

# BEELD EN WERKELIJKHEID!

## HOE WERKT DE STURING EN BEKOSTIGING IN DE ZORG?

Prof. dr. Guus van Montfort,  
emeritus hoogleraar Zorg,  
Economie en Medische Technologie,  
UT Enschede



**Beeld en werkelijkheid!**

*Hoe werkt de sturing en bekostiging in de zorg?*

Guus van Montfort

ISBN 978 90 8560 304 7

NUR 882 / THEMA MBDC

DOI 10.36254/978-90-8560-304-7

© 2023 Uitgeverij SWP Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

# Inhoudsopgave

<b>Inleiding</b>	<b>7</b>
<b>1 Enkele ontwikkelingen in het zorglandschap</b>	<b>9</b>
1.1 Hoe verandert de zorgverlening in de toekomst?	9
1.2 Ontwikkelingen van het zorgstelsel	13
<b>2 Sturing en bekostiging op macro-, meso- en microniveau</b>	<b>21</b>
2.1 Macroniveau: macrobudget	21
2.2 Mesoniveau: allocatie macrobudget naar zorgaanbieders	22
2.3 Microniveau: aanwending van de middelen	26
2.4 Bekostigingssystemen: zorginkoop-zorgverkoopmarkt	29
<b>3 Nabeschuiving: enkele reflecties</b>	<b>33</b>
<b>Literatuur</b>	<b>39</b>
<b>Bijlagen</b>	
Bijlage I Cijfers en tabellen over zorgkostenontwikkeling	43
Bijlage II Nieuw bekostigingsmodel ziekenhuizen: tienpuntenplan	45
Bijlage III Resultaten analyses verschillen rekenpremie en nominale premie	51
Bijlage IV Contextueel leiderschap is vooral kijken en luisteren naar de werkvloer	55
Bijlage V Reactie op ‘de regio als redding?’, RVS-rapport, 20-10-2022	59
Bijlage VI Definities effectiviteit en efficiency	63
Bijlage VII Te veel overheid en zorgverzekeraar gedreven	65
Bijlage VIII Drie blogs uit <i>Zorgvisie</i> (2023)	75
Blog I: Stop met beleid op de vierkante centimeter	75
Blog II: Hoe dan wel!	77
Blog III: Vertrouwen, het effectiefste en goedkoopste (beleids)medicijn	80



# Inleiding

In deze bijdrage geef ik enkele – theoretische én praktische – beschouwingen over systemen en modellen betreffende sturing en bekostiging in de zorgsector. Ik geef uitwerkingen van veelgebruikte begrippen zoals financiering, bekostiging, tarieven, prijzen, kostprijzen, persoonsvolgende c.q. cliëntgebonden bekostiging, populatie-bekostiging, allocatie en aanwending. Hoe werkt het stelsel, wat zijn de bedoelingen van het stelsel, wie speelt welke rol, enzovoort. Er zijn enkele evaluaties van het nieuwe stelsel na vijftien jaar verschenen (zie o.a. Jeurissen en Maarse, 2021). Zij concluderen dat de betaalbaarheid is verbeterd. Maar dat is minder een gevolg van het nieuwe stelsel en meer doordat het reeds bestaande macrobudgetteringssysteem gewoon is gecontinueerd. Ik ben het hiermee eens, alsook met een andere conclusie van Jeurissen en Maarse, namelijk dat er veel minder sprake is van concurrentie dan was beoogd. Men wijst ook op de sterke verhoging van de administratieve lastendruk.

Ook Martien Bouwmans heeft in zijn recente boek (2021) het zorgstelsel ontrafeld. Ik vind dat hij de fouten c.q. onvolledigheden in het functioneren van het stelsel vooral wijt aan de te geringe macht van zorgverzekeraars om dwingend te kunnen sturen. Hij vindt het te vrijblijvend. In deze publicatie zal blijken dat ik daar toch anders over denk.

In deze bijdrage wordt ook aandacht besteed aan het verschil tussen de werkelijkheid en het beeld van de werkelijkheid van het stelsel.

In de zorg worden een aantal begrippen vaak niet altijd op een consistente manier gebruikt. En daarom leek het mij goed om alles eens op een rijtje proberen te zetten en in een kader te plaatsen. Hierdoor wordt het makkelijker om een zekere mate van eenheid van taal te kunnen ontwikkelen.

