

# **Terugblik op het CPB-rapport ‘Zorg voor Concurrentie’ (2003): in hoeverre was onze analyse correct?**

**Marc Pomp**

*In 2003 publiceerde het Centraal Planbureau een ex-ante evaluatie van het nieuwe zorgstelsel dat is ingevoerd in 2006. Het rapport bevatte een aantal beleidsmaatregelen die nodig werden geacht om het stelsel tot een succes te maken. Hoewel twee belangrijke maatregelen, op het terrein van marktstructuur en kwaliteitsinformatie, niet in de praktijk zijn gebracht, werkt het stelsel in veel opzichten toch prima. Waren de aanbevelingen daarom onjuist of is er een andere verklaring voor deze schijnbare paradox? In dit artikel betoog ik dat het antwoord een mix van beide is.<sup>1</sup>*

## **1 2003: Zorg voor Concurrentie**

In 2003, aan de vooravond van het besluit tot invoering van het huidige zorgstelsel in 2006, publiceerde het Centraal Planbureau het rapport *Zorg voor Concurrentie*.<sup>2</sup> Ik was een van de auteurs van dat rapport. De andere auteurs waren Marja Appelman, Rudy Douven, Eric de Laat en Esther Mot. Marcel Canoy heeft een belangrijke rol gespeeld bij het becommentariëren van concepten en bij de redactie van eindteksten.

Uit de eerste zin van het rapport blijkt dat we wel heil zagen in het nieuwe stelsel: “Het nieuwe zorgstelsel biedt, meer dan het huidige stelsel, perspectief op zorg die zowel kosteneffectief als toegankelijk is.” Over het toenmalige stelsel schreven we: “Het huidige stelsel wordt gekenmerkt door wachtlijsten, geringe patiëntgerichtheid, weinig afstemming tussen onderdelen, risico-selectie in de particuliere verzekeringsmarkt en beperkte benutting van capaciteit. Trends zoals vergroting van de medisch-technische mogelijkheden en vergrijzing zullen deze knelpunten verergeren. Een belangrijke reden voor de problemen is dat de prikkels om efficiënt om te gaan met de beschikbare middelen in het huidige stelsel op de verkeerde wijze worden gegeven. Daarnaast is er, sinds budgettaire beperkingen recentelijk minder hard zijn geworden, geen goede rem meer op de uitgaven.”

Het was onze verwachting dat het nieuwe stelsel al deze problemen ten minste voor een deel zou kunnen oplossen: “Het nieuwe stelsel kan voor verbetering zorgen op al deze punten. In het nieuwe stelsel vervullen verzekeraars de rol van intermediair tussen consumenten en zorgaanbieders. Door goed inkoopbeleid kunnen verzekeraars een aantrekkelijke prijs-kwaliteitverhouding aan de consumenten bieden en worden

---

<sup>1</sup> Ik dank twee anonieme referees voor hun commentaar op een concept van dit artikel.

<sup>2</sup> Voor de aanloop naar en aanleiding tot de stelselherziening, zie Varkevisser (2019).

60 Terugblik op het CPB-rapport 'Zorg voor Concurrentie' (2003): in hoeverre was onze analyse correct?

---

aanbieders geprikkeld doelmatiger te werken. Onderlinge concurrentie versterkt de prikkels voor een goed inkoopbeleid.”

Om het nieuwe stelsel goed te laten werken was volgens ons wel aanvullend beleid nodig: “Er is wel een flink pakket aan maatregelen nodig om concurrentie van de grond te laten komen en ongewenste neveneffecten tegen te gaan.” Het lijstje maatregelen omvatte: 1. tegengaan van concentratie bij bestaande zorgaanbieders en stimuleren van toetreding van nieuwe zorgaanbieders; 2. betere kwaliteitsinformatie voor de patiënt; 3. betere risicoverevening en 4. invoering van Diagnose Behandelcombinaties (DBC's).

Economen en opeenvolgende ministers hebben bij herhaling geconstateerd dat van de eerste twee maatregelen weinig is terechtgekomen: het versterken van concurrentie tussen aanbieders en het beschikbaar maken van goede kwaliteitsinformatie voor patiënt en verzekerde. Juist deze maatregelen waren volgens ons, maar ook volgens de meeste economen buiten het CPB, essentieel om het stelsel goed te laten werken.

In dit artikel staat de vraag centraal in hoeverre de toenmalige CPB-analyse correct was: klopten de aanbevelingen die werden gedaan? Ontbraken belangrijke aanbevelingen? Mijn uiteindelijke doel is lessen te trekken voor de toekomst van het zorgstelsel: Hoe verder met kwaliteitsinformatie? Moeten we ons zorgen maken over marktmacht in de ziekenhuiszorg? Is het huidige stelsel toekomstbestendig?

Laat ik benadrukken dat dit artikel mijn persoonlijke poging is lessen te trekken op basis van een rapport van 17 jaar geleden. Mijn coauteurs uit 2003 zullen niet al mijn conclusies en interpretaties delen.

## **2 Randvoorwaarden volgens het CPB: concurrentie tussen zorgaanbieders**

Zoals de titel van *Zorg voor Concurrentie* duidelijk maakt, waren we er in 2003 niet gerust op dat 'vanzelf' voldoende concurrentie zou ontstaan. Vooral de marktverhoudingen in de ziekenhuissector baarden ons grote zorgen. Daarom pleitten we voor een moratorium op ziekenhuisfusies en voor lage toetredingsdrempels voor nieuwe toetreders. Inmiddels zijn we 14 jaar en vele ziekenhuisfusies verder. Toetreding is beperkt gebleven tot enkele deelgebieden, vooral zelfstandige behandelcentra (ZBC's) bij oogheelkunde, orthopedie, dermatologie en cardiologie.

Naar aanleiding van de concentratie van de markt voor ziekenhuiszorg schreef hoogleraar gezondheidseconomie Marco Varkevisser in een vorig nummer van dit tijdschrift: “Hoe nu verder? Als gevolg van het grote aantal ziekenhuisfusies is de concentratiegraad in de Nederlandse ziekenhuismarkt de afgelopen halve eeuw zo sterk toegenomen dat de vraag zich opdringt of scherper fusietoezicht nog veel zoden aan de dijk zal zetten. In veel regio's lijkt het kalf al verdronken.” (Varkevisser 2019, p. 7). Dat het kalf verdronken lijkt baseert

hij niet op een prijsexplosie bij de ziekenhuiszorg, maar op de marktstructuur. Toenemende concentraties bij de ziekenhuiszorg hebben echter slechts in een paar gevallen geleid tot prijsverhogingen, zo blijkt uit ACM-onderzoek (ACM 2017). Volgens een ander recent onderzoek waren zonder enige marktmacht de prijzen van Nederlandse ziekenhuizen in 2013 maar een paar procent lager geweest (Berden et al. 2019, figuur 4). En als klap op de vuurpijl komt het CBS in een recente analyse van de medisch-specialistische zorg (vooral ziekenhuizen) tot verrassend lage prijs- en volumestijgingen. Citaat: “De waarde van de gedeclareerde medisch specialistische zorg op boekjaar nam in 2013–2017 toe met 7,3 procent, de prijs steeg met 2,6 procent en het volume met 4,5 procent.” (CBS 2020, p. 10). De prijsstijging bedroeg per jaar in deze periode dus minder dan een half procent en de volumestijging minder dan een procent.

