

instituut Beleid
& Management
Gezondheidszorg

Het beste zorgstelsel?

Afscheidscollege
2 oktober 2015

Prof.dr. Wynand van de Ven

Het beste zorgstelsel?

Afscheidscollege
2 oktober 2015

Prof.dr. Wynand van de Ven

Afscheidscollege

In verkorte vorm uitgesproken bij het afscheid als hoogleraar Sociale Ziektekostenverzekering, bij het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Erasmus Universiteit Rotterdam, op 2 oktober 2015.

Colofon

Het beste zorgstelsel?

Prof.dr. W.P.M.M. (Wynand) van de Ven
978-94-90420-57-4

Oplage

750

Uitgever

Marketing & Communicatie iBMG

Vormgeving

PanArt creatie en communicatie

Druk

Van Deventer

Foto achterkant omslag

Levien Willemse

Inhoudsopgave

1. Solidariteit en doelmatigheid	5
2. Rol van de overheid in het Nederlandse zorgstelsel	7
2.1. Vrije markt en particulier initiatief (tot 1941)	7
2.2. Het Ziekenfondsenbesluit (1941)	9
2.3. Ziekenfondswet en AWBZ (midden jaren '60)	10
2.4. Kostenbeheersing (vanaf 1970)	13
2.5. Commissie-Dekker (1987)	15
2.6. Stille revolutie in ziekenfondsland (1991-2005)	16
2.7. De Zorgverzekeringswet (2006)	18
3. Gereguleerde concurrentie in de zorg	21
3.1. Noodzakelijke voorwaarden	21
3.2. Tegengaan van risicoselectie	25
3.3. Transparantie over de kwaliteit van zorg	27
3.4. Hoe verder met de oud-AWBZ zorgvormen?	29
4. Het beste zorgstelsel?	31
4.1. Internationaal uniek	31
4.2. Het beste zorgstelsel?	31
4.3. Zijn er betere zorgstelsels?	33
4.4. Is er een realistisch alternatief?	35
5. Zorgverzekeraar als zorginkoper: willen we dat wel?	38
5.1. Vrije artsenkeuze	38
5.2. Zorgverzekeraar als zorginkoper: willen we dat wel?	44
6. Doorkijkje naar de toekomst	48
6.1. Oprichten nieuwe zorgverzekeraars door zorgaanbieders?	48
6.2. Solidariteit vereist 'lastige keuzen in de zorg'	50
7. Conclusies en slotbeschouwing	53
7.1. Conclusies	53
7.2. Slotbeschouwing	54
8. Dankwoord	55
Bijlage 1. Overzicht van de belangrijkste nog resterende knelpunten en van mogelijke oplossingen om deze knelpunten aan te pakken	56
Bijlage 2. Het hinderpaalcriterium: een juridische vergissing	58
Literatuur	60

Mijnheer de Rector Magnificus,
Zeer gewaardeerde toehoorders,

1. Solidariteit en doelmatigheid

Ieder van ons, gezond of ongezond, heeft met het zorgstelsel te maken. Mensen die zich gelukkig mogen prijzen dat ze gezond zijn, betalen verplicht mee aan een breed pakket zorg dat voor iedereen beschikbaar is. Hoe hoger het inkomen, hoe hoger de bijdrage.¹ Chronisch zieken hebben ongeacht hun inkomen toegang tot een breed pakket goede zorg. Dit basispakket wordt voortdurend uitgebreid met nieuwe medische technologieën en geneesmiddelen. Het percentage van de totale zorgkosten dat patiënten zelf uit eigen portemonnee moeten bijbetalen is het laagste van alle 28 landen in de Europese Unie.² Kortom, het Nederlandse zorgstelsel kent een hoge mate van solidariteit: rijk betaalt voor arm, gezond betaalt voor ongezond.

Maar die solidariteit heeft ook een keerzijde. Voor de meeste goederen en diensten buiten het zorgstelsel zoals i-pads, kleding en auto's betaalt de consument de volle prijs uit eigen portemonnee. Hierdoor wordt de afweging gemaakt of het product de prijs waard is. Zo'n kritische prijs-kwaliteit afweging ontbreekt in het zorgstelsel, waar het prijsmechanisme vrijwel geheel is uitgeschakeld. Afgezien van het eigen risico en eigen bijdragen is in de gezondheidszorg sprake van **'winkelen zonder kassa'**.³

1 Bijvoorbeeld, voor een werknemer met een bruto loon van anderhalf keer modaal (i.e. circa 53.000 euro per jaar in 2015) bedragen de inkomensafhankelijke bijdragen voor de Zorgverzekeringswet en de Wet Langdurige zorg in 2015 samen ruim 6.800 euro, naast de jaarlijkse zorgpremie van circa 1.200 euro per persoon (18 jaar en ouder). Daarnaast wordt jaarlijks circa 4 miljard euro herverdeeld van rijk naar arm via de zorgtoeslagen, die uit de algemene middelen worden bekostigd. Voorts worden de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet (samen 7 miljard euro per jaar) bekostigd vanuit de algemene middelen, die naar draagkracht worden opgebracht.

2 In 2012 is dit percentage in Nederland 6%, wat veel lager is dan in onze buurlanden (Duitsland: 12%; België: 20%) en het gemiddelde van de 28 EU-landen (21%). Bron: 'Health at a glance: Europe 2014', p. 129. Uitgave van de OECD en Europese Commissie. Zie http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2014_health_glance_eur-2014-en#page1

In 2013 is het eigen risico voor volwassenen verhoogd van 220 naar 350 euro per jaar. Hierdoor wordt het bovengenoemde percentage van 6% in 2013 verhoogd met naar schatting circa 1 à 2 procentpunt.

3 Dit kosten-opdrijvende effect wordt nog versterkt door aanbod-geïnduceerde vraag (zie hiervoor bijvoorbeeld Schut en Varkevisser, 2014) en doordat veelal ten onrechte de opvatting heerst dat meer zorg en duurdere zorg altijd in het belang van de patiënt is. Ook wordt het remgeldeffect van eigen betalingen (Newhouse, 1993) veelal ernstig onderschat.

Om de bereidheid tot solidariteit te behouden is het van belang dat geen onnodige zorg en geen onnodig dure zorg wordt verleend. Een overheid die burgers verplicht tot solidariteitsbijdragen, heeft de plicht te zorgen dat de collectieve uitgaven zo doelmatig mogelijk worden besteed. Maar hoe? Welke maatregelen moet de overheid nemen om een balans te vinden tussen solidariteit en doelmatigheid? Dat is dé grote uitdaging voor elk zorgstelsel.

Sommige landen hebben een nationale gezondheidsdienst, National Health Service (NHS), waarbij de zorginstellingen eigendom zijn van de overheid en waar artsen, verpleegkundigen en andere zorgaanbieders in loondienst van de overheid zijn. Engeland, de Scandinavische landen en de Zuid-Europese landen hebben bijvoorbeeld een NHS. Nederland heeft hier niet voor gekozen, maar heeft van oudsher een zorgstelsel met veel particulier initiatief: private aanbieders en private verzekeraars (ziekenfondsen), maar wel met overheidsregulering. De cruciale vraag is: welke overheidsregulering?

Het antwoord op deze vraag zal ik vandaag bespreken. Na een kort historisch overzicht zal ik vooral ingaan op de laatste 40 jaar, de periode waarin ik actief ben geweest met onderwijs en onderzoek over het zorgstelsel en de rol van de overheid hierbij. Uiteraard zal ik ook ingaan op de titel van dit afscheidscollege⁴: Het beste zorgstelsel? Hierbij beperk ik mij tot de Zorgverzekeringswet exclusief zorgvormen, die sinds 2006 vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zijn overgeheveld (zoals extramurale geestelijke gezondheidszorg, langdurige geestelijke gezondheidszorg, extramurale verpleging, persoonlijke verzorging, en geriatrische revalidatiezorg). Tot slot volgt een persoonlijk doorkijkje naar de toekomst.

4 De geschreven tekst is afgerond op 1 juli 2015.

2. Rol van de overheid in het Nederlandse zorgstelsel

Ruim 150 jaar geleden is de overheid zich voor het eerst gaan bemoeien met het zorgstelsel. Deze bemoeienis beperkte zich toen tot (1) het beschikbaar stellen van basiszorg aan onvermogenen en (2) het beschermen van de bevolking tegen kwakzalvers.⁵ Tot 1941 is de rol van de overheid hiertoe beperkt gebleven. Het particulier initiatief heeft in het Nederlandse zorgstelsel een belangrijke rol gespeeld: private verzekeraars (ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars) en private zorgaanbieders (ziekenhuizen, artsen, apothekers, etc.). Ziekenfondsen werden opgericht door de hogere burgerij, artsen, vakbonden, werkgevers, liefdadigheidsfondsen en andere maatschappelijke organisaties. Ook waren er commerciële ziekenfondsen. Voor een klein bedrag per week kregen de leden alle zorg.

2.1. Vrije markt en particulier initiatief (tot 1941)

Rond 1900 bestond de door ziekenfondsen geboden zorg uit (huis)artsenzorg, verloskundige zorg en geneesmiddelen.⁶ In die tijd bedroeg de premie gemiddeld 1,5 à 2% van het loon.⁷ Er was geen overheidsregulering ten aanzien van ziekenfondsen of artsen. Wel was er zelfregulering. Er waren afspraken tussen artsen en ziekenfondsen over een welstandsgrens. Als ziekenfondsen geen leden zouden toelaten met een inkomen boven de welstandsgrens, waren de artsen bereid de ziekenfondspatiënten te behandelen voor een beperkt vast bedrag per week (abonnement). Aan de welgestelden vroegen de artsen vervolgens een hoog tarief per consult. Op deze wijze organiseerden artsen inkomenssolidariteit via 'prijstdiscriminatie'. Dit is de oorsprong van het onderscheid tussen ziekenfondsen en particulier, zoals we dat hebben gekend tot 2006.

In het begin van de 20e eeuw was er een felle strijd tussen artsen en ziekenfondsen. Het ging om de vrije artsenuitvoering en de hoogte van de

⁵ Op basis van de Eerste Armenwet (juni 1854) hadden de gemeenten de plicht om aan onvermogenen basiszorg ter beschikking te stellen. De Wet op de Uitoefening der Geneeskunst (juni 1865) stelde het uitoefenen van geneeskunst door onbevoegden strafbaar.

⁶ Ziekenhuizen waarin medische specialisten werkzaam zijn, zijn van latere tijd.