En de betekenis van deze begrippen moeten we ook plaatsen in het kader van het veranderende zorgstelsel en vooral van het veranderende zorglandschap. Vandaar dat ik zowel aan het stelsel als aan het sterk veranderende zorglandschap aandacht besteed.

Ik gebruik regelmatig het ziekenhuis als voorbeeld. Niet alleen omdat dit – in termen van zorgkosten – een groot gedeelte van de gehele zorgsector is, maar ook omdat de ontwikkelingen in de ziekenhuissector vaak trendsetters zijn voor de ontwikkelingen in andere zorgsectoren. Alhoewel ik me realiseer dat men in de publieke opinie regelmatig kan lezen dat ziekenhuizen en speciaal dokters en verpleegkundigen nogal behoudend en conservatief zijn als het gaat om innovatie, kwaliteitsverbetering en efficiency. In eerdere publicaties heb ik laten zien – aan de hand van vele concrete voorbeelden – dat dit echt niet zo generiek is (Van Montfort 2022, hoofdstuk III: Het gebeurt op de (zorg)werkvloer en hoofdstuk IV: Kijken naar de werkelijkheid.) Ook hier zien we dat het beeld van de werkelijkheid (de zorg is behoudend en niet vooruit te branden) vaak niet overeenkomt met de werkelijkheid (op de werkvloer gebeuren veel innovaties) Overigens gaat dit niet alleen voor de zorg op.

Er zijn ten aanzien van de betekenis van begrippen natuurlijk een aantal min of meer algemene en universele uitgangspunten. Maar ze krijgen ook een specifieke betekenis in een bepaalde context. Die context kan betrekking hebben op algemene ontwikkelingen zoals demografie, epidemiologie, technologische en wetenschappelijke verworvenheden, maar ook bijvoorbeeld op het zorgstelsel en de (financieel) economische situatie op een bepaald moment.

Tot slot van deze inleiding merk ik op dat het zorglandschap een cruciale impact heeft op de betekenis van de genoemde begrippen.

En natuurlijk hebben begrippen geen neutrale betekenis, ze hebben in de verschillende systemen ook bepaalde incentives c.q. disincentives.

Ik heb in het kader van dit artikel niet de pretentie om een compleet beeld te schetsen van het huidige en toekomstige zorglandschap. Ik focus vooral op de relevante aspecten voor het centrale thema van deze onderhavige publicatie.

## HOOFDSTUK 1

# Enkele ontwikkelingen in het zorglandschap

‘Kostenbegrippen’ en ‘systemen’ hebben deels een algemene, universele betekenis, maar hebben ook een specifieke betekenis in relatie tot een bepaald zorglandschap. Of misschien is de min of meer autonome dynamiek in de zorg op de werkvloer at the end dominantier dan het systeem of het stelsel. Dit aspect komt in deze bijdrage uitvoerig aan de orde.

Bij de beschrijving en analyse van het zorglandschap onderscheiden we twee invalshoeken:

1. Hoe verandert de zorgverlening, waardoor en hoe, wie en wat spelen daarin een belangrijke rol, enzovoort. Dit gaat dus over de werkvloer, de directe vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de zorgprofessional(s).
2. Hoe zien we dat het zorgstelsel verandert, wat is de beleidsontwikkeling van overheid, zorgverzekeraars, organisaties van zorginstellingen en zorgprofessionals, patiëntenorganisaties, enzovoort.

En natuurlijk ook hoe deze twee ontwikkelingen elkaar beïnvloeden en samenhangen.

### 1.1 Hoe verandert de zorgverlening in de toekomst?

#### *Zorginhoudelijke ontwikkelingen*

Als we kijken naar de concrete zorgverlening in de afgelopen veertig tot vijftig jaar, dan kunnen we constateren dat de effectiviteit en efficiency aanmerkelijk zijn toegenomen en verbeterd. We leven aanmerkelijk langer en hebben ook veel meer gezonde levensjaren. Als we kijken naar de vooruitgang bij de behandeling van kanker of hart- en vaatziekten, moeten we constateren dat die echt spectaculair is. En natuurlijk moeten we oppassen dat we niet de verwachting oproepen dat de zorg alles kan genezen. Dat is natuurlijk niet zo. Maar we zijn echt vooruitgegaan. (Zie voor nadere informatie Zorgbalans van RIVM en de opvolger op de VZinfo-site.)