Wellicht zijn de beleidsmaatregelen die na 2012 zijn genomen afdoende geweest om de zwakke onderhandelingspositie van zorgverzekeraars te compenseren (zie hierna). Het kan ook zijn dat bij de ziekenhuiszorg sprake is van een bilateraal oligopolie waarbij geen van beide partijen een aantrekkelijke terugvaloptie heeft. Partijen zeggen zelf vaak dat ze er ‘samen uit moeten komen’ of dat ze ‘veroordeeld zijn tot elkaar’. De economische theorie heeft niet veel te melden over de onderhandelingsuitkomsten in een dergelijke situatie (Moriya et al. 2010). Hoe dan ook, het kalf van de concurrentie mag verdrongen zijn, de prijs- en volumeontwikkeling in de ziekenhuiszorg geven geen aanleiding tot ingrijpen.

Als strenger fusietoets, al dan niet op basis van een zorgspecifieke fusietoets, alleen maar voordelen zou hebben, zou je daar nog steeds voor kunnen pleiten. Maar fusies kunnen ook voordelen hebben. Dit is niet de plek om daar uitgebreid op in te gaan, laat ik volstaan met een citaat van David Cutler die de voor- en nadelen van grotere ziekenhuizen in één zin samenvat: “Large systems have more resources to invest in IT, more room to undertake organizational changes, and more capacity to withstand payment reductions.” (Cutler 2014, p. 92). Dat laatste is een nadeel, maar hier staan dus voordelen tegenover. Mij lijkt het verstandig om ziekenhuisfusies toe te staan als aannemelijk is dat na de fusie investeringen in ICT of andere wenselijke investeringen beter zullen renderen. Als bij een fusie een klein ziekenhuis betrokken is zal al snel aan deze voorwaarde voldaan zijn.

### **3 Randvoorwaarden volgens het CPB: kwaliteitsinformatie voor patiënt en verzekerde**

We waren in ons rapport ook zeer bezorgd over het gebrek aan kwaliteitsinformatie. Hierover schreven we: “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.” Ook andere gezondheidseconomen hebben veelvuldig gewezen op dit probleem (Schut et al. 2014). Op dit front is nog steeds weinig vooruitgang geboekt, ondanks serieuze pogingen hiertoe. Zo velde de Algemene Rekenkamer in een rapport uit 2013 een hard oordeel over overheidsbeleid om de kwaliteit inzichtelijk te maken: “De ministers van VWS zijn er de afgelopen zestien jaar niet afdoende in geslaagd de transparantie in de

kwaliteit van zorg zodanig te vergroten, dat de patiënt de informatie kan gebruiken voor zijn keuze en de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor haar toezicht.”

Minister Schippers pakte de handschoen op en schreef in 2015 in een brief aan de Kamer: “Immers, overall in de samenleving zien wij dat informatie over de prijs en kwaliteit van producten en diensten met één muisklik beschikbaar is. Maar als het gaat om onze gezondheid – het meest waardevolle wat mensen hebben – is die informatie er nauwelijks.”

<sup>3</sup> De brief had als titel *Het jaar van de transparantie*, want dat had 2015 moeten worden volgens de minister. Maar ook het Jaar van de Transparantie heeft weinig opgeleverd (Van Kolschoten 2016).

Sindsdien hoor je ministers nauwelijks meer over kwaliteitsinformatie voor patiënten verzekerde. Het lijkt erop dat beleidsmakers zich erbij hebben neergelegd dat dit niet gaat lukken, overigens zonder hieraan de conclusie te verbinden dat dit funest is voor het stelsel. Anders dan veel economen lijken politici erop te vertrouwen dat het stelsel ook kan werken zonder kwaliteitstransparantie. Er is enig bewijs dat dit vertrouwen ondersteunt voor specifieke aspecten van kwaliteit. Zo vinden Croes et al. (2018) voor de periode 2008-2011 dat ziekenhuizen die meer concurrentiedruk ondervonden betere kwaliteitsscores lieten zien bij staaroperaties, amandelknippen en blaaskanker. Kwaliteit is hier gemeten aan de hand van proces- en structuurindicatoren, zoals het vaststellen of de staaroperatie aan het ene oog gelukt is alvorens het tweede oog te opereren, of postoperatieve pijnmeting bij amandelknippen. Ook zijn er aanwijzingen dat zogeheten spiegelinformatie artsen heeft aangezet tot betere kwaliteit (Boston Consulting Group, 2011).<sup>4</sup> Bij spiegelinformatie speelt druk van de patiënt of de verzekeraars geen rol, want die beschikten niet over deze informatie. Intrinsieke motivatie is hier vermoedelijk de belangrijkste drijfveer. Volgens één Nederlands onderzoek gaat betere kwaliteit bij darmkanker gepaard met lagere kosten (Govaert et al., 2016). In dat geval zou een prikkel tot kostenbesparingen vanzelf resulteren in kwaliteitsverbetering.

Een recent CPB-onderzoek komt bovendien tot de conclusie dat kostenreductie niet ten koste is gegaan van kwaliteit (CPB, 2020). Als dit klopt hoeven we ons geen zorgen te maken dat prijsconcurrentie zonder kwaliteitsinformatie voor de patiënt resulteert in lagere kwaliteit. Het onderzoek betrof de effecten van meerjarencontracten bij de Rivas Zorggroep (hoofdvestiging Gorinchem) en ziekenhuis Bernhoven in Uden. De analyse van de effecten op kwaliteit staat niet in het CPB-rapport zelf maar in een rapport van IQ Healthcare (Dulmen et al. 2020). Dit is niet de plaats om uitgebreid op dit rapport in te gaan, ik volsta met de opmerking dat de kwaliteitseffecten niet eenduidig zijn. Zo is het percentage heropnames na een galblaasoperatie in Bernhoven gestegen van 1,5% in 2014 tot 5,5% in 2016 om daarna weer wat te dalen. Ook bleek dat bij vier specialismen de wachtlijst was opgelopen.

