onderhandelen werd nu beperkt doordat 'alle' verzekeraars zich aan een lagere groei van de uitgaven committeerden en aan een gedeelde zorginhoudelijke agenda. De bestuurlijke afspraken lijken daarmee een soort van coördinerende werking te hebben binnen het *prisoner's dilemma* van concurrerende verzekeraars. Meer risicodragendheid, hogere eigen risico's en bestuurlijke afspraken werken complementair in het stimuleren van kostenbeheersing en betaalbaarheid.

De meest recente voorspellingen duiden erop dat de groei van de zorguitgaven behoorlijk terugvalt. De verzekeraars hebben bovendien recordwinsten geboekt. De zorgpremie daalt in 2014 voor de meeste burgers met zo'n € 90, wederom veel meer dan de schatting van VWS. Dit is nog niet eerder vertoond. Het Budget Kader Zorg lijkt voor het eerst sinds 1994 niet te worden overschreden. Met enige voorzichtigheid kan hieraan de conclusie worden verbonden dat het onder voorwaarden blijikbaar ook binnen een decentraal sturingsmodel mogelijk is tot een zekere beheersing van de zorgkosten te komen.

Grote uitdaging voor de komende jaren is het op peil houden van de behaalde productiviteitswinst. De dreiging van meer selectieve zorginkoop en scherpere onderhandelingen door concurrerende verzekeraars met concurrerende aanbieders moet deze dynamische doelmatigheidswinst proberen te realiseren. Dit zal geen eenvoudige opgave zijn, mede gezien de lagere volumegroei. Toch liggen hier ook kansen. De combinatie van de lagere groei en het grote aantal nieuwe aanbieders vergroot de competitie en daarmee de prikkel voor aanbieders om te blijven streven naar productiviteitswinst en deze om te zetten in lagere prijzen in plaats van meer volume.

## 8 Conclusies

In dit artikel hebben we de impact van de stelselhervorming op de betaalbaarheid van de zorg besproken. Dat deze hervorming een belangrijke verandering van het beleidsparadigma betrof (Maarse 2011) en dat meer dan in andere landen voldaan is aan de randvoorwaarden van de gereguleerde marktwerking (Van de Ven et al. 2013) is al beschreven. Okma (2011 en 2013) heeft stevige vraagtekens bij de effectiviteit van het zorgstelsel geplaatst, ook voor wat betreft de betaalbaarheid. Onze conclusies zijn positiever.

Hoewel het erop lijkt dat de betaalbaarheid van de zorg niet erg verbeterd is, zeker niet in de eerste vijf jaar na de stelselhervorming; en dat de recente afname van de groei geen exclusief Nederlands verschijnsel is, is het onze hypothese dat er onderhuids wel degelijk belangrijke veranderingen hebben plaatsgevonden. Dit blijkt vooral uit de robuuste groei van de productiviteit en uit het grote aantal nieuwe aanbieders dat de markt heeft betreden. Zorginstellingen hebben (veel) extra zorg geleverd en hebben hun balansen versterkt. De nominale zorgpremies zijn tegelijkertijd minder gestegen dan voorspeld.

De toegenomen dynamiek en veerkracht heeft zich vervolgens, onder druk van grotere financiële risico's voor alle partijen in de zorg, sinds 2012 vertaald in een afname van de groei van de uitgaven. De overheid bleef hierbij op relatieve afstand, zeker in vergelijking met het optreden in andere Europese landen (Mladovsky et al. 2012). Het is daarom onze hypothese dat de zorguitgaven minder hard groeien vanuit een nieuw gecreëerde complementariteit tussen enerzijds een grotere risicodragendheid voor verzekeraars, zorgaanbieders en patiënten (economische prikkels) en anderzijds een nieuw gevonden bestuurlijke en

maatschappelijke legitimiteit middels akkoorden om de groei van de zorguitgaven af te remmen. De bestuurlijke afspraken hebben een nieuwe balans gecreëerd in de decentrale afweging tussen kwaliteit, toegankelijkheid in betaalbaarheid. De genoemde groeipercentages werken bovendien als een *default* optie voor de zorginkoop.

Zolang de huidige groei van de productiviteit in stand blijft, is men in staat om deze gunstige situatie te continueren. Dit zal echter geen eenvoudige opgave zijn. Cruciaal daarbij is dat niet alleen het volume, maar ook de prijs per eenheid product laag blijft. Het grote aantal nieuwe aanbieders zou daarin wel eens van groot belang kunnen zijn. Lukt dit toch niet dan resteert altijd nog het weer interen op de inmiddels opgebouwde reserves alsmede – net als veel andere landen - een terugval op topdown beheersing.