In de discussies worden technologie en wetenschap vaak verbonden aan kostenverhogingen. En zeker zijn er nieuwe behandelwijzen en geneesmiddelen die een betere effectiviteit hebben, maar ook kostenverhogende effecten hebben. Dat zijn soms ook kostenverhogingen op korte termijn, maar die op langere termijn weer een kostenverlagend effect hebben ten opzichte van de 'oude' behandelmethoden. Dus er is sprake van een genuanceerde relatie tussen technologie en wetenschap aan de ene kant en de kostenontwikkeling aan de andere kant. In Van Montfort (2022) wordt – in navolging van Toffler en Brynjolfsson – een diversificatie in technologie ontwikkeld. En als we de ontwikkelingen in technologie en wetenschap volgen, dan kun je concluderen dat ook in de toekomst deze vooruitgang en verbeteringen door zullen gaan en mogelijk nog sneller dan in het verleden. Deze bevindingen betreffen niet alleen de zorg in de curatieve zorgsector. Maar als we kijken naar de verpleeghuiszorg of de ggz-zorg kunnen we hetzelfde concluderen. De huidige verpleeghuiszorg ziet er totaal anders uit dan veertig tot vijftig jaar geleden. En daarbij gaat het om andere kwaliteitscriteria dan in de ziekenhuissector, maar ook die zijn aanmerkelijk verbeterd in de loop der jaren. Natuurlijk zijn er nu problemen met wachtlijsten in de ggz-jeugd zorg of voor opname in een verpleeghuis. En zeker zien we dat lage SES-groepen een veel kortere levensverwachting hebben. En natuurlijk kunnen en moeten we meer aan preventie doen. Dus opgaven en uitdagingen genoeg. Maar dat hoeft niet te leiden tot uitspraken van minister Kuijpers dat het – in internationaal perspectief – niet zo goed zou gaan met de kwaliteit van zorg en efficiency in ons land. Ook zijn ambtenaren te verbieden om nog te zeggen dat Nederland tot de top drie van Europa behoort wat betreft de kwaliteit. (Maar mogelijk heeft de minister bepaalde strategische overwegingen om deze uitspraken te doen.)

Ook als we kijken naar de zorgkosten per hoofd van de bevolking of als percentage van het bnp scoren we iets boven het gemiddelde in internationale vergelijkingen. Als we vergelijken met de meer ontwikkelde landen zitten we in de middenmoot. We komen verderop nog nader terug op de kosten- en zorginhoudelijke cijfers.

### ***Beheerste ontwikkeling zorgkosten?***

En natuurlijk hadden en hebben we een zorgkostenvraagstuk, ook in de toekomst. Maar we moeten ervoor oppassen dat dit een bijna onoplosbaar vraagstuk is, dat alleen met ongelofelijk diepe en ernstige beleidsingrepen zou kunnen worden opgelost. Zoals met een significante inperking van het basispakket, waardoor de algemene toegankelijkheid echt in gevaar komt. En het gaat dan dus niet om cosmetische inperkingen, zoals we die in de afgelopen jaren hebben gezien. Of een zeer sterke



stijging van eigen bijdragen of verplicht eigen risico's, waardoor de solidariteit en toegankelijkheid echt onder druk komen te staan.

Als we terugkijken naar de jaren tachtig dan kunnen we constateren dat toen de algemene en financieel-economische crisis nog veel groter was dan nu. Er waren toen dramatische voorspellingen, onder meer van het CPB. De ene publieke sector had nog eerder dan de ander 100 procent van het bnp bereikt. Een beetje onzinnig natuurlijk, maar het gaf wel de algemene paniek weer. En toch zijn al die verontrustende voorspellingen in de verste verte niet uitgekomen. Ook vanuit de inhoud van de zorg waren er nogal negatieve opvattingen over de te verwachten gezondheids- en kwaliteitswinst van verdere uitgavenverhogingen in de zorg. Met name de NOTA 2000 van het ministerie van VWS was hier zeer expliciet in. Hoe kan dat? Wat kunnen we daarvan leren, zonder uit het oog te verliezen dat de problematiek van het verleden niet die van de toekomst is. De ontwikkeling van precisiegeneeskunde leidt tot een sterke verhoging van de effectiviteit, maar daar staat soms ook een forse kostenstijging tegenover. Denk aan de problematiek van de dure geneesmiddelen.