---

<sup>3</sup><https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/03/02/kamerbrief-het-jaar-van-de-transparantie>

<sup>4</sup> Met spiegelinformatie wordt bedoeld informatie over de geleverde kwaliteit in andere ziekenhuizen.

Alles overziend neig ik tot de conclusie dat het doel van kwaliteitstransparantie voor de patiënt grotendeels (en terecht) is verlaten. Kwaliteitsborging en -verbetering wordt nu vooral verwacht van onderlinge vergelijking (spiegelinformatie) en van concentratie en specialisatie van zorg (voor een onderbouwing van het laatste, zie De Haas et al. 2020). Over de effecten van prijsconcurrentie op kwaliteit tasten we grotendeels in het duister. Intrinsieke motivatie zou wel eens de belangrijkste kracht achter kwaliteitsbehoud en -verbetering kunnen zijn (zie ook Kolstad 2013).

#### **4 Risicoverevening**

In ons rapport pleitten we ook voor verbetering van het risicovereveningsysteem. Op dit terrein is wél veel vooruitgang geboekt. Zo zijn de prikkels voor zorgverzekeraars tot uitgavenbeheersing versterkt door de ex-post-verevening (gebaseerd op feitelijke kosten) vrijwel helemaal te vervangen door ex-ante-verevening (gebaseerd op normbedragen). Hierdoor is de risicodragendheid van zorgverzekeraars sterk toegenomen en daarmee ook de prikkel tot kostenbeheersing. Ook zijn extra vereveningskenmerken toegevoegd waardoor de selectieprikkel voor zorgverzekeraars verder is afgenomen. Hoewel experts nog steeds verbetermogelijkheden zien (zie nogmaals Schut et al. 2014), is mijn indruk dat de kwaliteit van de risicoverevening goed genoeg is om het stelsel te laten werken. De Zvw kent bovendien een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie, waardoor de resterende tekortkomingen in de risicoverevening nauwelijks consequenties hebben voor verzekerden. Ook zijn er geen aanwijzingen dat verzekeraars met veel slechte risico's in financiële problemen komen als gevolg van imperfecte risicoverevening.

#### **5 Het hinderpaalcriterium**

Een probleem dat we niet noemden in ons rapport en ook niet konden noemen (het probleem bestond nog niet toen we het rapport schreven), is het zogeheten hinderpaalcriterium. Dit criterium houdt het volgende in. Volgens artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) moet een zorgverzekeraar aan een verzekerde die naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat tóch een vergoeding betalen. Hoe hoog die vergoeding is staat niet in de wet. In de memorie van toelichting valt te lezen dat die “niet zo laag mag zijn dat daardoor voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal zou worden opgeworpen om zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder van zijn keuze te wenden”. Dit hinderpaalcriterium wordt door de voorstanders ervan vaak aangeduid als vrije artsenuitvoering, maar die keuze is ook zonder artikel 13 vrij, mits je bereid bent hiervoor te betalen door een duurdere polis te kiezen.

Het hinderpaalcriterium stond niet in het oorspronkelijke wetsvoorstel, maar is er in gekomen na een amendement van toenmalig kamerlid Edith Schippers en Ursie Lambrechts

(D66).<sup>5</sup> Bij het schrijven van ons rapport konden we niet weten dat dit artikel zou worden toegevoegd. Schippers heeft later aangegeven dat de reden voor dit amendement was het verwerven van een parlementaire meerderheid voor de Zvw. Zonder het amendement was de Zvw er volgens haar misschien nooit gekomen (persoonlijke communicatie). De notulen van de behandeling van het wetsvoorstel voor de Zvw in de Eerste Kamer op 19 mei 2005 bevestigen dit. Aan het einde van de vergadering merkte de voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Hannie van Leeuwen, op "... dat bij een marktconforme benadering de restitutiepolissen duurder zullen zijn dan de naturapolissen en dat de mensen met een smalle beurs geen keuzemogelijkheden hebben. Dat is het probleem." Niemand kwam op het idee om de voorzitter erop te wijzen dat mensen met een smalle beurs moeten betalen voor verplichte vrije keuze en dat hen de optie van een lagere premie in ruil voor minder keuzevrijheid nu wordt ontnomen.

Omdat de wet niets zegt over de hoogte van de vergoeding, moest de rechter eraan te pas komen om dit vast te stellen. Hierover is inmiddels tweemaal geprocedeerd, tot aan de Hoge Raad toe. Die concludeerde in 2014 (in een zaak tussen zorgverzekeraar CZ en een verslavingskliniek) dat bij een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg van minder dan 75 procent van het gebruikelijke tarief *in die specifieke casus* sprake zou zijn van een 'feitelijke hinderpaal'. In 2019 heeft de Hoge Raad ook in een andere zaak vastgesteld dat het te vergoeden percentage minimaal 75 procent is, maar de Hoge Raad voegde hieraan toe: "Of en in hoeverre het hinderpaalcriterium zich in bepaalde gevallen verzet tegen een generieke korting kan slechts worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden, waaronder eventuele beleidsregels van de NZa."<sup>6</sup> Zekerheid hebben zorgverzekeraars dus nog steeds niet.

Volgens de Rotterdamse economen Duijmelinck en Van de Ven hebben zorgverzekeraars als gevolg van het hinderpaalcriterium een zwakke onderhandelingspositie en 'wordt de kern van de hervormingen van de afgelopen 25 jaar aangetast' (Duijmelinck en Van de Ven 2015). Dit lijkt me overdreven. Zorgverzekeraars zien het hinderpaalcriterium ook als een probleem, maar eerder in de wijkverpleging dan in de ziekenhuiszorg. Niet-gecontracteerde aanbieders in de thuiszorg ontvangen weliswaar een lager tarief dan aanbieders met een contract, maar compenseren dit door meer uren zorg te leveren. Volgens de NZa was er in 2018 sprake van een kleine 300 miljoen euro aan ongecontracteerde wijkverpleging. Zelfs als de helft hiervan onnodige zorg zou zijn, dan gaat dit nog om slechts 150 miljoen euro, minder dan een kwart procent van de totale collectieve zorguitgaven. In de Brede Maatschappelijke Heroverwegingen van april van dit jaar worden de financiële effecten van afschaffing van het hinderpaalcriterium voor de hele curatieve zorg dan ook op slechts 270 miljoen euro geschat (Brede Maatschappelijke Heroverwegingen: Naar een toekomstbestendig zorgstelsel, 20 april 2020).

---

<sup>5</sup> Kamerstukken II 2003-2004, 28 994, nr. 19.