⁷ Godefroi, 1963, p.13.

welstandsgrens.⁸ Opvallend is dat de kwestie van de vrije artsenukeuze ook toen al bestond en dat het ook toen de artsen waren die opkwamen voor een vrije artsenukeuze. Ziekenfondsen wilden selectief en niet met alle artsen in hun werkgebied een contract afsluiten. Hun verzekerden konden kiezen uit de gecontracteerde artsen. Op deze wijze konden ziekenfondsen actief en selectief zorginkopen voor hun verzekerden. De artsen eisten dat ziekenfondsen met elke arts in hun werkgebied een contract zouden sluiten (een contracteerplicht) zodat de patiënten een volledig vrije artsenukeuze zouden hebben. In die tijd hadden artsen er weinig moeite mee om toe te geven dat de vrije artsenukeuze niet zozeer ten behoeve van de patiënten werd geëist, maar ter voorkoming van concurrentie om de ziekenfondscontracten.⁹ Voordeel voor de artsen was immers dat elke arts verzekerd zou zijn van een contract en dat artsen in de onderhandelingen met de ziekenfondsen gezamenlijk een sterke machtspositie zouden hebben. Een mededingingswet bestond in die dagen nog niet.

Ziekenfondsen die weigerden in te gaan op de eisen van de artsen werden door artsen geboycot.¹⁰ Ook begonnen artsen zelf ziekenfondsen op te richten. In 1913 besloot de Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst (NMG) tot het oprichten van eigen ziekenfondsen. Uiteindelijk bleek dit een succesvolle strategie. In 1940 hadden de NMG-fondsen een groot marktaandeel.¹¹ Kennelijk had de bevolking meer vertrouwen in hun arts dan in hun ziekenfonds.

Dit laatste is een belangrijke les voor de huidige zorgverzekeraars, die als belangrijke taak hebben om zorg in te kopen voor hun verzekerden. In december 2014 stemde de Eerste Kamer onverwacht tégen het wetsvoorstel van minister Schippers om effectieve vormen van selectief contracteren mogelijk te maken. Net als 100 jaar geleden hadden zorgaanbieders hier fel bezwaar tegen en werd het argument van 'vrije artsenukeuze' gebruikt.¹² Huisartsen verzetten zich ook fel tegen actieve zorginkoop door verzekeraars en tegen, wat

8 Ook eisten artsen en apothekers gezamenlijk een tweederde meerderheid in het bestuur van ziekenfondsen.

9 Van der Velden, 1993, p.69.

10 In 1912 heeft de Algemene Ledenvergadering van de Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (NMG) een Bindend Besluit genomen dat inhield dat NMG-leden geen contract zouden sluiten met een ziekenfonds dat niet bereid was alle artsen in zijn werkgebied te contracteren (en zijn verzekerden dus een volledige vrije artsenukeuze te geven) (Companje, 2001, p. 35).

11 In 1940 was 36% van de ziekenfondsverzekerden aangesloten bij een NMG-fonds, 27% bij een onderling beheerd fonds, 17% bij een directiefonds, 9% bij een ondernemingsfonds, 3% bij een doktersfonds en 9% bij overige fondsen (Godefroi, 1963, p. 31).

12 Zie bijvoorbeeld: "5000 medici dreigen met rechtszaak over artsenukeuze", NRC 18 juni 2014

zij noemen, 'de zorgverzekeraar in de spreekkamer'.¹³ Een interessante vraag is daarom: hoe zal de strijd tussen artsen en verzekeraars deze keer aflopen? Zal de geschiedenis zich herhalen? Zullen artsen opnieuw zorgverzekeraars gaan oprichten? Ik kom hier later op terug.

2.2. Het Ziekenfondsenbesluit (1941)

In de eerste decennia van de 20e eeuw zijn tevergeefs pogingen ondernomen om te komen tot een overheidsregeling ten aanzien van een verplichte ziekenfondsverzekering. De meningsverschillen waren te groot om overeenstemming te bereiken. Tijdens de bezetting wilden de Duitsers in 1940 een ziekenfondsverzekering naar Duits model invoeren. Dit stuitte in Nederland op groot verzet.¹⁴ Uiteindelijk is in 1941, als een compromis, het Ziekenfondsenbesluit tot stand gekomen. Dit besluit leidde tot verregaande veranderingen.

De ziekenfondsverzekering werd 'verplicht'¹⁵ voor werknemers met een loon onder de loongrens (toen circa 40% van de bevolking). De premie werd loonafhankelijk in plaats van een vast bedrag per verzekerde. Gezinsleden (partner en kinderen) waren gratis meeverzekerd. De loonafhankelijke premies werden in een landelijk vereveningsfonds gestort, waaruit elk ziekenfonds een vast bedrag per verzekerde zou ontvangen. Men wilde zo komen tot een verevening van de inkomsten waarbij de invloed van de loonhoogte en de gezinsgrootte was uitgeschakeld.¹⁶ Bij het opstellen van het Ziekenfondsenbesluit had men echter over het hoofd gezien dat de kosten per verzekerde voor de verschillende ziekenfondsen sterk uiteenliepen, onder andere door verschillen tussen de ziekenfondsen in leeftijd en gezondheid van de verzekerden. "De wetsbepaling waarin deze verdelingswijze werd voorgeschreven is dan ook nooit uitgevoerd.

13 Zie bijvoorbeeld: "Arts tegen verzekeraar: m'n spreekkamer uit", NRC 24 februari 2015; en het door 7600 huisartsen ondertekende "Manifest van de bezorgde huisarts: het roer moet om" (Medisch Contact 30 april 2015, p. 882-883).

14 Belangrijke bezwaren richtten zich tegen de volgende elementen van het Duitse model: (1) het samenvoegen van de verzekering tegen geneeskundige verzorging (de ziekenfondsverzekering) en de verzekering tegen inkomstenderving bij ziekte (de Ziektewet); (2) het uitbreiden van deze gezamenlijke verzekering tot ruim 90% van de bevolking; en (3) een inkomensafhankelijke premie met een gedeeltelijke premiebijdrage door de werkgever (Godefroi, 1963, p. 54-58). De twee eerstgenoemde elementen van het Duitse model vormden uiteindelijk geen onderdeel van het Ziekenfondsenbesluit.

15 Formeel was geen sprake van een 'verplichte' verzekering. Wel was sprake van een 'verplichte premiebetaling' (Godefroi, 1963, p. 64). Voorts werd aan werknemers met een loon onder de loongrens van de Ziektewet (toen: 3000 gulden per jaar) die niet waren ingeschreven bij een toegelaten ziekenfonds, bij ziekte geen ziektegeld uitgekeerd krachtens de Ziektewet (De Gaay Fortman en Van de Ven, 1942).

16 Godefroi, 1963, p. 74.

In 1946 werd zij met terugwerkende kracht 'tijdelijk' buiten werking gesteld^{.17}. In plaats daarvan ontvingen ziekenfondsen achteraf een volledige vergoeding voor alle zorgkosten van hun verzekerden. In 1963 schreef Godefroi hierover: "Hoewel deze methode van uitkering in de wetgeving niet wordt genoemd, heeft men sinds de invoering van de verplichte verzekering in feite de ziekenfondsen steeds op deze wijze van geld voorzien. Men steunt daarbij op een bepaling in het Tweede Uitvoeringsbesluit, waarin staat dat aan de ziekenfondsen voorschotten uit het vereveningsfonds kunnen worden verleend"^{.18}.

Als gevolg van deze onbedoelde bekostigingswijze had een individueel ziekenfonds geen enkele prikkel tot kostenbeheersing of doelmatigheid meer. Aan ziekenfondsen werd ook vrijwel elke bevoegdheid tot het nemen van beleidsbeslissingen ontnomen. Zij waren niet langer 'financieel zelfstandige organisaties' maar werden 'risicoloze uitvoeringsorganen van het Ziekenfondsenbesluit'^{.19}. Dit was een radicale verandering. Ook werd een contracteerverplichting ingevoerd. Selectief contracteren door ziekenfondsen was dus niet langer toegestaan. Hiermee werd formeel de strijd rond de vrije artsenuitvoering c.q. de contracteerplicht beslecht in het voordeel van de artsen.

2.3. Ziekenfondswet en AWBZ (midden jaren '60)

Vijfentwintig jaar later werd het Ziekenfondsenbesluit zonder grote wijziging omgezet in de Ziekenfondswet (1964)^{.20}. Hiermee kwam een voorlopig einde aan een lange discussie over het al dan niet invoeren van een verplichte ziektekostenverzekering voor de gehele bevolking ('volksverzekering')^{.21}.

17 Godefroi, 1963, p. 75. 'Tijdelijk', dat wil zeggen ruim 50 jaar. Begin jaren '90 is de risicoverevening in de ziekenfondsverzekering (weer) ingevoerd.

18 Godefroi, 1963, p. 75.

19 Godefroi, 1963, p. 6-7.

20 Tot aan de totstandkoming van de Ziekenfondswet is voortdurend discussie geweest over de wijze waarop de gelden uit het vereveningsfonds over de ziekenfondsen moeten worden verdeeld (Godefroi, 1963, p.76 en p.237-239).

21 De afschaffing van de loongrens stuitte op bezwaren bij de artsen. Het ziekenfondswezen in Nederland was door het initiatief van artsen tot ontwikkeling gekomen met het oog op en in het belang van de minst draagkrachtigen. Degenen die doktershulp zelf konden betalen of zich vrijwillig hiertegen konden verzekeren, moesten volgens de artsen buiten de ziekenfondsverzekering worden gehouden. Aan de particuliere praktijk van de artsen diende niet meer te worden getornd dan strikt noodzakelijk is (Van de Ven, 1968, p. 8).

NB: De bovengenoemde bezwaren van artsen tegen de afschaffing van de loongrens bestonden in 2006 niet meer nadat de verschillen in tarieven tussen ziekenfonds en particulier (die in de jaren '60 en '70 konden oplopen tot een factor 10) waren geëlimineerd via de Wet tarieven gezondheidszorg.