In Van Montfort (2022; hoofdstukken II en III) zijn de veranderingen in het zorglandschap uitvoerig beschreven. Enkele hoofdlijnen vat ik hier samen:

1. Demografische en epidemiologische ontwikkelingen laten een sterke vergrijzing van de bevolking zien en de daarmee samenhangende veranderende ziekte- en klachtenbeelden.
2. De effectiviteit en efficiency zijn de afgelopen vijftig jaar zeer sterk toegenomen. De levensduurverwachting is sterk toegenomen evenals het aantal gezonde jaren.
3. We kunnen constateren dat een aantal dodelijke ziekten steeds meer een chronisch karakter hebben gekregen.
4. We zien dat er veel gesubstitueerd is naar de eerste lijn, maar vooral naar de nulde lijn.
5. We zien een sterke ontwikkeling van het 'prosumentenmodel'. Meer eigen regie en zorgverlening door de patiënt zelf.
6. Achter deze dynamiek op de werkvloer spelen de steeds snellere nieuwe technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen een zeer belangrijke rol. De precisiegeneeskunde neemt zeer sterk toe. Met als gevolg een sterke toename van de effectiviteit van de zorgverlening.
7. Er wordt op direct zorgverleningsniveau veel meer samengewerkt dan uit de publieke discussie blijkt. Dokters en verpleegkundigen werken – in het belang van de patiënt – veel samen. En natuurlijk dat kan nog beter en nog meer.

8. Er zijn veel minder ‘silos’ in de praktijk, dan je uit de publieke discussie zou kunnen afleiden.
9. De ontwikkelingen in het zorglandschap staan niet op zich, maar zijn een onderdeel van c.q. hangen samen met de algemene dynamiek in de maatschappij en de economie.
10. Voor de ontwikkeling van de zorgkosten wil ik – zoals boven reeds gesteld – enkele nuanceringen aanbrenge. Vele discussies beginnen met opmerkingen over de onbeheersbaarheid van de kostenontwikkeling. Er worden dan cijfers aangedragen dat de zorgkosten inmiddels op 14,5 procent van het bnp zitten. Maar dan worden er allerlei uitgaven in de welzijnssector (zoals de kosten voor kinderopvang) meegenomen. Als we de internationale definitie van het domein gezondheidszorg hanteren, dan zien we dat 11,2 procent van het bnp in 2021 aan zorg is uitgeven. (CBS, tabellen; zie bijlage I). In 2019 was dit 10,1 procent. Hierbij moeten we in ogenschouw nemen dat we in 2020 en 2021 extra zorguitgaven hadden voor de ‘covid-bestrijding’. Dat betekent een extra stijging van de teller. En moeten we constateren dat we in 2020 en 2021 een daling van het bnp hadden. Dus daalt de noemer en stijgt de breuk. Ik wil het echt niet mooier maken dan het is, maar we moeten wel de reële cijfers gebruiken. Tegenover deze reële kostengroei staan ook echte resultaten en baten voor de gezondheidswinst (zie bovenstaande punten). Natuurlijk hebben we een zorgkostenvraagstuk, maar we moeten ons ook realiseren dat we in de jaren tachtig en negentig ook een groot (misschien nog wel veel groter?) zorgkostenvraagstuk hadden, zeker in de afweging met andere collectieve uitgaven. En dat hebben we ook opgelost, inclusief een echt grote gezondheidswinst. En dat moet dus nog een keer gebeuren. Met nieuwe uitdagingen als vergrijzing, arbeidsmarktproblematiek, nieuwe technologieën en wetenschappelijke ontwikkelingen, andere patiënten met een hoger opleidingsniveau, betere inkomenspositie, meer behoefte aan eigen regie, beter geïnformeerd, mondigder.