<sup>6</sup> <https://cassatieblog.nl/verzekeringsrecht/hoge-raad-geeft-nadere-uitleg-aan-art-13-zorgverzekeringswet-en-het-hinderpaalcriterium/>

Bovendien slagen zorgverzekeraars er steeds beter in ongecontracteerde zorg terug te dringen, ondermeer door de ‘truc’ van het cessieverbod. Tot voor kort was het gebruikelijk dat verzekerden via een akte van cessie hun recht op vergoeding door de zorgverzekeraar overdroegen aan de niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Die kon dan rechtstreeks de zorg declareren bij de zorgverzekeraar. Sinds 2019 hanteren de meeste zorgverzekeraars een cessieverbod, waardoor dit niet langer kan en verzekerden de rekening eerst zelf moeten betalen. Dit maakt het voor hen minder aantrekkelijk om een niet-gecontracteerde aanbieder te kiezen. In eerdere jaren hadden verzekeraars een paar keer bakzeil gehaald in rechtzaken hierover, maar in recentere uitspaken bleef het cessieverbod overeind bij de rechter.<sup>7</sup>

Al met al lijkt me dat de financiële risico’s rond ongecontracteerde zorg minder groot zijn dan soms wordt gedacht. Ik haast mij eraan toe te voegen dat ik met Duijmelinck en Van de Ven van mening ben dat het hinderpaalcriterium uit de wet dient te verdwijnen. Al was het maar om verzekeraars in staat te stellen een polis aan te bieden met een lage premie in ruil voor een daadwerkelijke inperking van de keuzevrijheid, zie mijn eerdere opmerking over de prijs van verplichte keuzevrijheid.

## 6 Depolitiseren van de zorg: onmogelijk?

Het amendement Schipper/Lambrechts en het daaruit resulterende artikel 13 illustreert de kritiek van economisch journalist Frank Kalshoven in De Volkskrant, vlak na het verschijnen van ons rapport. Onder de kop “Concurrentie in de zorg is te ingewikkeld voor politici” schreef hij: “De onderzoekers van het CPB, die onder leiding van projectbaas Marc Pomp hun beste beentje hebben voorgezet, concluderen dat het 'concurrentiemodel een serieuze kans verdient' en dat 'de onzekerheden die met een nieuw stelsel gepaard gaan invoering van het nieuwe stelsel niet in de weg hoeven te staan'. En ik zeg u: het gaat niet gebeuren. Ik zeg erbij: dat is misschien maar goed ook.”

Het feit dat de Zvw er toch is gekomen betekent niet dat Kalshoven ongelijk had met zijn stelling ‘dat gaat niet gebeuren’. Want het stelsel dat we nu hebben is een wezenlijk andere combinatie van markt en overheid dan we bij het schrijven van het rapport voor ogen hadden, met veel meer overheid en veel minder markt. Ik kom hier nog op terug.

Een van de redenen waarom het nieuwe stelsel volgens Kalshoven kansloos was, is dat politici wijzigingen in het wetsvoorstel zouden aanbrengen waardoor de effectiviteit van de wet zou worden ondermijnd. In de woorden van Kalshoven: “... gesteld voor de keus tussen het binnenhalen van een politiek punt en een goede technische oplossing kunnen Kamerleden vaak niet anders dan het politieke punt binnenhalen” Het amendement Schippers/Lambrechts toont zijn gelijk tot op zekere hoogte aan, maar heeft het stelsel toch niet zodanig ondermijnd dat het niet kan werken.

<sup>7</sup> <https://www.dirkzwager.nl/kennis/artikelen/verbod-akte-van-cessie-2019/>

Kalshoven meende ook dat de wispelturigheid van de kiezer invoering van het nieuwe stelsel in de weg zou staan: "Schreeuwde het volk, om één voorbeeld te geven, drie jaar geleden om extra geld voor de gezondheidszorg, nu schreeuwt het nog harder omdat de premies van de zorgverzekeringen stijgen. Dat het een het logische gevolg is van het ander, daar heeft de kiezer geen boodschap aan. Dit maakt het voor politieke partijen wel heel moeilijk om consistent beleid te voeren". Dat kiezers wispelturig zijn zal vast wel kloppen, maar ook zonder nieuw zorgstelsel zouden politici daar last van hebben gehad. Het idee van het nieuwe stelsel was nu juist dat de uitruil tussen enerzijds kostenbeheersing en anderzijds toegankelijkheid (lees: minder wachtlijsten) gunstiger zou komen te liggen. Uit het feit dat het nieuwe stelsel er is gekomen zou je kunnen concluderen dat politici daar kennelijk in geloofden.

Opvallend genoeg tilt Kalshoven niet zwaar aan de door ons in het rapport genoemde randvoorwaarden: "Al die bezwaren en onzekerheden zijn te ondervangen: technisch moet het kunnen. En zelfs als het technisch niet blijkt te kunnen - de werkelijkheid is weerbarstig - zijn er terugvalopties waardoor Nederland van de invoering van het systeem nooit spijt hoeft te hebben." Dit laatste valt achteraf te betwijfelen, zie de eerder genoemde verspilde miljoenen aan het produceren van kwaliteitsindicatoren.