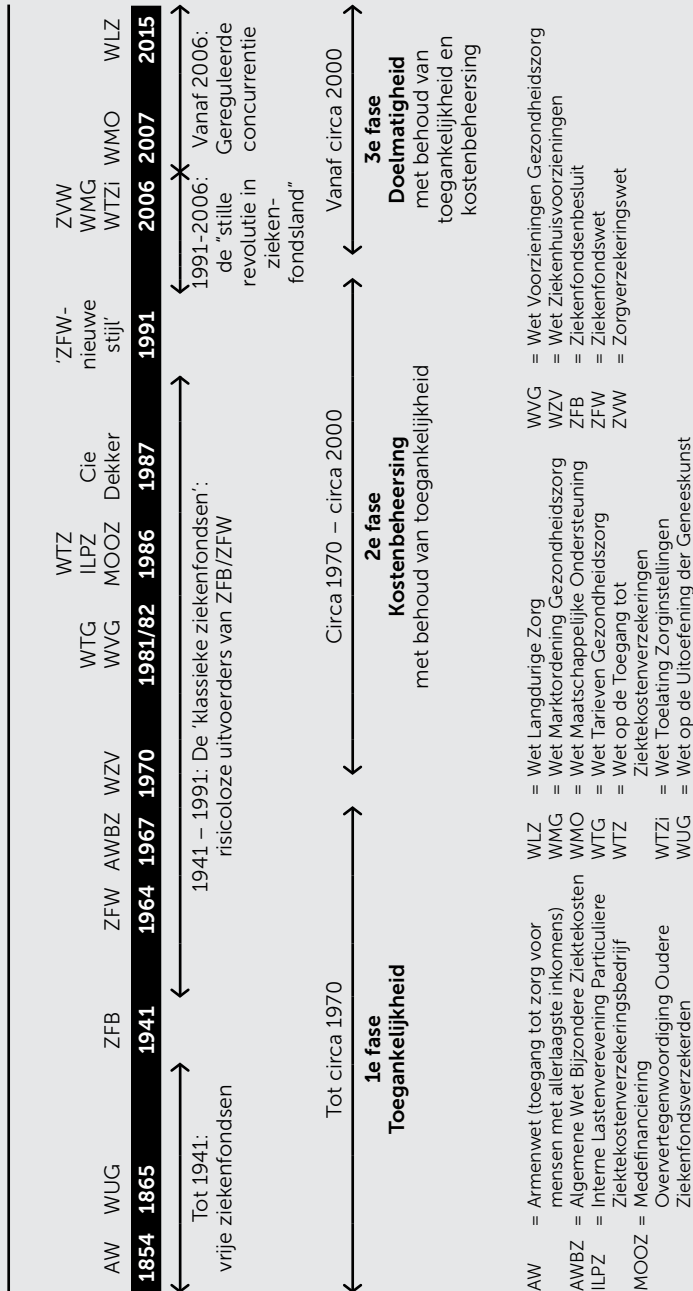
Niet-ziekenfondsverzekerden²² waren aangewezen op een particuliere verzekering.²³ Vrijwel alle niet-ziekenfondsverzekerden sloten vrijwillig een particuliere ziektekostenverzekering af. Enkele jaren later werd de AWBZ ingevoerd, een verplichte volksverzekering met inkomensafhankelijke premie. De AWBZ beoogde aanvankelijk dekking te bieden tegen zogenaamde zware geneeskundige risico's die door praktisch niemand, ook niet personen met hoge inkomens, zelf konden worden gedragen en waarvoor over het algemeen bij particuliere verzekeringsmaatschappijen evenmin dekking kon worden gevonden.²⁴ Met de invoering van deze twee verzekeringswetten was de financiële toegankelijkheid tot zorg voor de meeste mensen min of meer gerealiseerd.

22 Voor niet-werknemers met een laag inkomen waren er tot 1986 ook de vrijwillige ziekenfondsverzekering of de bejaardenverzekering. Voor niet-Rijksambtenaren waren er tot 2006 de publiekrechtelijke ambtenarenregelingen.

23 In die periode hielden veel artsen afzonderlijk spreekuren voor ziekenfonds- en particuliere patiënten. Overvolle wachtkamers met lange wachttijden voor ziekenfondspatiënten leidde niet zelden tot uitingen van ontevredenheid bij de ziekenfondsverzekerden (Van de Ven, 1968, p. 23).

24 Te denken valt aan personen met aangeboren gebreken van lichamelijke, zintuigelijke of geestelijke aard, alsmede aan ernstig geestelijk of lichamelijk zieken, die een langdurige behandeling of verpleging nodig hebben (Van de Ven, 1968, p. 31).

Figuur 1 Historische ontwikkeling Nederlandse zorgstelsel: wetgeving en drie fasen van overheidsbemoedienis



2.4. Kostenbeheersing (vanaf 1970)

Ten aanzien van overheidsbemoeienis met het zorgstelsel worden veelal drie fasen onderscheiden (zie Figuur 1).²⁵ De eerste fase betreft het toegankelijk maken van de zorg voor iedereen. Veelal lopen daarna de zorgkosten op. In de tweede fase richt de overheidsregulering zich op kostenbeheersing via prijsregulering, budgettering en rantsoenering, met behoud van toegankelijkheid. In de derde fase wordt vervolgens gepoogd prikkels tot doelmatigheid te creëren met behoud van toegankelijkheid en kostenbeheersing.²⁶

Van 1960 tot 1980 verdubbelde het aandeel van de zorguitgaven in het Bruto Binnenlands Product (BBP) van 3,8% tot 7,5%.²⁷ In de jaren '70 begon geleidelijk de tweede fase van overheidsregulering. De overheid begon maatregelen te nemen om de kostenstijging te beheersen, met behoud van toegankelijkheid. Begin jaren '70 werd regulering voor de duurste sector, de ziekenhuizen, ingevoerd.²⁸ Geleidelijk aan werden ook andere zorgsectoren aangepakt en werden belangrijke wetten van kracht gericht op zowel de planning van zorgvoorzieningen als het beheersen van prijzen, budgetten en de inkomens van vrije beroepsbeoefenaren. Bijvoorbeeld, een huisarts die zich midden jaren '80 ergens wilde vestigen, moest eerst naar het gemeenteloket om kennis te nemen van het opgestelde vacatureprofiel en vervolgens een vergunning aanvragen. Zo werd overcapaciteit voorkomen. Met de Wet tarieven gezondheidszorg (1981) en de Wet voorzieningen gezondheidszorg (1982) dacht de overheid zowel de prijs als het volume te beheersen, en daarmee de kosten (= prijs * volume).

De kostenbeheersing in de jaren '80 en '90 was op zich succesvol. Per saldo bleef het aandeel van de zorguitgaven in het BBP van 1980 tot 2000 ongeveer constant, wat in schril contrast stond met de verdubbeling van het aandeel in de voorafgaande 20 jaar.²⁹ Maar de prijs die voor de kostenbeheersing werd betaald, was een sterk toenemende onvrede bij zorgaanbieders en patiënten. De manier om de bedrijfstak gezondheidszorg te reguleren vertoonde gelijkenis met de centrale planning in die tijd in Oost-Europa en de Sovjet-Unie. De onvrede betrof de toenemende tekorten, de toenemende wachtlijsten,

25 Scotton (1991) en Cutler (2002).

26 Doelmatigheid en kostenbeheersing zijn niet hetzelfde. Bij kostenbeheersing gaat het er om de kosten niet te hard ('beheerst') te laten stijgen. Bij doelmatigheid gaat het om de prijs-kwaliteit verhouding: de laagste kosten gegeven een bepaalde kwaliteit van zorg, of de beste kwaliteit gegeven bepaalde kosten. Doelmatigheid heeft te maken met 'value for money' en het tegengaan van verspillingen. Voor een beschouwing over doelmatigheid en kostenbeheersing zie ook paragraaf 6.2.

27 Schut, 2003, p.8.

28 Wet ziekenhuisvoorzieningen (1971)

29 Schut, 2003, p.11.

verschraling van de zorg, de salarissen van verpleegkundigen, de inkomens van de 'vrije' beroepsbeoefenaren, en een gebrek aan innovatie. Omdat na verloop van tijd via ontsnappingsroutes de regelgeving werd ondermijnd, moest de regulering telkens weer gedetailleerder en verfijnder worden.³⁰

Midden jaren '80 groeide de consensus dat dergelijke gedetailleerde regulering niet de oplossing was. Ook groeide het besef dat er nauwelijks prikkels tot doelmatigheid in het zorgstelsel aanwezig waren. De overheid was de enige die zich verantwoordelijk voelde voor een beheerste kostenontwikkeling. Dit was de opmaat voor de overgang van de tweede fase³¹ naar de derde fase van overheidsregulering: doelmatigheid via concurrentie, met behoud van toegankelijkheid en kostenbeheersing.

Midden jaren '80 werd in toenemende mate gediscussieerd over 'gereguleerde concurrentie' in de zorg. Begin jaren '80 waren enkele blauwdrukken van zo'n ordeningsmodel uitgewerkt³², die op hun beurt weer voortborduurden op opvattingen en ideeën die in de vorige decennia voortdurend aanwezig zijn geweest³³ en ook in het buitenland leefden³⁴. De wetenschappelijke bureaus van enkele grote politieke partijen brachten rapporten uit met vergelijkbare voorstellen om het roer om te gooien.³⁵ Rode draad door die voorstellen, hoewel met verschillende bewoording en accenten, was een pleidooi voor meer prikkels tot doelmatigheid via 'marktwerking'; of beter gezegd: via concurrentie³⁶. Ook binnen de ziekenfondswereld ontstond het besef dat het anders moest. In de vanuit het secretariaat van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) opgestelde discussienota "Het ziekenfonds op eigen benen" (de zogenoemde 'Brugnota') waren eveneens radicale voorstellen voor gereguleerde concurrentie uitgewerkt. Door al dit voorwerk in de samenleving was het mogelijk dat de Commissie-Dekker (zie onder) binnen 6 maanden na installatie haar rapport kon presenteren.

30 Bijvoorbeeld, regulering van prijzen leidde tot meer behandelingen. Vervolgens moest het totale inkomen van de 'vrije' beroepsbeoefenaren worden gebudgetteerd.

31 Voor een uitgebreide beschrijving en analyse van die tweede fase zie Schut (1995), Lapré (2002) en Schut (2003).

32 Bijvoorbeeld: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Herwaardering van welzijnsbeleid, rapport 22, Staatsuitgeverij, 1982; Van de Ven (1983).

33 Bijvoorbeeld: Godefroi (1963) en het minderheidstandpunt SER-advies (1973). Ook in het Jaarverslag van Het Zilveren Kruis 1981 wordt gesproken over de mogelijkheid "de ziekenfondsen in de straffe wind van de concurrentie te plaatsen".

34 Enthoven (1978, 1980).

35 Een concurrerend recept voor de Nederlandse gezondheidszorg, prof. mr. B.M. Teldersstichting, Den Haag, geschrift 61, (1986); Zorgvernieuwing door structuurverandering, Rapport van een commissie van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, januari 1987, Van Loghum Slaterus.

36 Concurrentie in de zorg is geen doel-op-zich, maar een middel om de doelmatigheid te vergroten.

2.5. Commissie-Dekker (1987)

Op 25 augustus 1986 is de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg onder voorzitterschap van prof.dr. W. Dekker door de regering geïnstalleerd. In de taakopdracht werd de commissie gevraagd om binnen 6 maanden in hoofdlijnen te adviseren over de mogelijkheden tot beheersing van de volumeontwikkeling, tot verdere herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen en tot deregulering. Op 26 maart 1987 heeft de commissie-Dekker haar rapport "Bereidheid tot verandering" aan de regering aangeboden.