Kortom, de directe zorgverlening kent een dynamische interne en externe omgeving. Dat betekent dat de werkvloer (nog veel meer) ruimte en bewegingsvrijheid moet hebben om de innovatie-, kwaliteits- en efficiencyopdracht te kunnen blijven waarmaken. Dat heeft consequenties voor de inrichting van het zorgstelsel, met name van de bekostigingssystematiek en een sterke reductie van de administratieve lastendruk. Met name voor het laatste is herstel van het vertrouwen in de werkvloer zeer relevant. En natuurlijk, vertrouwen moet je verdienen, maar dat wordt door het toenemende controle- en beheerbeleid niet makkelijk gemaakt. Het gemillimeter

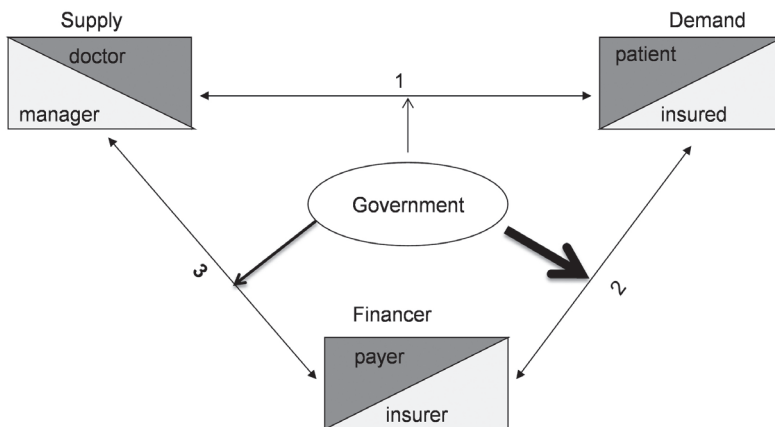
in de aanpassing van systemen (verdere verfijningen in de verevening tussen zorgverzekeraars, die tot minimale verbeteringen leiden) neemt grote – in mijn ogen te grote – vormen aan. En dat leidt echt niet tot meer control en beheer, wat toch de bedoeling was van het millimeterbeleid.

## 1.2 Ontwikkelingen van het zorgstelsel

We hebben in de afgelopen veertig tot vijftig jaar veel discussie gehad over het zorgstelsel. Als we goed kijken, is de rode draad door al die hervormingen van het stelsel (dus niet van de concrete zorgverlening) toch wel de grote bezorgdheid over de kostenontwikkeling. Dat is het centrale thema van het beleid van de overheid – en in het verlengde daarvan van zorgverzekeraars – geweest. (Uiteraard los van de extra inspanningen van de overheid in de coronacrisis.)

We onderscheiden drie ‘markten’, die een goed raamwerk vormen om de hoofdlijnen in de ontwikkelingen van het stelsel te beschrijven en te analyseren.

### Type 1: 3 Market model of the system



Market: 1. delivery market  
2. insurance market  
3. selling / purchasing market  
Dominant role of the government.

Schema: Drie markten in de zorg

De stelselwijziging in 2006 is veel meer dan invoering van de basisverzekering. In vele publicaties wordt de stelselwijziging van 2006 te veel vereenzelvigd met de invoering van de Zorgverzekeringswet als vervanger van de Ziekenfondswet. Natuurlijk is dat een belangrijke deel van de stelselwijziging geweest. Het verankerde een brede toegankelijkheid (middels vooral het brede verplichte pakket in de algemene basisverzekering voor iedereen; opheffen onderscheid ziekenfonds-particulier) en de solidariteit middels acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie, zorgtoeslag voor de lage inkomens. Maar de andere wetwijzigingen, zoals de vervanging van de WTG door de WMG en de WZV door de WTZa, zijn minstens even relevant voor de zorgverlening op de werkvloer. We komen daar nog uitgebreid op terug.

### ***Marktwerking?***

In de zorg is veel gediscussieerd over het invoeren van marktwerking in 2006. Er zijn vele definities van het begrip marktwerking. Voor mij staat centraal dat de cliënten c.q. patiënten kunnen kiezen naar welke zorgverlener men gaat of bij welke zorgverzekeraar men een polis koopt. Dat betekent vervolgens dat zorgverleners en aanbieders met elkaar kunnen concurreren om de gunst van de cliënt of patiënt c.q. dat zorgverzekeraars om de gunst van de verzekerden concurreren. In dit kader gaan we hierna analyseren hoe dit in de praktijk werkt.