#### Auteurs

Patrick Jeurissen (e-mail: [patrick.jeurissen@radboudumc.nl](mailto:patrick.jeurissen@radboudumc.nl)) is programmaleider van de Celsus Academie voor betaalbare zorg bij het RadboudUMC en voorts als clustercoördinator strategie werkzaam voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Joost Trienekens (e-mail: [j.trienekens@minvws.nl](mailto:j.trienekens@minvws.nl)) is senior beleidsmedewerker bij de directie Macro-economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

## Literatuur

- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), 2012, Financiële kengetallen zorginstellingen 2011.
- Commissie Structuur en Financiering gezondheidszorg (Commissie Dekker), *Bereidheid tot Verandering*, SDU, 1987.
- Cutler, D.M., 2002, Equality, efficiency, and market fundamentals: the dynamics of international medical reform, in *Journal of Economics Literature*, vol. 40(3): 881-906.
- Cutler, D.M., en N.R. Sahni, 2013, If slow rate of health care spending growth persists, projections may be off by \$ 770 billion, *Health Affairs*, vol. 32(5): 841-50.
- Fahy N., 2012, Who is shaping the future of European health systems? *British Medical Journal*, 344.
- Frogner, B.K., P.S. Hussey en G.F. Andersson, 2011, Health Systems in Industrialized Countries in Glied Sh. en PC Smith (red.) *The Oxford Handbook of Health Economics*, Oxford University Press.
- Hardie, M., J. Cheers, C. Pinder en U. Qaiser, 2011, Public service output, inputs, and productivity: healthcare, Newport: Office for National Statistics.
- Helderman, J.K., 2007, Bringing the market back in? Institutional complementarity and hierarchy in Dutch housing and health care, Erasmus Universiteit, Rotterdam.
- Ikkersheim, D.E., , 2013, The first effects of Dutch health care reform on hospitals, Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam, p. 51-60.

- KPMG, 2013, Wie doet het met wie in de zorg? Het jaarlijkse overzicht van bestuurlijke samenwerking tussen Nederlandse ziekenhuizen.
- Maarse, H.A.M., 2011, Markthervorming in de zorg. Een analyse vanuit het perspectief van de keuzevrijheid, solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid, Maastricht University.
- Mackenbach, J.P., L. Slobbe, C.W.N. Looman, A. van der Heide, J.J. Polder, en J. Garssen, 2011, Sharp upturn in life expectancy in the Netherlands: effect of more healthcare for the elderly? *European Journal of Epidemiology*, vol. 26(12): 903-14.
- Mladovsky, P., D. Srivastava, J. Cylus, M. Karanikolos, T. Evetovits, S. Thompson en M. McKee, 2012, Health policy responses to the financial crisis in Europe, Policy Summary 5, World Health Organization (WHO).
- Nza, 2007, Monitorspecial, De rol van ZBCs in de ziekenhuiszorg, Utrecht.
- Nza, 2012, Monitor Zelfstandige Behandelcentra, Utrecht.
- OECD, 2013, The economic, financial and social situation: latest developments, October 15th 2013.
- Okma, K.G.H., Th.M. Marmor en J. Oberlander, 2011, Managed competition for Medicare? Sobering lessons from the Netherlands, *The New England Journal of Medicine*, vol. 365(4).
- Okma, K.G.H. en L. Crivelli, 2013, Swiss and Dutch “consumer-driven healthcare: ideal model or reality? *Health Policy*, vol. 109(2): 105-112.
- Paris, V., M. Devaux en L. Wei, 2010, Health Systems Institutional Characteristics: a survey of 29 OECD countries, OECD Health Working Paper 50.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2003, Exploderende zorguitgaven, Zoetermeer.
- Reeves, A., M. McKee, D. Sanjay Basu en D. Stuckler, 2014, The political economy of austerity and healthcare: cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011, *Health Policy*, vol. 115(1): 1-8.
- Schut, F.T. en M. Varkevisser, 2013, Tackling hospital waiting times: the impact of past and current policies in the Netherlands, *Health Policy*, vol. 113(1-2): 127-33.
- Significant, 2012, Doelmatigheid in de zorginkoop. Voorbeelden doelmatigere zorginkoop door zorgverzekeraars, Barneveld.
- Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012, Naar beter betaalbare zorg, VWS en Ministerie van Financiën, SDU.
- Vandermeulen, L.J.R., A. Beldman en A.J.J. van der Kwartel, 2012, Productiviteitswinst in de zorg. Who gets, what, when, and how? Utrecht.
- Vektis, Zorgmonitor, Zeist, diverse jaren.
- Ven, W.P.M.M. van de, K. Beck, F. Buchner, E. Schokkaert, F.T. Schut, A. Shmueli en J. Wasem, 2013, Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland in *Health Policy*, vol. 109: 226-45