De kernvoorstellen van de Commissie-Dekker waren (1) gereguleerde concurrentie tussen verzekeraars en tussen zorgaanbieders, en (2) een verplichte zorgverzekering voor iedereen. Het rapport van de Commissie-Dekker is de aanzet geweest tot de grote hervorming van ons zorgstelsel in de afgelopen 25 jaar met als doel **de verantwoordelijkheid voor zorginkoop te verschuiven van de overheid naar concurrerende verzekeraars**.³⁷ De overheid zou de centrale regulering ten aanzien van tarieven en capaciteitsplanning in de zorg grotendeels moeten afbouwen, en de verzekeraars en zorgaanbieders zouden selectief met elkaar moeten kunnen contracteren. In de contracten worden afspraken vastgelegd over de prijs en kwaliteit van de zorg, en over andere voor de consument belangrijke zaken zoals de wachttijden, de levertijden, de openingstijden, de bejegening, en de klantvriendelijkheid van de zorgaanbieders. Voorts werd voorgesteld het onderscheid tussen 'ziekenfonds en particulier' op te heffen. De voorstellen zouden binnen 5 jaar volledig gerealiseerd moeten zijn.

In de nota "Verandering Verzekerd"³⁸ maakte de regering in maart 1988 bekend de radicale voorstellen over te nemen. Volgens de regering zouden de voorstellen in 1992 moeten zijn ingevoerd. Dat uiteindelijk pas in 2006 met de invoering van de Zorgverzekeringswet een belangrijk deel van de plannen zou worden gerealiseerd en dat daarna nog (minimaal) 15 jaar nodig zou zijn voor verdere implementatie van de voorstellen, heeft waarschijnlijk niemand zich toen gerealiseerd. De voorgenomen hervormingen waren echter niet minder dan een ware 'Perestrojka in de gezondheidszorg'³⁹. Een snelle realisatie van de voorstellen werd verhinderd door een groot aantal technische problemen en politieke tegenstellingen. Voor een overgang van door de overheid

37 De consument zelf is meestal geen goede inkoper van zorg. Er is veelal sprake van uitschakeling van het prijsmechanisme (winkelen zonder kassa), kennisasymmetrie, onvoldoende inzicht in de kwaliteit van zorg, onvoldoende onderhandelingsmacht mede vanwege de afhankelijkheidspositie; en bij acute zorg is de patiënt veelal niet in staat om de (prijs en) kwaliteit van de diverse aanbieders te vergelijken. Bepaalde zorgvormen vormen een uitzondering en lenen zich bijvoorbeeld voor een persoonsgebonden budget (bijvoorbeeld kraamzorg).

38 Tweede Kamer, vergaderjaar 1987-1988, 19 945, nrs. 27-28.

39 Van de Ven (1990b, 1991).

gereguleerde kartels naar gereguleerde concurrentie in de zorg⁴⁰ bestond geen draaiboek.

2.6. Stille revolutie in ziekenfondsland (1991-2005)

Vanaf begin jaren '90 zijn de hervormingen geleidelijk ingevoerd, vooral in de ziekenfondssector. Hoewel toenmalig Staatssecretaris Simons in 1993 voortijdig en teleurgesteld het kabinet verliet, had hij veel veranderingen in wet- en regelgeving gerealiseerd. Zo had hij de in 1941 ingevoerde contracteerplicht voor ziekenfondsen ten aanzien van individuele beroepsbeoefenaren afgeschaft. Ook had Simons de potentiële concurrentie op de ziekenfondsmarkt vergroot door de afschaffing van de vaste werkgebieden van de ziekenfondsen, door de invoering van een periodieke vrije keuze van ziekenfonds (voor de verzekerde), door de invoering van de nominale premie en de risicoverevening, en door aan particuliere ziektekostenverzekeraar OHRA toestemming te geven een ziekenfonds (Medizorg) op te richten. Deze maatregelen waren van grote historische betekenis. Voor de contracteerplicht hadden artsen en ziekenfondsen tientallen jaren strijd gevoerd; en sinds 1941 was er geen nieuw ziekenfonds meer opgericht (anders dan een fusie van bestaande ziekenfondsen). Maar voor gedragsveranderingen van betrokkenen was meer nodig. Met de door Simons gerealiseerde veranderingen in wet- en regelgeving werden weliswaar noodzakelijke, maar zeker niet voldoende voorwaarden voor gereguleerde concurrentie vervuld (zie volgende paragraaf). Bijvoorbeeld een effectief mededingingsbeleid was nog niet gerealiseerd.⁴¹ In de ziekenfondssector werden vervolgens, in tegenstelling tot bij de particuliere ziektekostenverzekeraars, geleidelijk verdere veranderingen richting gereguleerde concurrentie ingevoerd. In de periode 1991-2006 was als het ware sprake van een 'stille revolutie in ziekenfondsland'.⁴²

Ook in de periode van de twee Paarse kabinetten (1994–2002), waarvan de coalitiepartners VVD en PvdA het eens waren dat ze het oneens waren hoe het verder met het zorgstelsel moest, ging de 'stille revolutie' richting gereguleerde concurrentie door. Zo werd de nominale ziekenfondspremie geleidelijk

40 Van de Ven (1990a).

41 Het ontbreken van een effectief mededingingsbeleid verklaart mede waarom er geen noemenswaardige weerstand van artsen was tegen het opheffen van de contracteerplicht. Tien jaar later bleek dat de huisartsen via kartelafspraken en andere afspraken de onderlinge concurrentie (die het gevolg zou kunnen zijn van selectief contracteren) in hoge mate hadden beperkt. Zie: Besluit ontheffing kartelverbod vestigingsbeleid Landelijke Huisartsen Vereniging, Besluit van de Nederlandse Mededingingsautoriteit, 11 april 2001, Zaaknummer 537/ Landelijke Huisartsen Vereniging; en Schut en Van de Ven (2000a en 2000b)).

42 De stille revolutie in ziekenfondsland kan worden geïllustreerd met de geleidelijke toename van het financieel risico van de ziekenfondsen: 0% in 1990, 3% in 1992, en geleidelijk oplopend tot 53% in 2006. Vervolgens is dit financieel risico geleidelijk verder verhoogd tot 100% in 2015 (exclusief de oud-AWBZ-zorgkosten).

verhoogd, de risicoverevening in de ziekenfondssector verbeterd en het financieel risico voor de ziekenfondsen geleidelijk verder verhoogd. Voorts had de in 1998 ingevoerde Mededingingswet ook betrekking op de zorgsector, bijvoorbeeld artsen, overige vrije beroepsbeoefenaren en ziekenhuizen. In 2000 bracht het SER-advies⁴³ de hervormingen weer in een stroomversnelling. Hoewel dit SER-advies inhoudelijk gezien kan worden als een 'update' van het advies van de Commissie-Dekker, was de politieke betekenis ervan zeer groot. Werkgevers en werknemers hadden unaniem de regering geadviseerd 'hoe verder in de zorg'. Met dit draagvlak in de samenleving was het mogelijk voor het tweede Paarse kabinet om in juli 2001 de nota 'Vraag aan bod' naar de Tweede Kamer te sturen met een visie op de vernieuwing van het zorgstelsel op lange termijn. Veelzeggend is de passage (pagina 7-8): 'Het kabinet constateert dat inmiddels een breed gedeelde consensus is ontstaan over de noodzaak het zorgstelsel te vernieuwen. De overeenstemming tekent zich niet alleen af rond de analyse van de problemen, daarnaast bestaat ook voor de hoofdlijnen van de oplossingsrichting een gemeenschappelijk draagvlak.' De uitvoering van de voorstellen liet het Paarse kabinet over aan de nieuwe regering (pagina 5): 'Het kabinet stelt zich voor dat de uitwerking van de hoofdlijnen van een nieuw zorgstelsel zodanig plaatsvindt dat bij het volgende Regeerakkoord concrete stappen kunnen worden gezet'. En zo geschiedde. In de regeringsverklaring-2003⁴⁴ werd de historische zin opgenomen: 'De centrale aanbodsturing is vastgelopen en wordt zo snel als verantwoord is vervangen door gereguleerde marktwerking'.

Zo duidelijk had de regering zich nog nooit eerder uitgelaten over het echeq van de centrale aanbodsturing. Ongetwijfeld had de sterke kostenstijging in de eerste jaren van deze eeuw ('boter bij de vis'⁴⁵) voor een sense of urgency gezorgd. In de periode 2000-2003 zijn de zorgkosten als aandeel van het BNP gestegen met 20%⁴⁶, wat in schril contrast stond met een vrijwel gelijkblijvend aandeel in de periode 1980-2000. Belangrijke uitspraken van de rechters waren mede debet aan de sterke kostenstijging. In 1999 had de Nederlandse rechter bepaald dat mensen te lang op de wachtlijst stonden en recht hadden op onmiddellijke zorg. Dit betekende een extra kostenstijging van miljarden euro's ('de vis wordt duur betaald'⁴⁷). De Europese rechter had in diezelfde periode in diverse uitspraken aangegeven dat voor extramurale zorg in het buitenland op kosten van de Nederlandse verzekeraar geen voorafgaande toestemming vereist

43 SER (2000).

44 "Hoofdlijnenakkoord voor het kabinet CDA, VVD, D66", Regeerakkoord Balkenende II, 16 mei 2003, p. 8.

45 Schut, 2003.

46 Smit et al., 2006.

47 Schut, 2003, p. 13.

was. Met andere woorden, “de ruimte voor hoeveelheidsrantsoenering was door zowel de nationale als de Europese rechter sterk beperkt”.⁴⁸

Een belangrijke les van de periode 2000-2003 is dus dat **de rechter het macro-budget⁴⁹ heeft lek geschoten**: zowel rantsoenering via wachtlijsten als beperking van het zorgaanbod-in-Nederland was niet langer een effectief instrument voor kostenbeheersing.⁵⁰ De urgentie was dus hoog om andere instrumenten in te zetten. Dit verklaart de duidelijke bewoording in de regeringsverklaring-2003, die de opmaat vormde voor een versnelde overgang naar de derde fase van overheidsregulering (zie Figuur 1).

2.7. De Zorgverzekeringswet (2006)

De wijze waarop in de afgelopen 25 jaar belangrijke door de Commissie-Dekker voorgestelde veranderingen stapsgewijs zijn ingevoerd, doet denken aan een Echternachse processie: drie stappen vooruit, gevolgd door twee stappen achteruit. Opvallend is dat de stappen voorwaarts, ongeacht de samenstelling van de regerende coalitie, consistent in dezelfde richting waren.⁵¹ Met de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 is een grote stap gezet. In de daarop volgende 10 jaar is de Echternachse processie voortgezet. In die periode is ook een substantieel deel van de zorg (ruim 8 miljard euro) die onder de AWBZ viel, overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet.⁵² Vanaf 2015 gaat een afgeslankte AWBZ verder onder de naam Wet langdurige zorg (WLZ). Zoals gezegd blijft deze ontwikkeling hier verder buiten beschouwing.

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 werd ook het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier opgeheven. Iedereen die legaal in Nederland woont of werkt is nu verplicht een particuliere zorgverzekering af te sluiten. De premie is deels inkomensafhankelijk (50%) en deels nominaal. Zorgverzekeraars zijn vrij om zelf hun nominale premie vast te stellen en burgers zijn vrij in hun keuze van verzekeraar. Voorts kunnen verzekerden voor de basisverzekering kiezen uit diverse polissen: natura of restitutie (of een

48 Schut, 2003, p. 13.

49 Het macrobudget wordt sinds 1994 ook aangeduid met de term 'Budgettair Kader Zorg'.

50 Tien jaar later heeft de regering opnieuw een macrobeheersinstrument (MBI) ingevoerd. Kennelijk was men vergeten dat de rechter het macrobudget had lek geschoten.