Ik merk nog wel op dat we daarvoor wel degelijk ook marktwerking hadden. Maar die was op andere uitgangspunten gebaseerd. Die marktwerking c.q. concurrentie ging over vergunningen en erkenningen voor bedden, voor functies, voor bouw-aanvragen, enzovoort. Deze werden door de overheid (en mede op advies van het College Ziekenhuisvoorzieningen c.q. College Ziekenhuisbouw) bepaald en waren schaars. Dus de zorgaanbieders concurreerden bij de overheid voor een erkenning c.q. vergunning. Als men die eenmaal had dan was de bekostiging feitelijk geregeld. De bekostiging was volgend op de planning. (Het motto was: de WZV-planning wijst en vervolgens prijst de WTG.) Door de (wetgevings)veranderingen in 2006 (en dus niet alleen de Zorgverzekeringswet) is dit min of meer omgedraaid. Ik kom daar nog uitvoerig op terug.

Ik heb het begrip 'markt' tussen aanhalingstekens geplaatst, omdat de beschreven situaties niet voldoen aan de voorgaand gehanteerde definities van markt en marktwerking.

We onderscheiden drie ‘markten’ (zie eerder schema) op basis van de wetgevingsveranderingen per 2006.

**‘Markt 1’** is de relatie tussen de patiënt en de zorgprofessional(s). Dit is de zorgverleningsmarkt, de vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de zorgprofessional(s), (de werkvloer). Die is enerzijds gebaseerd op de professionaliteit en intrinsieke motivatie van de professional(s) en anderzijds op wat de – in de loop van de tijd veranderende – klachten, noden en wensen van de patiënt. De patiënt, die in de loop der jaren steeds mondiger is geworden, beter is opgeleid en veel meer eigen regie wil. De overheid en de zorgverzekeraars hebben hier weinig of geen (directe) invloed. (Stelling: De overheid en de zorgverzekeraar horen niet in de spreekkamer van de dokter en de patiënt.) De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en het Zorginstituut hebben een taak in de kwaliteit van zorg. Maar zij respecteren datgene wat de beroepsgroep en patiënten goede en verantwoorde zorg vinden. Kortom op deze ‘markt’ is weinig overheidsregulering of regulering van zorgverzekeraars. En dat past ook goed bij de zorgdynamiek op de werkvloer, die een min of meer autonoom karakter heeft tegenover het beleid van de overheid en zorgverzekeraars. Maar – zoals ik nog zal toelichten – patiënten en zorgprofessionals hebben wel bijzonder veel last van een grote administratieve lastendruk en registraties, waarvan bovendien het nut echt niet duidelijk is.

**‘Markt 2’** betreft de relatie tussen enerzijds de verzekerde en anderzijds de zorgverzekeraar (in het kader van de Zorgverzekeringswet, Zvw) of het zorgkantoor (in het kader van de Wet langdurende zorg, Wlz). De verzekeringsmarkt is zeer sterk door de overheid gereguleerd, dit met het oog op de breed aanvaarde maatschappelijke doelstellingen van algemene toegankelijkheid en solidariteit. Deze doelstellingen vereisen een sterke regulering door de landelijke overheid. (Voor een nadere toelichting verwijs ik naar Van Montfort, 2022.) In het schema zien we dan ook een dikke pijl van de overheid naar de ‘verzekeringsmarkt’. Het basispakket (dus het product dat zorgverzekeraars verkopen) wordt bepaald door de overheid (op advies van het Zorginstituut) en niet door de zorgverzekeraar c.q. de verkoper van polissen. Bovendien wordt de prijs van dat product, lees de premie, voor de helft bepaald door de overheid (de inkomensafhankelijke belastingpremie). Voor het andere deel, dat dus door de individuele zorgverzekeraar wordt vastgesteld, is het resultaat van de zorginkoop (inclusief de verevening) veel minder relevant voor de premieverschillen dan de inzet van eigen vermogens (vooral beleggingsrendementen).

De concurrentie tussen zorgverzekeraars om de verzekerden kan dus ook niet sterk ontwikkeld zijn. Natuurlijk is er veel publiciteit rond die concurrentie tussen zorgverzekeraars op premies en inhoud van het verzekerde pakket. Maar dat is dus van beperkte omvang en impact.