## **7 Keerpunt 2012: *License to operate*, MBI en en hoofdlijnenakkoorden**

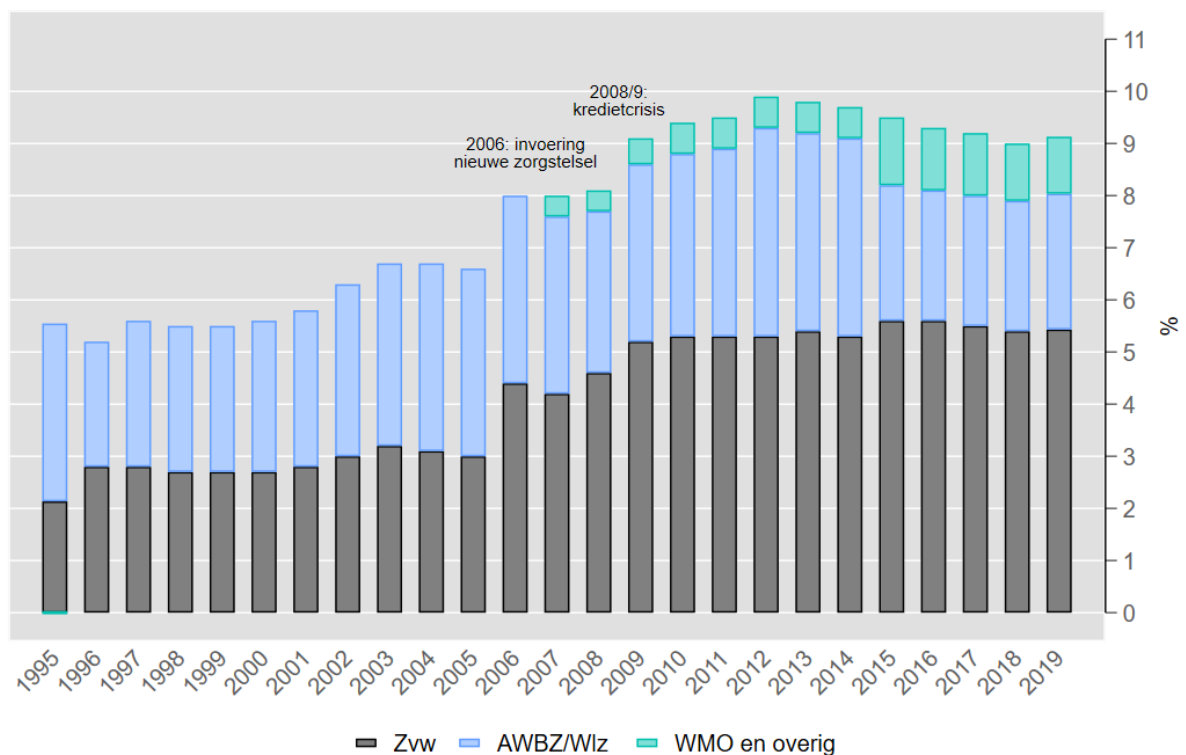
Misschien ligt de uitruil tussen kostenbeheersing en toegankelijkheid in het nieuwe stelsel inderdaad gunstiger – we zullen het nooit weten. Weliswaar verdwenen de wachtlijsten als sneeuw voor de zon, maar de Zvw-uitgaven stegen in de jaren 2007 – 2009 ook veel sneller dan was afgesproken binnen het kabinet, met forse overschrijdingen van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) tot gevolg (zie figuur 1). Misschien was het wegwerken van wachtlijsten in het vorige stelsel nóg duurder geweest, maar dat weten we niet en daar zullen we wel nooit achter komen.

Toenmalig minister Schippers reageerde op de stijgende zorguitgaven met een drietal maatregelen. Allereerst stuurde ze haar hoogste ambtenaar, Leon van Halder, op pad met de boodschap aan zorgverzekeraars dat ze hun *license to operate* zouden verliezen als ze niet eindelijk werk zouden maken van kostenbeheersing. Wat hij daarmee bedoelde maakte hij niet duidelijk, maar het impliciete dreigement dat zorgverzekeraars op zijn minst te maken zouden krijgen met extra regulering kwam wel over (ik was bij een van de sessies met Van Halder aanwezig). Als tweede maatregel introduceerde de minister het zogeheten macrobeheersinstrument (MBI). Dit is een wettelijke maatregel op basis waarvan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), in opdracht van de minister van VWS, een overschrijding van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) per deelsector (bijvoorbeeld de ziekenhuiszorg of de huisartsenzorg) terug kan halen. De maatregel voorziet hiertoe in een omzetheffing naar rato van het landelijke marktaandeel. Het MBI is nog nooit ingezet, maar hangt wel boven de markt en heeft daardoor ongetwijfeld een disciplinerende werking gehad. En ten derde



startte de minister centrale onderhandelingen met de zorgkoepels over uitgavenbeheersing voor verschillende deelsectoren waaronder ziekenhuizen en huisartsen en in de AWBZ/WLZ verpleging & verzorging. Een vierde voorgenomen maatregel, afschaffing van artikel 13 (het eerder genoemde hinderpaalcriterium), werd in 2014 de Eerste Kamer verworpen, nadat de Tweede Kamer ermee had ingestemd.

**Figuur 1** Collectieve zorguitgaven volgens het CPB, % bbp



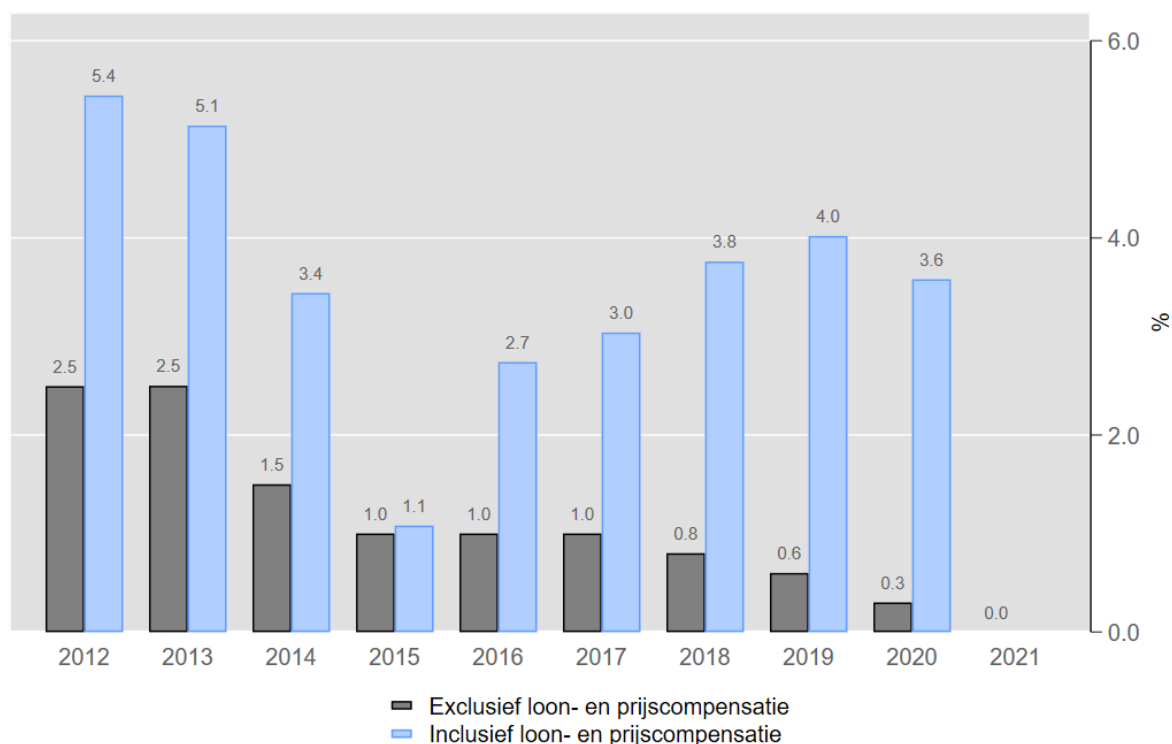
Bron: Centraal Planbureau, Centraal Economisch Plan 2020, online bijlagen.