51 Dit in tegenstelling tot de 25 jaar hervormingen in Engeland, waar een regeringswisseling vaak leidt tot het opheffen van de hervormingen van de vorige regering. Cynici spreken dan ook van 're-disorganisations' and 'fundamental system reform in England every three years or so' (Bevan & Van de Ven, 2010).

52 Extramurale geestelijke gezondheidszorg, langdurige geestelijke gezondheidszorg, extramurale verpleging, persoonlijke verzorging, en geriatrische revalidatiezorg.

combinatie), een beperkt of uitgebreid netwerk van gecontracteerde zorgaanbieders, de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde aanbieders, wel of geen vrijwillig eigen risico met premiekorting, en wel of geen collectiviteit(korting). Ook kan men al dan niet kiezen voor een aanvullende verzekering. Zorgverzekeraars zijn verplicht iedereen in hun werkgebied⁵³ voor de basisverzekering te accepteren voor elke aangeboden zorgverzekering. Ook moeten zij voor elk type zorgverzekering aan alle verzekerden dezelfde nominale premie vragen. Via de risicoverevening wordt getracht de zorgkosten te verevenen die het gevolg zijn van verschillen in de portefeuilleopbouw (leeftijd, geslacht en gezondheid) van de verzekeraars.⁵⁴ In toenemende mate is geen sprake meer van regulering van de tarieven en budgetten. Verzekeraars en zorgaanbieders onderhandelen over de prijs, kwaliteit, wachttijden, levertijden, openingstijden en andere voor de consument belangrijke aspecten van de zorg- en dienstverlening. Via de zogenoemde functionele pakketomschrijving heeft elke verzekeraar, binnen de bepalingen van de Zorgverzekeringswet, grote beleidsvrijheid in het nader concretiseren van de aanspraken die zijn verzekerden aan hun zorgpolis ontleen. Een verzekeraar kan bijvoorbeeld in de polis de aanspraken van de verzekerden op geneesmiddelen beperken tot de door hem aangewezen middelen binnen het basispakket onder de voorwaarde dat hij van elke werkzame stof ten minste één middel moet aanwijzen.⁵⁵ Ook kunnen in de polis toestemmingsvereisten worden opgenomen alvorens aanspraak op zorg of vergoeding bestaat, zoals een verwijfsbrief (door een daartoe gemandateerde zorgaanbieder) of een second opinion. Verzekeraars kunnen ook polissen aanbieden met een niet-volledige vergoeding van de zorg verleend door niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Verzekeraars moeten dan wel in de polis aangeven welke zorgaanbieders wel of niet zijn gecontracteerd en welke vergoeding de verzekerde ontvangt voor de zorg verleend door niet-gecontracteerde aanbieders.⁵⁶ De functionele omschrijving van het basispakket in de Zorgverzekeringswet biedt enerzijds rechtszekerheid aan de verzekerden over de inhoud van het basispakket en anderzijds voldoende flexibiliteit en mogelijkheden aan de zorgverzekeraars voor het afstemmen van hun polisvoorwaarden

53 Het werkgebied van een zorgverzekeraar is Nederland, maar een zorgverzekeraar kan zijn werkgebied tot een of meer gehele provincies van Nederland beperken zolang bij hem minder dan 850 000 verzekerden op basis van een zorgverzekering verzekerd zijn (artikel 29, lid 1 en 2, Zorgverzekeringswet).

54 Twee eerdere pogingen om risicoverevening op de zorgverzekeringsmarkt in te voeren waren mislukt: het Ziekenfondsenbesluit (1941) en de wet Interne Lastenverevening Particuliere Ziektekostenverzekeringsbedrijf (ILPZ; 1986). De wet ILPZ is nooit tot uitvoering gekomen en is na enkele jaren ingetrokken.

55 Besluit Zorgverzekering 28jun05 (p 6, 42-44), Staatsblad 2005 389.

56 De vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg mag niet zo laag zijn dat voor de verzekerden een feitelijke hinderpaal ontstaat om naar de niet-gecontracteerde aanbieders te gaan (zie paragraaf 5.1).

op hun zorginkoopbeleid.⁵⁷

Na 65 jaar ontstaat weer enigszins de situatie van vóór 1941: private verzekering, keuzevrijheid, financieel zelfstandige verzekeraars (ziekenfondsen), geen contracteerplicht, en vrije onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Hét grote verschil met de situatie van vóór 1941 is dat er toen geen overheidsbemoeienis was en dat er nu overheidsregulering is gericht op het waarborgen van de publieke belangen, te weten toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Het gekozen ordeningsmodel wordt daarom ook aangeduid als 'gereguleerde concurrentie' in de zorg. Er is dus geen sprake van een 'vrije markt' (zoals tot 1941). In de Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet wordt de doelstelling van de wet kernachtig als volgt samengevat: "meer doelmatigheid, minder centrale sturing, en goede toegankelijkheid".⁵⁸

57 Voor de functionele pakketomschrijving zie het Besluit Zorgverzekering, Staatsblad 2005 389 (28jun05) p 18-19, 35-38, 42-44.

58 Tweede Kamer, 2003-2004, 29763, nr. 3, p. 2.

3. Gereguleerde concurrentie in de zorg

3.1. Noodzakelijke voorwaarden

Gereguleerde concurrentie in de zorg kan alleen tot kwalitatief goede, doelmatige en toegankelijke zorg leiden indien aan belangrijke noodzakelijke voorwaarden is voldaan⁵⁹:

1. Risicosolidariteit zonder prikkels voor risicoselectie;
2. Voldoende transparantie en adequate consumenteninformatie over het beschikbare polis- en zorgaanbod;
3. Adequate financiële prikkels tot doelmatigheid voor zowel consumenten, verzekeraars als zorgaanbieders;
4. Keuzevrijheid voor verzekerden op de verzekeringsmarkt;
5. Betwistbare markten, zowel bij de zorgverzekering als bij de zorgverlening;
6. Contracteervrijheid;
7. Effectief mededingingsbeleid;
8. Geen liftersgedrag;
9. Effectief toezicht op de minimumkwaliteit van zorg;
10. Gegarandeerde toegang tot basiszorg.

Vijftwintig jaar geleden was aan de meeste van deze noodzakelijke voorwaarden niet voldaan. Sindsdien is flinke vooruitgang geboekt ten aanzien van de realisatie van vrijwel alle randvoorwaarden (Tabel 1)⁶⁰. In vergelijking met België, Duitsland, Israël en Zwitserland blijkt dat Nederland gemiddeld beter scoort en op het minste aantal randvoorwaarden een onvoldoende scoort.⁶¹ De enige dissonant betreft het mededingingsbeleid, waar vooral op het terrein van fusietoetsing de laatste jaren eerder sprake lijkt van achteruitgang dan van vooruitgang.⁶² Gelet op de snelle consolidatie van zowel zorgverzekeraars als ziekenhuizen is dit een verontrustende constatering. Ook andere knelpunten

59 Van de Ven et al., 2013; Van Kleef et al., 2014.

60 De overgang 'van gereguleerde kartels naar gereguleerde concurrentie' in de zorg werd in de afgelopen 25 jaar niet alleen bemoeilijkt door de technische complexiteit van deze voorwaarden en doordat 25 jaar geleden de meeste voorwaarden niet waren vervuld, maar ook doordat de oude, op kostenbeheersing gerichte regelgeving moest worden vervangen door de nieuwe regelgeving zonder dat een onbeheersbare stijging van de zorgkosten zou ontstaan ('verbouwen van de winkel terwijl de verkoop doorgaat').

61 Van Kleef et al., 2014.

62 Loozen, 2015.

zijn nog niet opgelost.⁶³ De randvoorwaarden die nog een onvoldoende scoren zijn (i) de prikkels voor risicoselectie; (ii) de gebrekkige transparantie van de kwaliteit van zorg; (iii) de gebrekkige bekostigingssystemen voor zorgaanbieders⁶⁴; (iv) de ineffectieve fusietoetsing.⁶⁵ Onderstaand zal op de twee eerstgenoemde randvoorwaarden worden ingegaan.⁶⁶ In hoofdstuk 5 zal worden ingegaan op het knelpunt dat is ontstaan door het verwerpen door de Eerste Kamer (in december 2014) van het wetsvoorstel om artikel 13 van de Zorgverzekeringswet te wijzigen.

63 Bijlage 1 geeft een overzicht van de belangrijkste nog resterende knelpunten en van mogelijke oplossingen om deze knelpunten aan te pakken.

64 "Zorgaanbieders worden vaak afzonderlijk en per activiteit (zoals een consult of een verrichting) betaald, waardoor het aanbod is gericht op het leveren van zoveel mogelijk afzonderlijke activiteiten die tussen verschillende typen aanbieders (zoals huisartsen en medisch specialisten) slecht op elkaar zijn afgestemd. Daarnaast ontbreekt veelal de link met goede gezondheidsuitkomsten voor de patiënt, en is het voorkomen van ziekte en complicaties financieel onaantrekkelijk." (Eijkenaar en Schut, 2015)

65 Bijvoorbeeld op de zorgverzekeringsmarkt is sinds 2006 geen enkele fusie tussen verzekeraars tegengehouden, met als gevolg dat de grootste vier zorgverzekeraars in 2015 een gezamenlijk marktaandeel hebben van 89% (Vektis, 2015). Vanwege 'four are few, and six are many' (Selten, 1973) moet deze kwetsbare concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt een serieus aandachtspunt zijn voor de toezichthouder Autoriteit Consument en Markt.

66 Voor suggesties voor verbetering van de bekostigingsstructuur zie bijvoorbeeld Eijkenaar et al. (2012) en Eijkenaar en Schut (2015). Voor verbetering van het mededingingsbeleid: zie bijvoorbeeld Loozen (2013).

Tabel 1 **Mate waarin aan randvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie is voldaan, 2006-2014.**

Randvoorwaarden	2006	2014
1. Risicosolidariteit zonder prikkels voor risico-selectie		
• Risicosolidariteit	*****	*****
• Adequate risicoverevening	**	***
• Geen prikkels voor risicoselectie ^a	**	**
2. Transparantie en consumenteninformatie		
• zorgpolis(sen)	**	***
• zorgproducten	*	**
3. Adequate financiële prikkels tot doelmatigheid		
• consumenten	**	***
• zorgverzekeraars	**	****
• zorgaanbieders	*	**
4. Voldoende keuzevrijheid verzekerden	***	***
5. Betwistbare markten		
• zorgverzekeraars	***	***
• zorgaanbieders	*	***
6. Voldoende contractvrijheid	*	***
7. Effectief mededingingsbeleid	***	**
8. Geen liftersgedrag	**	***
9. Effectief toezicht op minimumkwaliteit van zorg	***	***
10. Gegarandeerde toegang tot basiszorg	***	****

Bron: Van Kleef et al., 2014.

a Ondanks de verbetering van de risicoverevening zijn door de sterke afbouw van de kostencompensaties-achteraf de prikkels voor risicoselectie per saldo niet verminderd.