Aanvullend merk ik nog op dat het allergrootste deel van het verschil tussen aan de ene kant de individuele nominale premie van een zorgverzekeraar en aan de andere kant de algemene, door de overheid vastgestelde rekenpremie wordt bepaald door de inzet van eigen vermogens (die met name worden opgebouwd door beleggingsrendementen). Verschillen in zorginkoopresultaten (inclusief de verevening) spelen een veel mindere rol. Een beetje ondeugend opgemerkt, kunnen we ons afvragen of zorgverzekeraars niet eerder beleggingsmaatschappijen zijn dan verzekeraars van medische risico's.

'**Markt 3**' betreft de relatie tussen aan de ene kant zorgverzekeraars/ zorgkantoren en aan de andere kant de zorgaanbieders. We noemen dit de 'zorginkoop-verkoopmarkt'. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderhandelen over tarieven, volumina en kwaliteit. Deze onderhandelingen vinden plaats binnen een macrobudgetair kader. Op deze markt zijn er rond 2005/2006 twee belangrijke wetten ingevoerd. De WMG (Wet marktordening gezondheidszorg) is de vervanger van de WVG (Wet tarieven gezondheidszorg) en gaf veel meer ruimte aan zorgverzekeraars om hun regulering waar te kunnen maken. Deze rol van zorgverzekeraars paste in het algemene beleid van de terugtrekkende overheid. Een van de instrumenten die zorgverzekeraars in het nieuwe stelsel kregen om de rol van 'zorgregisseur' waar te kunnen maken, was de prestatiebekostiging. Dit gaf de zorgverzekeraars de mogelijkheid om de patiënt c.q. de zorgverlening te sturen. Daarmee kan dan de zorgverlening effectiever en efficiënter gemaakt worden c.q. meer passende zorg en minder praktijkvariatie. De zorgverzekeraars kunnen zich hierin tegenover elkaar onderscheiden en het verschil maken. Op deze wijze kan een zorgverzekeraar zich een betere positie op de verzekerdenmarkt ten opzichte van andere zorgverzekeraars verwerven. Door beter te onderhandelen op de zorginkoop- en zorgverkoopmarkt dan andere zorgverzekeraars, komt men tot een lagere schadelast en dit kan leiden tot een (relatief) lagere nominale premie op de verzekerdenmarkt.

Op deze wijze zien we de samenhang tussen de drie markten, maar ook de knelpunten daarin. Maar zijn deze beleidsvoornemens in de praktijk ook gerealiseerd? Zoals ik hierna beschrijf is dat in de praktijk niet gerealiseerd. Met name de zorgverzekeraars – en de overheid middels het zware accent op het macrobudget – hebben de

prestatiebekostiging in de praktijk omgebouwd naar een budgettachtig systeem, met omzet- en volumeplafonds. Ik kom daar later op terug.

We kunnen de stelselontwikkelingen in het kader van het voorgaande schema plaatsen. Laten we de stelselwijzigingen rond 2006 als vertrekpunt nemen. We hebben dan – zoals reeds gesteld – drie grote wetwijzigingen. Dat is de vervanging van de WTG door de WMG, de WZV door de WTZi (nu WTZa) en de Ziekenfondswet door de Zvw. Deze wetwijzigingen zijn alle ingegeven door de toen heersende opinie dat de centrale overheid moest terugtreden en veel meer overlaten aan partijen in het veld. Dat leidde bijvoorbeeld tot privatiseringen van overheidsbedrijven en tot de genoemde wetwijzigingen in de zorg. De overheid schafte de landelijke planning af door de planningswet (WZV) te vervangen door de toelatingwet (WTZi, de huidige WTZa). De verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van voorzieningen, bouw, enzovoort, kwam te liggen bij de zorginstellingen, die voor financiering van de investeringen met banken overeenstemming moesten bereiken en voor de bekostiging van de exploitatie met zorgverzekeraars en zorgkantoren overeenkomsten moesten sluiten. De nieuwe ZvW gaf hun die grotere bevoegdheden, maar vooral ook de andere twee wetwijzigingen. We hebben naast genoemde nieuwe wetgeving ook nog een vervanging van de AWBZ door de Wlz. Dit laatste betreft vooral de ‘caresectoren’ (zoals de ouderenzorg, de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, de langdurende ggz). Daarnaast kennen we de WMO en de Jeugdwet, die door gemeenten wordt uitgevoerd. Deze laatsten kunnen we plaatsen in het kader van de decentralisatie naar lagere overheden.