Het jaar 2012 markeert met dit pakket aan maatregelen een keerpunt in de Zvw. Je zou kunnen zeggen dat gereguleerde concurrentie werd aangevuld (of aangelengd) met een flinke dosis gedelegeerde budgettering – gedelegeerd, omdat de minister het budget vaststelt en de zorgverzekeraars vervolgens moeten zorgen dat zorgaanbieders het budget niet overschrijden. De maatregelen lijken daadwerkelijk een rem gezet te hebben op de groei van zorguitgaven. In een brief aan de Kamer 7 september 2018 schreef voormalig minister Bruins dan ook: “Met het sluiten van de hoofdlijnenakkoorden in de curatieve zorg is de uitgavengroei in de Zvw teruggebracht van een gemiddelde jaarlijkse reële groei in de periode 2006–2012 van 4,1% naar een gemiddelde jaarlijkse reële groei in de periode

2012–2017 van 0,9%. De financiële besparingen die samenhangen met de akkoorden 2012–2017 lopen op tot grosso modo € 3 miljard in 2017.”

Figuur 2 geeft de maximaal toegestane groei weer voor de opeenvolgende hoofdlijnenakkoorden voor de medisch specialistische zorg. Elk akkoord bevatte afspraken over de uitgavengroei zonder inflatie (de blauwe balken). Daarnaast bevatte elk akkoord de afspraak dat hier bovenop de feitelijke groei van lonen- en prijzen zou worden gecompenseerd, op basis van het gemiddelde in de rest van de economie. Dit levert de rode balken op, met 2020 als laatste jaar. Wat opvalt is dat de akkoorden een steeds lagere volumegroei bevatten, dalend tot de nullijn in 2021. Wat ook opvalt is dat de door de loon- en prijscompensatie de toegestane groei toch nog op 3 à 4 procent per jaar ligt.

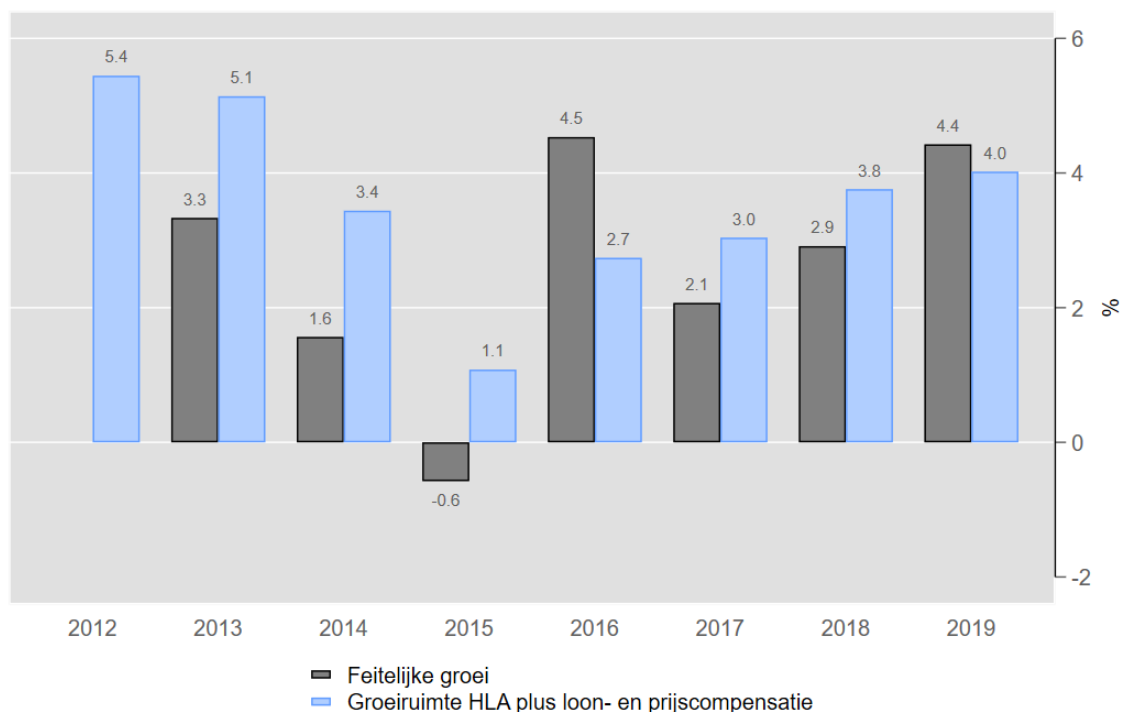
**Figuur 2** Groei uitgaven medisch-specialistische zorg volgens hoofdlijnenakkoorden



Bron: Bestuurlijke akkoorden medisch-specialistische zorg.

Figuur 3 laat zien dat de feitelijke groei in de meeste jaren na 2012 onder de toegestane groei lag.<sup>8</sup> Voor 2019 was voor het eerst sinds 2016 weer sprake van een overschrijding en dat zal ook voor 2020 gelden, zelfs los van de extra uitgaven voor Covid19. De reden is dat de cao-loonstijging van 5% per 1 januari twee maal zo hoog is als de loon- en prijscompensatie in dat jaar (die is vastgesteld op 2,5%).

**Figuur 3** Groei uitgaven medisch-specialistische zorg



Bronnen: 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; groeirimte volume: Bestuurlijke akkoorden medisch-specialistische zorg; loon- en prijscompensatie: website NZa en Actiz.

## 8 Hoe verder?

Het huidige zorgstelsel in de curatieve zorg functioneert in veel opzichten goed, ook in vergelijking met het buitenland. Elke Nederlander heeft toegang tot een breed basispakket, eigen bijdragen zijn vergeleken met andere landen laag en internationaal gezien zijn de

<sup>8</sup> In deze figuur zijn de uitgavencijfers gebruikt die aansluiten bij de afspraken in de hoofdlijnenakkoorden. Deze cijfers zijn pas beschikbaar vanaf 2012. Daarom is 2013 het eerste jaar waarvoor een groeicijfer valt te berekenen.

uitgaven als percentage van het bbp gemiddeld. De Zvw-uitgaven liggen al tien jaar tussen de 5 en 6 procent van het bbp, dus ook de trend vormt geen aanleiding tot bezorgdheid (zie nogmaals figuur 1). Hoewel goede kwaliteitsindicatoren ontbreken zijn er geen aanwijzingen dat de kwaliteit van de zorg ernstig tekortschiet.

In hoeverre dit te danken is aan het stelsel dat we nu hebben weten we niet, omdat we geen goede counterfactual hebben - we weten niet water gebeurd zou zijn als we het oude stelsel hadden gehandhaafd. Wat we wel weten is dat de prikkels beter liggen dan in het oude stelsel: integrale tarieven bevorderen in ieder geval op papier doelmatige investeringen in nieuwbouw, en risicodragendheid van verzekeraars stimuleert scherp onderhandelen. Zorgverzekeraars beweren soms dat het huidige stelsel ook heeft geresulteerd in meer contractinnovatie dan wat mogelijk zou zijn in een overheidsstelsel maar het is de vraag of dit juist is. In de VS loopt Medicare juist voorop met contractinnovatie (McWilliams et al. 2018).