Legenda:

- * = niet aan voldaan;
- ** = in beperkte mate aan voldaan;
- *** = in redelijke mate aan voldaan;
- **** = in hoge mate aan voldaan;
- ***** = volledig aan voldaan.

Tabel 2 **Gemiddelde ondercompensatie (-) en overcompensatie (+) per persoon**, voor selecte groepen verzekerden na toepassing van het somatische vereveningsmodel-2015 ^{a, b}

Subgroep op basis van informatie uit het verleden	Schatting omvang subgroep (in %) ^c	Gemiddelde onder/over-compensatie per persoon per jaar in euro's bij verevenings-model 2015
Algemene gezondheidsindicatie vorig jaar (alle leeftijden)		
Slechtste score algemene gezondheid	19,2%	-331 *
Ernstig overgewicht	9,0%	-455 *
Ten minste 1 langdurige aandoening	32,7%	-210 *
Functionele beperkingen (12 jaar en ouder)		
Beperkt in beweeglijkheid	6,9%	-957 *
Gezondheidsindicatie vorig jaar op basis van SF-12 vragenlijst (12 jaar en ouder)		
Slechtste score fysieke gezondheid	9,4%	-1.217 **
Beperking Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen vorig jaar (55 jaar en ouder)		
Ten minste 1 keer slechtste score ADL	3,2%	-1.286 **
Zorggebruik vorig jaar (alle leeftijden)		
Specialist afgelopen 12 maanden	39,3%	-189 *
Thuisbegeleiding afgelopen 12 maanden	1,2%	-764 *
Gebruik verpleging en verzorging vorig jaar	2,7%	-1.231**
Gebruik fysiotherapie (basisverzekering) vorig jaar	2,4%	-922**

Gebruik geriatrie revalidatie-zorg vorig jaar	0,3%	-3.898**
Geen gebruik van zorg vorig jaar ^d	18,7%	+208**
Zorgkosten in voorafgaande drie jaren (alle leeftijden)		
Behorend tot de groep '50% met laagste kosten per jaar' in elk van de drie voorafgaande jaren	25,9%	+337**
Behorend tot de groep '50% met hoogste kosten per jaar' in elk van de drie voorafgaande jaren	27,4%	-379**
Zorggebruik (12 jaar en ouder)		
Hulpmiddelen	7,7%	-1.129 **

- a Bron: Van Kleef et al. (2015) (Tabellen 5, C1, C3 en C4). In Van Kleef et al. (2015) is aangegeven hoe de groepen precies zijn gedefinieerd.
 - b Kostenniveau 2012 (aangepast voor pakketwijzigingen 2012-2015) & exclusief de vaste zorgkosten, de kosten van geestelijke gezondheidszorg en de kosten van extramurale verpleging en persoonlijke verzorging.
 - c Ten opzichte van de gehele Zwv-populatie.
 - d. Dat wil zeggen: geen gebruik van huisarts, specialist, ziekenhuisopname, fysiotherapeut, thuisverpleging afgelopen 12 maanden, en geen gebruik van medicijn op recept afgelopen 14 dagen.
- *: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

3.2. Tegengaan van risicoselectie

Een van de nog bestaande knelpunten betreft de prikkels voor risicoselectie. Van belang hierbij is het systeem van risicoverevening. Dit systeem dient verzekeraars te compenseren voor voorspelbare, gezondheid-gerelateerde verschillen in zorgkosten tussen verzekerden. Idealiter leidt de risicoverevening ertoe dat een verzekeraar naar verwachting voor elke verzekerde een gelijk bedrag tekort komt. Dit bedrag ontvangt de verzekeraar via de door de verzekeraar zelf vastgestelde nominale premie. Op basis van empirische analyses kan

worden geconcludeerd dat de risicoverevening in de afgelopen 25 jaar sterk is verbeterd⁶⁷ en dat de risicoverevening-2015 goed is⁶⁸, maar nog niet goed genoeg (zie Tabel 2).

Tabel 2 laat zien dat zorgverzekeraars voor chronisch zieken substantieel worden ondergecompenseerd, en voor gezonde verzekerden worden overgecompenseerd.⁶⁹ Zolang dit het geval is, vormt risicoselectie een bedreiging voor de publieke belangen 'kwaliteit', 'doelmatigheid' en 'solidariteit'.⁷⁰ Groepen zoals chronisch zieken zijn voor verzekeraars nu financieel (fors) verliesgevend. Dit ontmoedigt verzekeraars om in te spelen op de voorkeuren van chronisch zieken. Er zijn aanwijzingen dat zorgverzekeraars terughoudend zijn in het investeren in zorginkoop en innovatie voor groepen van verzekerden die ondergecompenseerd worden.⁷¹ Een verzekeraar die zou adverteren met "Wij hebben de beste zorg ingekocht voor chronisch zieken" zou geconfronteerd kunnen worden met een toestroom van (fors) verliesgevende verzekerden (zie Tabel 2). Dit staat gelijk aan financiële zelfmoord.

Op 6 februari 2015 heeft de regering in de brief 'Kwaliteit loont'⁷² aangekondigd dit probleem te willen oplossen. Door een forse verbetering van de risicoverevening zullen verzekeraars die het aandurven chronisch zieken en kwetsbare verzekerden aan te trekken en aan zich te binden door zorg van goede kwaliteit te bieden, worden beloond. Dit is niet minder dan een historische doorbraak.

In beginsel zie ik voldoende technische oplossingen⁷³ en ben ik optimistisch dat het binnen enkele jaren mogelijk moet zijn de chronisch zieken en kwetsbare verzekerden financieel aantrekkelijk te maken voor de verzekeraars voor de

67 Van Kleef et al. 2013.

68 Van Kleef et al. 2015.

69 Omdat de risicoverevening budgetneutraal wordt uitgevoerd (dat wil zeggen dat de overall-gemiddelde voorspelde kosten door het vereveningsmodel gelijk zijn aan de overall-gemiddelde feitelijke kosten), impliceren de ondercompensaties in Tabel 2 een overcompensatie op de complementaire subgroepen.

70 Zie bijvoorbeeld Van de Ven (1989), Van de Ven et al. (2005), ZonMw (2009) en Van de Ven (2012).

71 Zie bijvoorbeeld KPMG (2014), p. 25.

72 Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 31765, nr. 116.

73 Oplossingsrichtingen om dit te bereiken zijn het verbeteren van de risicoverevening, verplichte risicodeling tussen zorgverzekeraars onderling, en het (gedeeltelijk) toestaan van enige premiedifferentiatie per zorgpolis (bijvoorbeeld een iets lagere premie voor gezonden dan voor ongezonden) (zie ZonMw, 2009). De risicoverevening kan worden verbeterd door het toevoegen van nieuwe risicofactoren (bijvoorbeeld meerjarige Diagnose Kosten Groepen (DKGs) in plaats van de huidige eenjarige DKGs (Lamers 1997); uitbreiding van de huidige Hulpmiddelen Kosten Groepen (HKGs); en een nieuw vereveningskenmerk Fysiotherapie-Diagnose Kosten Groepen (FDKGs). Een belangrijk discussiepunt is hoe de verzekeraars adequaat kunnen worden gecompenseerd voor de hoge kosten in het jaar van overlijden (Van Vliet en Lamers, 1998). Voor een innovatieve methode om de risicoverevening te verbeteren, zie Van Kleef et al. (2015).

zorgkosten **exclusief** zorgvormen die sinds 2006 vanuit de AWBZ zijn overgeheveld.⁷⁴ Verzekeraars VGZ en Achmea hebben terecht bepleit dat zolang nog sprake is van over/ondercompensatie van selecte groepen verzekerden, het beter is om niet de gezonden (zoals thans het geval is) maar juist de ongezonden te overcompenseren.⁷⁵ Dit is een uitstekende suggestie om versneld chronisch zieken en kwetsbare verzekerden financieel aantrekkelijke klanten te maken⁷⁶ en daarmee de doelstellingen van de regering zoals geformuleerd in de brief "Kwaliteit loont" te realiseren. Ik adviseer de regering daarom om in het Besluit Zorgverzekeringen als randvoorwaarde bij het berekenen van de vereveningsbijdragen op te nemen dat zolang nog sprake is van over/ondercompensatie van selecte groepen verzekerden, **het beter is om ongezonden dan gezonden te overcompenseren**. De meest schadelijke vorm van risicoselectie wordt daardoor vermeden.⁷⁷

Het zorglandschap zal hierdoor drastisch veranderen. Verzekeraars moeten op zoek naar een nieuw verdienmodel waarbij de winst zit in het beter organiseren en coördineren van de zorg voor chronisch zieken. Als gevolg hiervan dienen zij hun zorginkoopbeleid en marketingstrategie drastisch te herzien. Het is wachten op de eerste verzekeraar die het aandurft om zich te profileren als 'dé zorgverzekeraar voor chronisch zieken'.

3.3. Transparantie over de kwaliteit van zorg

Een tweede knelpunt betreft de gebrekkige transparantie over de kwaliteit van zorg. In elk zorgstelsel is transparantie over de kwaliteit van zorg belangrijk, maar dit geldt in het bijzonder voor een concurrerend zorgstelsel. Bij concurrentie uitsluitend op prijs bestaat immers het risico dat dit op den duur ten koste van de kwaliteit gaat. Toch is de aanwezigheid van transparante kwaliteitsinformatie in de zorg niet vanzelfsprekend. Dit geldt niet alleen voor Nederland, maar ook voor andere landen.⁷⁸

74 Vanwege de specifieke kenmerken van de vanuit de AWBZ overgeheveldde zorgkosten (zoals extreem scheef verdeelde kosten en een zeer kleine groep verzekerden met extreem hoge kosten) en vanwege onvoldoende onderzoek (zowel nationaal als internationaal) is het een nog onbeantwoorde vraag in hoeverre het mogelijk is tot een adequate risicoverevening voor deze zorgvormen te komen (Bakx et al., 2015).

75 Zie Tweede Kamer, vergaderjaar 2014–2015, 31 765, nr. 140, p. 2 en 12.

76 Dit kan deels gerealiseerd worden met behulp van de 'constrained regression' methode (Van Kleef et al., 2015).

77 De consequentie van een ondercompensatie op de gezonden is dat verzekeraars een financiële prikkel hebben om niet in te spelen op hun preferenties. Maar dergelijke risicoselectie heeft lang niet zulke schadelijke gevolgen als de risicoselectie die het gevolg is van een ondercompensatie van de ongezonden.