Er zijn in de afgelopen jaren ook een aantal overhevelingen tussen de verschillende wetgevingsdomeinen uitgevoerd.

### **Hoe is het in de praktijk gelopen?**

Ik wil starten met op te merken dat die ‘privatiseringen’ (de aanhalingstekens zijn bewust) ons ook veel goeds hebben gebracht.

Maar terug naar de zorg. De zorgverzekeraars werden gestimuleerd om onderling om de gunst van de verzekerden op de verzekeringsmarkt te concurreren. Dit medegecombineerd met en mogelijk gemaakt door de scherpe inkoopmacht van de zorgverzekeraars. Dit zou leiden tot verschillen in schadelast, die men kon doorgeven middels (relatief) lagere premies, waardoor men zich een betere positie op de verzekerdenmarkt kon verwerven. Daardoor kon men meer verzekerden verwerven en een betere onderhandelingspositie bereiken op de zorginkoop-zorgverkoopmarkt en dus betere contracten met de zorgaanbieders afsluiten. De prestatiebekostiging was hierin – als bekostigingssysteem – cruciaal.

Maar we moeten – zoals reeds gesteld – constateren dat de zorgverzekeringsmarkt door de overheid zeer sterk is gereguleerd. Voor een uitwerking verwijs ik naar Van Montfort (2022). Dus de zogenoemde marktwerking was wel een zeer gereguleerde marktwerking. Het product dat zorgverzekeraars – los van de aanvullende verzekering – verkochten (de inhoud van het basispakket) werd bepaald door de overheid. De prijs van dit product werd voor de helft bepaald door de overheid via de inkomensafhankelijke premie. En de andere helft, de zogenoemde nominale premie, werd door de individuele zorgverzekeraar bepaald. En daar speelde het resultaat op de zorginkoop een cruciale rol. Althans dat was de bedoeling. Maar als we de jaarlijkse nominale premieontwikkeling ten opzichte van de rekenpremie (die door de overheid wordt vastgesteld en waarin de ontwikkeling van het macrobudget, de algemene OVA-ruimte voor arbeidsvoorwaarden, de veranderingen in het basispakket zijn verrekend) analyseren, moeten we – zoals reeds gesteld – constateren dat naast verschillen in beheerskosten (gemiddeld 3 à 4 procent van de totale kosten van een zorgverzekeraar) niet zozeer het resultaat op de zorginkoop een grote invloed heeft, maar vooral het verschil in beleggingsresultaten en de vermogens een veel grotere invloed hebben op de verschillen in nominale premies. We moeten bij de verschillen in inkoopresultaat tussen zorgverzekeraars ook de – door de overheid, via het Zorginstituut geregelde – verevening tussen zorgverzekeraars betrekken. Met andere woorden is er al met al een dikke pijl van de overheid – in het eerdere schema – op de zorgverzekeringsmarkt. Eigenlijk kun je stellen dat er op de zorgverzekeringsmarkt geen gereguleerde marktwerking is. En met het afschaffen van de collectiviteitskorting is ook dat marktwerkings-element verdwenen. Dit is – min of meer – in tegenstelling tot wat de bedoeling was van de overheid en ook van zorgverzekeraars van de genoemde wetswijzigingen. De bedoeling was dat door concurrentie tussen zorgverzekeraars op de zorginkoop-verkoopmarkt met zorgaanbieders, dit zou leiden tot (relatief) lagere tarieven, men zich een betere positie op de zorgverzekeringsmarkt zou verwerven door (relatief) lagere zorgpremies ten opzichte van andere zorgverzekeraars. In hoofdstuk 3 kom ik hier in het kader van de bekostiging nog nader op terug. De algemene conclusie kan zijn dat er van echte marktwerking en concurrentie tussen zorgverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt feitelijk weinig terecht is gekomen.

De bekostiging van zorgaanbieders speelt een rol in het zorgstelsel. Het is geen neutraal fenomeen. Het heeft bepaalde – bedoelde en onbedoelde – incentives en disincentives voor de zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten. In hoofdstuk 3 gaan we dit nader analyseren. Ik maak hierbij onderscheid in drie invalshoeken c.q.