Op (belangrijke) onderdelen is ongetwijfeld verbetering mogelijk, zoals het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen door Nederlandse huisartsen. Zo liggen we jaren achter op andere landen wat betreft het marktaandeel van nieuwe antistollingsmiddelen (DOACs), terwijl deze middelen de kans op een hersenbloeding sterk verkleinen ten opzichte van de oudere middelen (De Jong et al., 2018). Een ander voorbeeld is de verloskunde, waar door de traditioneel sterke eerste lijn veel risicozwangerschappen niet worden opgespoord met onnodige zuigelingsterfte als gevolg (Dayzal et al., 2015). En het Zorginstituut heeft er onlangs op gewezen dat veel patiënten met osteoporose niet behandeld worden met vermijdbare botbreuken tot gevolg (Zorginstituut 2020).

Zo zijn er nog wel meer voorbeelden te noemen. Maar deze tekortkomingen liggen eerder aan de specifieke Nederlandse zorghistorie en zorgcultuur dan aan het Nederlandse zorgstelsel. Ik haast me eraan toe te voegen dat die specifieke Nederlandse zorgcultuur ook grote voordelen heeft. Een treffende illustratie hiervan is de verzuchting van een Nederlandse huisarts die in Frankrijk was gaan werken: 'als arts word je niet serieus genomen als je niet heel veel medicijnen voorschrijft, liefst antibiotica' (NRC, 28 februari 2015).

Een recente inventarisatie van bezuinigingsopties in de zorg (de eerder genoemde Brede Maatschappelijke Heroverwegingen) ziet dan ook weinig heil in een stelselherziening. De enige 'stelseloptie' die in het rapport genoemd wordt (naast afschaffing van het hinderpaalcriterium), is overheveling van de ouderenzorg naar de Zvw of de WMO. Dit zou volgens de opstellers van het rapport jaarlijks 360 miljoen euro opleveren. Grotere stelselherzieningen blijven in het rapport onbesproken. Het rapport bevat weliswaar een tabel waarin 'versterken van gereguleerde concurrentie' wordt vergeleken met versterken van 'gereguleerde samenwerking', maar in beide scenario's gaat het vooral om hogere eigen bijdragen en pakketverkleining.

Dit is niet de plaats om de voor- en nadelen van een meer fundamentele stelselwijziging te bespreken, zoals een nationaal zorgfonds naar het voorbeeld van de Engelse NHS of het

Amerikaanse Medicare. Een dergelijke analyse is ook weinig urgent, want ik verwacht niet dat een fundamentele stelselwijziging de komende jaren aan de orde is. Marktwerking in de zorg is weliswaar niet populair, maar dat was altijd al zo. Bovendien heeft de zorg op dit moment wel wat anders aan haar hoofd dan een stelselherziening. En ook zonder Covid-19 zou het draagvlak voor een stelselherziening op dit moment klein zijn. Dat kan veranderen, bijvoorbeeld als blijkt dat het huidige stelsel voortgaande specialisatie en taakverdeling binnen de tweede lijn en tussen de eerste en tweede lijn ernstig in de weg staat, waardoor efficiënte allocatie van patiënten wordt belemmerd en waardoor 'de juiste zorg op de juiste plaats' niet van de grond komt. Maar die conclusie kunnen we nu nog niet trekken.

## 9 Conclusies

In 2003, aan de vooravond van invoering van het huidige zorgstelsel, noemden we in ons rapport *Zorg voor Concurrentie* een reeks maatregelen waarvan we dachten dat ze noodzakelijk waren om het stelsel te laten werken. Twee van de volgens ons belangrijkste maatregelen, op het terrein van ziekenhuisfusies en kwaliteitsinformatie voor de patiënt, zijn echter niet genomen. Stel dat onze analyse klopte. Dan zou je verwachten dat het 'perspectief op zorg die zowel kosteneffectief als toegankelijk is' waar het rapport zo optimistisch van repte, niet dichterbij is gekomen. Maar het is ook denkbaar dat onze analyse op sommige punten niet klopte en dat niet alle maatregelen waarvoor we pleitten noodzakelijk waren om het stelsel te laten werken.

Om met het laatste te beginnen: alles overziend kom ik tot de conclusie dat onze analyse waarschijnlijk niet correct was waar het gaat om de verdeling van de onderhandelingsmacht tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ondanks de verdere concentratie in de ziekenhuiszorg is nauwelijks sprake geweest van prijsstijgingen, in ieder geval niet na de invoering van de kostenbeheersingsmaatregelen in 2012 (hoofdlijnenakkoorden en het macro-beheersinstrument). Het lijkt erop dat de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars, mogelijk dankzij die maatregelen, op dit moment sterk genoeg is.

Achteraf denk ik ook dat we te weinig oog hadden voor de voordelen van verdere schaalvergroting in de ziekenhuiszorg.<sup>9</sup> Alle succesvolle buitenlandse zorgorganisaties, zoals bijvoorbeeld Kaiser Permanente, Intermountain en Geisinger in de Verenigde Staten zijn vele malen groter dan het grootste Nederlandse ziekenhuis. Grote investeringen in ICT vormen een gemeenschappelijk kenmerk van alle succesvolle zorgorganisaties, en alleen bij verdere schaalvergroting zijn dergelijke investeringen rendabel. In de woorden van David Cutler: "In this sense, health care is no different from the rest of the economy. In virtually every industry, the revolution in information technology has led to firms increasing in size." (Cutler, 2014, p. 91). De veelgehoorde bewering dat fusies niet hebben geleid tot betere kwaliteit is ook veel te stellig. In een onderzoek in opdracht van de ACM concludeerde ik

<sup>9</sup> Van Hulst en Blank (2017) betogen dat Nederlandse ziekenhuizen al voorbij de optimale schaal zijn, maar op hun aanpak is veel af te dingen, zie hiervoor de reactie van Jan Peter Heida en mijzelf (2017).

met een aantal andere onderzoekers dat ziekenhuisfusies niet *aantoonbaar* tot betere kwaliteit leiden (Batterink et al., 2016). Dat we dat niet konden aantonen kan ook liggen aan het ontbreken van goede kwaliteitsindicatoren.

Onze analyse was waarschijnlijk ook niet correct waar het gaat om bruikbare kwaliteitsinformatie voor de patiënt, en wel om twee redenen. Allereerst is inmiddels wel duidelijk dat dit doel eenvoudigweg niethaalbaar was. Als we dit toen hadden gesignaleerd, had dat wellicht tientallen zo niet honderden miljoen euro's aan publiek geld uitgespaard die in nutteloze kwaliteitsindicatoren zijn gestoken. In de tweede plaats zijn er andere mechanismen die de kwaliteit van de zorg tot op zekere hoogte borgen, waaronder een prikkel tot kostenbeheersing die soms resulteert in kwaliteitsverbetering en spiegelinformatie voor artsen in combinatie met intrinsieke motivatie die grote kwaliteitsverbeteringen heeft opgeleverd.