78 Van de Ven et al. (2013).

Zorgaanbieders zijn terughoudend met het verschaffen van informatie over hun kwaliteit. In Nederland moest deze informatie worden afgedwongen door de overheid en zorgverzekeraars. In het begin van deze eeuw weigerden veel ziekenhuizen om aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een vooralsnog beperkt aantal wettelijk vereiste kwaliteitsindicatoren aan te leveren. Via dwang en doorzettingmacht werden de gegevens uiteindelijk aangeleverd en op de websites van de ziekenhuizen geplaatst. Maar de bruikbaarheid van deze indicatoren was beperkt. Op 27 september 2010 vond een historische doorbraak plaats toen Van der Meeren, bestuursvoorzitter van zorgverzekeraar CZ, in een uitzending van Pauw & Witteman aankondigde dat CZ borstkankeroperaties bij zes ziekenhuizen niet langer zal vergoeden vanwege onvoldoende kwaliteit: "CZ legt de lat hoger dan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Wij vinden dat voor onze verzekerden de kwaliteit van die zes ziekenhuizen niet goed genoeg is". De criteria van CZ waren mede gebaseerd op het aantal keer dat een ziekenhuis of specialist een ingewikkelde operatie uitvoerde. Zorgverzekeraar CZ had goed begrepen dat verzekerden selectief contracteren alleen accepteren indien dit plaatsvindt op basis van kwaliteitscriteria. Spoedig na deze aankondiging van CZ maakte de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, de belangenvereniging van chirurgen, hun eigen kwaliteitseisen voor goede borstkankerzorg bekend. Deze kwaliteitscriteria zijn vervolgens jaarlijks verbeterd en uitgebreid. Het lijkt niet waarschijnlijk dat deze kwaliteitscriteria door de beroepsgroepen zo zouden zijn ontwikkeld als CZ de knuppel niet in het hoenderhok had gegooid. Dit voorbeeld illustreert hoe krachtig de dreiging van selectief contracteren én het niet vergoeden van niet-gecontracteerde zorg kan zijn, zelfs als 95% van de zorgaanbieders wél wordt gecontracteerd.

Niettemin verloopt het proces om transparante kwaliteitscriteria openbaar te krijgen traag. Het gebrek aan adequate kwaliteitsstandaarden en -indicatoren stelt zowel zorgverzekeraars (bij de zorginkoop) als patiënten (bij het kiezen van een zorgaanbieder) voor problemen. Minister Schippers heeft 2015 daarom terecht uitgeroepen tot het jaar van de transparantie in de zorg, en voegt met de brief (d.d. 6 februari 2015) 'Kwaliteit loont'⁷⁹ ook de daad bij het woord. Er wordt versneld gewerkt aan het beschikbaar maken van kwaliteitsinformatie over de dertig meest relevante aandoeningen. Wanneer partijen in het veld hierbij onvoldoende tempo maken, zal dit worden afgedwongen door het Zorginstituut Nederland.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) schreef op 27 februari 2015 in een brief aan de Tweede Kamer: "ZN is daarom zeer positief over de initiatieven van de minister om zorgprofessionals verder in beweging te krijgen om inzicht te geven in de

79 Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 31765, nr. 116.

kwaliteit van hun zorg. En waar beroepsgroepen het niet eens kunnen worden of blijven weigeren om inzicht te geven in hun kwaliteit, kijkt ZN uit naar hoe het Zorginstituut Nederland met snelheid en doorzettingsmacht de benodigde kwaliteitsinformatie gaat organiseren.” Een week later deed Minister Schippers hierover in het Algemeen Overleg met de Tweede Kamer uitspraken die aan duidelijkheid niets te wensen overlaten⁸⁰: “We hebben in bepaalde sectoren van de zorg echt inzicht. Daarvan zeg ik: geweldig, wat is daar een werk verzet! We moeten echter ook kijken naar de delen van de zorg waar men op dit vlak echt achterblijft. Daar blijft men écht achter. Eigenlijk is het treurig dat ik met een Kwaliteitsinstituut moet komen om daar een enorme zet te geven.”⁸¹

De kritiek van veel zorgaanbieders dat zorgverzekeraars alleen op basis van prijs en niet op kwaliteit contracteren, is dus niet altijd terecht.⁸² Het zou die zorgaanbieders sieren als zij eerst de hand in eigen boezem zouden steken.

3.4.Hoe verder met de oud-AWBZ zorgvormen?

Een belangrijke kanttekening bij de resultaten in Tabel 1 en Tabel 2 is dat die alleen betrekking hebben op het basispakket van de Zorgverzekeringswet **exclusief** de sinds 2006 vanuit de AWBZ overgehevelde zorg (ruim 8 miljard euro in 2015).⁸³ Het valt echter sterk te betwijfelen of de in Tabel 1 genoemde randvoorwaarden wel gerealiseerd kunnen worden voor die zorgvormen.⁸⁴ Vanwege de specifieke kenmerken van de vanuit de AWBZ overgehevelde zorgkosten⁸⁵ is het bijvoorbeeld een nog onbeantwoorde vraag in hoeverre het mogelijk is tot een adequate risicoverevening voor deze zorgvormen te komen.⁸⁶ Vooral nog is het onduidelijk welke risicokenmerken hiervoor geschikt en beschikbaar zijn. Op vragen vanuit de Tweede Kamer heeft minister Schippers geantwoord dat indien adequate risicoverevening voor bepaalde zorgvormen niet mogelijk blijkt te zijn, die zorgvormen niet in de Zorgverzekeringswet thuishoren.⁸⁷ Voorts is de

80 Tweede Kamer, vergaderjaar 2014–2015, 29 689, nr. 608, p. 48.

81 Het Kwaliteitsinstituut is een programma binnen het Zorginstituut Nederland.

82 De NZa (2014c) concludeert in de Monitor Zorginkoop: “De belangrijke conclusie uit de monitor is dat de zorginkoop goed werkt. Zorgverzekeraars kopen meer en meer selectief in tegen een scherpe prijs. Hierbij wordt de zorgplicht niet uit het oog verloren. De voordelen die zorgverzekeraars hiermee behalen komen de consument uiteindelijk ten goede door een scherpe premie bij een goede kwaliteit van zorg.”

83 Extramurale geestelijke gezondheidszorg, langdurige geestelijke gezondheidszorg, extramurale verpleging, persoonlijke verzorging, en geriatrische revalidatiezorg.

84 Van de Ven en Schut (1994); Schut en Van de Ven (2010).

85 Meer dan 95 procent van de bevolking heeft geen zorgkosten, en een zeer kleine groep verzekerden heeft extreem hoge kosten.

86 Bakx et al., 2015.

87 Tweede Kamer, vergaderjaar 2014–2015, 29 689, nr. 557, p. 18 en 20.

vraag of voor de extramurale verpleging en verzorging de polis-aanspraken (en dus de te verwachten kosten) helder af te bakenen zijn, omdat deze aanspraken afhangen van de per individu beschikbare mantelzorg. 'Ruzie met de partner' kan leiden tot een hogere uitkering door de particuliere zorgverzekeraar⁸⁸ en dat maakt de private zorgverzekering kwetsbaar voor fraude en juridische bezwaarprocedures. Een subjectief criterium als 'beschikbaarheid van mantelzorg' maakt het ook lastig om op basis van objectieve criteria tot de juiste vereveningsbijdragen te komen.

We moeten niet uitsluiten dat in de komende jaren (enkele van) de sinds 2006 vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet overgehevelde zorgvormen uit de Zorgverzekeringswet zullen worden verwijderd.

88 Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden (exclusief kraamzorg), waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop, en niet gepaard gaat met verblijf (artikel 2.10 lid 1 van het in 2015 geldende Besluit Zorgverzekeringen). Verpleegkundigen stellen de indicatie cq. de zorgbehoefte voor verpleging en verzorging vast. Dan is het goed voorstelbaar dat iemand met een bepaalde handicap een beperkte zorgbehoefte krijgt geïndiceerd omdat zijn partner mantelzorg verleent; en een grotere zorgbehoefte nadat de partner wegens ruzie (scheiding) is vertrokken. De verpleegkundige is dus gemandateerd om op basis van niet-objectieve criteria (wel/niet aanwezigheid van mantelzorg) een nadere concrete invulling te geven aan de te verzekeren prestatie in de zorgverzekering wat betreft verpleging en verzorging ('zoals verpleegkundigen die plegen te bieden').

4. Het beste zorgstelsel?

4.1 Internationaal uniek

Nederland is niet het enige land dat voor gereguleerde concurrentie in de zorg heeft gekozen. Maar Nederland is wel uniek omdat in de afgelopen 25 jaar consistente hervormingen in dezelfde richting zijn gerealiseerd.⁸⁹ In diverse Europese landen is ervoor gekozen om de burger periodiek een 'keuze van zorgverzekeraar' te geven, bijvoorbeeld België, Duitsland, Israël, Tsjechië, Slowakije, Rusland en Zwitserland. Ook op andere continenten vinden we vergelijkbare zorgstelsels, bijvoorbeeld in de Verenigde Staten van Amerika⁹⁰, Zuid-Afrika, Chili en Colombia.⁹¹ Meer dan in andere landen is in Nederland vooruitgang geboekt met het voldoen aan de randvoorwaarden van gereguleerde concurrentie in de zorg.⁹² Nederland mag zich verheugen in veel internationale delegaties die uit eerste hand de ervaringen met het Nederlandse (polder)model van gereguleerde concurrentie willen horen. Nederland wordt internationaal als gidsland gezien omdat geen ander land zo consistent de randvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie invult als Nederland. Niettemin moeten we ons realiseren dat er nog een onvoltooide agenda is.⁹³

4.2 Het beste zorgstelsel?

Heeft Nederland het beste zorgstelsel? Ik begrijp dat u een antwoord op deze vraag verwacht. Maar is het wel een zinnige vraag? Als het 'beste zorgstelsel' bestaat, zouden alle landen het dan niet gekopieerd hebben?

Er bestaan internationale ranglijsten die zorgstelsel met elkaar vergelijken. Veelal is daarbij echter sprake van een beperkt aantal landen of een beperkt aantal aspecten van het complexe zorgstelsel. Een jaarlijks terugkerende ranglijst met een vergelijking van 37 Europese landen is de European Health Consumer Index

89 Dit zal voor velen als een verrassing komen, zeker voor de mensen die dicht op het beleid-van-dag-tot-dag zitten. Maar soms helpt het om, net als buitenlanders, 'vanuit een helikopter' naar de ontwikkelingen in de loop der jaren te kijken, niet gehinderd door de dagelijkse besommingen en details.

90 Medicare (de federale zorgverzekering voor personen van 65 jaar en ouder) en 'Obamacare' (de gesubsidieerde zorgverzekeringen voor individuen onder een bepaald inkomen).

91 Ierland en Australië hebben, naast de nationale publieke gezondheidsdienst, een omvangrijke markt van vrijwillige particuliere verzekeringen die op vergelijkbare wijze is gereguleerd als de Nederlandse zorgverzekering.