Onze analyse was misschien wel correct waar het de zwakke onderhandelingspositie van zorgverzekeraars betrof. Dat dit niet heeft geleid tot een prijsexplosie is te verklaren uit het feit dat het huidige stelsel sterk afwijkt van het stelsel dat de auteurs van *Zorg voor Concurrentie* voor ogen hadden. Want naast gereguleerde concurrentie (waar het rapport over ging, en de term waarmee het huidige stelsel nog steeds vaak wordt omschreven) is sinds ruwweg 2012 sprake van 'gedelegeerde budgettering', waarbij zorgverzekeraars een door de overheid vastgesteld budget verdelen over zorgaanbieders, daarbij ondersteund door hoofdlijnenakkoorden met als stok achter de deur het macrobeheersinstrumenten het dreigement aan het adres van zorgverzekeraars dat zij hun *license to operate* verliezen als ze onvoldoende werk maken van uitgavenverlaging. Dit stelsel van gereguleerde concurrentie cum gedelegeerde budgettering kan wellicht wél werken bij markten die zo geconcentreerd zijn dat gereguleerde concurrentie alleen zou resulteren in veel grotere uitgavenstijgingen dan we sinds 2012 hebben gezien in de medisch specialistische zorg.

Ons rapport bevatte geen analyse van de politieke economie van stelselherziening. Wellicht hadden we kunnen weten dat de 'depolitisering' die het nieuwe stelsel leek te behelzen niet mogelijk was, en dat stijgende zorguitgaven zouden leiden tot politiek ingrijpen. Maar wat zou de toegevoegde waarde zijn geweest als we dit wél zouden hebben meegenomen? Hadden we om deze reden moeten afraden om het stelsel in te voeren? Dat zou veel te stellig zijn geweest, want zoals gezegd, het stelsel functioneert in veel opzichten prima. We hadden wellicht wél kunnen weten dat uitgavenstijgingen zouden leiden tot aanvullende maatregelen. Die maatregelen zijn er inderdaad gekomen, en ze lijken effectief te zijn. Maar ik heb niet de pretentie dat we die maatregelen (hoofdlijnenakkoorden en macro-beheersinstrument) indertijd hadden kunnen bedenken, laat staan dat we de effectiviteit ervan hadden kunnen voorspellen.

### **Auteur**

Marc Pomp (e-mail: [info@marcpomp.nl](mailto:info@marcpomp.nl)) is zelfstandig gezondheidseconoom.

---

**Literatuur**

- Autoriteit Consument & Markt (ACM), Prijs- en volume-effecten van ziekenhuisfusies – Onderzoek naar de effecten van ziekenhuisfusies 2007-- 2014.
- Batterink M, J. Reitsma, L. Bakker, M. Pomp en R. Plu, 2016, R. Ziekenhuisfusies en kwaliteit van zorg Barneveld: Significant.
- Berden, C., R. Croes, R. Kemp, M. Mikkers, R. van der Noll, V. Shestalova en J. Svitak, J., 2019, Hospital Competition in the Netherlands: An Empirical Investigation (No. 2019-018), Tilburg University, Center for Economic Research.
- Boston Consulting Group, 2011, Zorg voor Waarde,
- CBS, 2020, Prijs- en volumeontwikkelingen in de medisch specialistische zorg in 2013-2017.
- CPB, 2020, Evaluatie programma's Beatrixziekenhuis en Bernhoven.
- Cutler, 2014, David, *The Quality Cure*, University of California Press.
- Daysal, N.M., M. Trandafir en R. van Ewijk, 2015, Saving lives at birth: The impact of home births on infant outcomes, *American Economic Journal: Applied Economics*, vol. 7(3): 28-50.
- Duijmelinck, D.M.I.D. en V. van de WPMM, 2015, Hoge vergoeding niet-gecontracteerde zorg belemmert zorginkoop, *ESB*, vol. 100(4717): 532-4.
- Dulmen, S. van, N. Stadhouders, G. Westert, E. Wackers en P. Jeurissen, 2020, Op weg naar hoge kwaliteit en lage kosten in de medisch specialistische zorg, IQ Healthcare 2020.
- Govaert, J.A. et al., 2016, Nationwide outcomes measurement in colorectal cancer surgery: improving quality and reducing costs, *Journal of the American College of Surgeons*, vol. 222(1): 19-29.
- Haas, J. de, J-P Heida en T. Stoop, 2020, Concentratie van complexe ingrepen kan meer dan 200 sterftegevallen vermijden, SiRM.
- Hulst, B. van, en J. Blank, 2017, Nederlandse ziekenhuizen te groot voor verdere schaalvoordelen. *ESB*, vol. 102(4749): 226-228.
- Jong, L.A. de, M. Koops, J.J. Gout-Zwart, M.J. Beinema, M.E.W. emels, M.J. Postma en J.R.B.J. Brouwers, 2018. Trends in direct oral anticoagulant (DOAC) use: health benefits and patient preference, *Neth J Med*, vol. 76(10): 426-430.
- Kolfschoten, F. van, 2016, Het Jaar van de Transparantie, NtvG 13-07-2016.
- Kolstad, J.T., 2013, Information and quality when motivation is intrinsic: Evidence from surgeon report cards, *American Economic Review*, vol. 103(7): 2875-2910.
- McWilliams, J.M., L.A. Hatfield, B.E. Landon, P. Hamed en M.E. Chernew, 2018, Medicare spending after 3 years of the Medicare Shared Savings Program, *New England Journal of Medicine*, vol. 379(12): 1139-1149.
- Moriya, A.O., W.B. Vogt en M. Gaynor, 2010, Hospital prices and market structure in the hospital and insurance industries, *Health Economics Policy & Law*, vol. 5: 459.
- Pomp, M. en J.P. Heida, Reactie: Conclusie over optimale schaal ziekenhuizen kan niet worden getrokken, *ESB*, vol. 102(4756): 603-4.
- Schut, E., R. van Kleef en W. van de Ven, 2014, Zorgstelsel spoort nog onvoldoende aan tot goede kwaliteit, : 326-329.
- Varkevisser, M., 2019, Hand in hand: op zoek naar de juiste balans tussen marktwerking en overheidsingrijpen in de gezondheidszorg, *TPedigitaal*, vol. 13(1): 1-14.
- Zorginstituut, Verbetersignalement Osteoporose, 2020.