92 Van de Ven et al. (2013).

93 Zie hoofdstuk 3; Van de Ven en Schut (2012).

(EHCI). Op deze ranglijst staat Nederland al jaren met stip nummer 1. De EHCI tracht met 48 indicatoren de prestaties van het zorgstelsel te meten vanuit het consumentenperspectief. De EHCI erkent dat er methodologische problemen aan de index kleven, maar stelt zich op het standpunt dat als gewacht zou worden op de perfecte index zonder ontbrekende gegevens, er nooit een index gepubliceerd zou kunnen worden.

Varkevisser et al. (2014) concluderen dat de curatieve zorg in Nederland in 2011 in vergelijking met andere OECD-landen gekenmerkt werd door lagere kosten dan gemiddeld⁹⁴, gemiddelde kwaliteit van zorg, een breed basispakket en een hoge mate van solidariteit.

Het probleem bij het opstellen van een internationale ranglijst van zorgstelsels is dat zorgsystemen veel complexe doelen kennen: gezondheid, toegankelijkheid, kwaliteit van zorg, doelmatigheid, vraaggerichtheid, enzovoort.⁹⁵ Daarnaast is uiteraard ook de hoogte van de zorgkosten van belang. Hoewel de kosten wellicht nog redelijk eenduidig te meten zijn, geldt dit niet voor kwaliteit. Kwaliteit van zorg heeft veel dimensies, zoals structuur, proces, en uitkomst (inclusief patiënt-bejegening); en hiervoor bestaan een groot aantal beoordelingscriteria.⁹⁶ De volgorde van zorgstelsels in een ranglijst hangt dus sterk af van de gehanteerde beoordelingscriteria en de onderlinge gewichten van elk criterium. Maar de beoordeling van een zorgstelsel is ook afhankelijk van normen en waarden. Welke opvattingen bestaan er over solidariteit? Deze kunnen afhangen van de economische ontwikkeling van een land, maar ook van welke pet men opheeft. Als **belastingbetaler** heeft de burger belang bij zo laag mogelijke collectieve zorguitgaven, als **verzekerde** belang bij zo laag mogelijke premie, en als **patiënt** belang bij de beste zorg (inclusief vrije artskeuze) op korte afstand en zonder wachttijden. Mede afhankelijk van gezondheid en welstand kan iedereen daar individuele opvattingen over hebben en tot verschillende beoordelingen van een zorgstelsel komen.

94 Aan langdurige verpleging en verzorging gaf Nederland in 2011 bijna driemaal zoveel uit als het OECD-gemiddelde als we hierbij ook sociale zorg meetellen, zoals hulp bij het huishouden, hulp met de persoonlijke financiën en sociale activiteiten voor mensen met beperkingen (Varkevisser et al., 2014).

95 Van den Berg (2012).

96 Zo gebruikt het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) bij het beschrijven van de prestaties van ons zorgsysteem (de Zorgbalans) ruim 125 indicatoren voor kwaliteit (bijvoorbeeld effectiviteit, veiligheid, vraaggerichtheid), toegankelijkheid (geografisch, financieel, wachttijden, etc.) en betaalbaarheid (Van den Berg, 2012).

4.3. Zijn er betere zorgstelsels?

Laten we daarom een gedachtenexperiment doen. Bestaan er zorgstelsels in andere landen die wij onder de ‘sluier van onwetendheid’ liever zouden hebben dan ons huidige zorgstelsel?

De ‘sluier van onwetendheid’ betekent dat u niet weet welke positie u in de samenleving inneemt. Denk hierbij aan gezondheid, zorgbehoefte, inkomen, leeftijd, gezin, familie, opleiding en beroep. Wellicht lukt het zo om op hoofdlijnen tot conclusies te komen.

Voor een belangrijk deel van de wereldbevolking geldt ‘no pay, no cure’.⁹⁷ In lage-inkomens landen⁹⁸ betaalt men gemiddeld 60% van de totale zorgkosten uit eigen zak; in middeninkomens landen⁹⁹ 40%, in de rijke landen 20%¹⁰⁰, en in Nederland minder dan 6%.¹⁰¹

Alle lage-inkomenslanden kennen een grote ongelijkheid en tweedeling in de zorg. Dit geldt ook voor rijke landen zoals de Verenigde Staten, Ierland, Australië, Engeland, Zuid-Europese landen, Oost-Europese landen, en ook ons buurland België. In België zijn de betalingen van de patiënt uit eigen zak als aandeel van de totale zorgkosten gemiddeld ruim drie keer zo hoog als in Nederland.¹⁰² Ook kent België de zogeheten erelonen. Als een patiënt een volledig vrije artskeuze wil, moet hij voor bepaalde groepen artsen een ereloon betalen, dat wil zeggen een toeslag van maximaal 300% van het gebruikelijke tarief van de arts.¹⁰³ Deze erelonen vormen gemiddeld ruim 10% van het artseninkomen.¹⁰⁴ Belgische ziekenhuizen zijn verplicht een lijst met maximale erelonen te publiceren die bij ziekenhuisopnamen gelden. Het opnameformulier dat door de patiënt bij een ziekenhuisopname wordt ondertekend, biedt expliciet de mogelijkheid om te kiezen voor het niet betalen van een ereloon.

In veel landen met een publieke gezondheidsdienst (NHS; bijvoorbeeld Ierland, Australië, Engeland, Nieuw Zeeland, Zuid-Europese landen, Oost-Europese

97 OECD Health Statistics 2014.

98 Bijvoorbeeld Afghanistan, Bangladesh, Cambodja, Congo, Eritrea, Ethiopië, Haïti, Kenya, Madagaskar, Mali, Mozambique, Nepal, Niger, Noord-Korea, Somalië, Tanzania, Uganda, Zimbabwe.

99 Bijvoorbeeld Argentinië, Brazilië, China, Colombia, Ecuador, Egypte, Ghana, Indonesië, India, Mexico, Nigeria, Pakistan, Peru, Thailand, Turkije, Vietnam.

100 Gottret P., G. Schieber, 2006, p.4.

101 OECD Health Statistics 2014.

102 In België ruim 20% en in Nederland minder dan 6% (in 2012). Bron: OECD Health Statistics 2014.

103 Kennelijk veranderen de opvattingen van artsen over de vrije artskeuze vrij plotseling bij het oversteken van de Nederlands-Belgische grens. Voor nadere beschouwing zie paragraaf 5.1 ‘Vrije artskeuze’.

104 Calcoen et al., 2015a.

landen) kopen mensen die het zich kunnen veroorloven vrijwillig een particuliere verzekering uitsluitend om de lange wachtlijsten in de publieke sector te omzeilen en om betere kwaliteit zorg in een privé-ziekenhuis te krijgen. In Ierland, op een uurtje vliegen van Nederland, heeft de meerderheid van de bevolking zo'n particuliere verzekering, en in Australië circa 40%. Dit staat in schril contrast tot Nederland, waar extra betalen voor 'voorkruiptzorg' wettelijk verboden is.¹⁰⁵ In een recente vergelijking van 12 OECD-landen¹⁰⁶ (met merendeels een publieke gezondheidsdienst) had Nederland de kortste wachttijden.¹⁰⁷

Dan resteren nog landen zoals Canada, Frankrijk, Oostenrijk, de Scandinavische landen, Duitsland, Israël en Zwitserland. Canada heeft, ondanks alle positieve vergelijkingen met de Verenigde Staten, een beperkt publiek pakket (bijvoorbeeld geen geneesmiddelen). Veel Canadezen die het zich financieel kunnen veroorloven gaan naar de VS voor snellere (en betere) zorg. In Frankrijk, Oostenrijk en de Scandinavische landen heeft de burger geen keuze van 'verzekeraar/zorginkoper'. Het is de vraag of dit acceptabel zou zijn voor Nederlanders. Duitsland, Israël en Zwitserland ten slotte hebben een zorgstelsel dat lijkt op dat van Nederland, maar uit een internationale vergelijking bleek dat essentiële randvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie in die landen in het geheel (nog) niet zijn vervuld.¹⁰⁸ Het is ook onduidelijk of die landen wel consistent het model van gereguleerde concurrentie in de zorg zullen invoeren. Als dit niet zo is, lopen deze landen het risico op den duur te eindigen met een inconsistent zorgstelsel, met alle problemen van dien. Bijvoorbeeld, in Duitsland en Zwitserland verzetten zorgaanbieders zich effectief tegen het wettelijk toestaan van selectief contracteren (door verzekeraars) en tegen prijsconcurrentie tussen zorgaanbieders.¹⁰⁹ In die landen onderhandelen de gezamenlijke zorgaanbieders met de gezamenlijke zorgverzekeraars. Dit heeft tot gevolg dat die landen wel prijsconcurrentie tussen zorgverzekeraars hebben, maar

105 In 2009 betaalde het bemiddelingsbureau Quality Medical Services aan het ziekenhuis Kennemer Gasthuis te Haarlem een vergoeding voor een versnelde behandeling. In antwoord op Kamervragen van de SP over deze 'voorkruiptzorg' antwoordde de regering dat deze vorm van wachtlijstbemiddeling in strijd is met de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Door de bemiddelaar werd een tarief in rekening gebracht in verband met de levering van zorg door de zorgaanbieder. Het bemiddelingsbureau kan daarom worden gezien als zorgaanbieder. De bemiddelaar brengt voor bemiddeling een tarief in rekening en overtreedt daarmee artikel 35 lid 1 Wmg. Het ziekenhuis begaat ook een overtreding van artikel 35 lid 1 Wmg. Het ziekenhuis brengt namelijk aan de bemiddelaar een tarief in rekening in verband met de levering van zorg naast de declaratie van de reguliere Diagnose-Behandel-Combinatie (DBC) aan de consument. Alle voorkomende werkzaamheden worden geacht al in het DBC-tarief te zijn opgenomen. Zie hiervoor: Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, Aangangsels, 2139, 4495 (en 4497) en de daarbij gevoegde brief van de Nederlandse Zorgautoriteit dd 11 februari 2009.

106 Siciliani et al., 2014.

107 Voor een analyse van de daling van de wachtlijsten in Nederland in de periode 2000–2011 zie Schut en Varkevisser (2013a).

108 Van de Ven et al. (2013).

109 Duijmelinck en Van de Ven (2015a).

niet tussen zorgaanbieders; en dus wel de problemen van een concurrerende zorgverzekeringsmarkt hebben (zie paragraaf 3.2), maar niet de (potentiele) voordelen ervan.¹¹⁰

Mijn conclusie van deze gedachtenoefening is dat ik niet snel een ander land kan noemen waarvan het zorgstelsel onder de 'sluier van onwetendheid' duidelijk beter is dan het Nederlandse zorgstelsel.¹¹¹

Koning Willem-Alexander had gelijk toen hij in de troonrede van 2014 sprak: "Nederland heeft een van de beste en meest toegankelijke zorgstelsels ter wereld".¹¹²

4.4. Is er een realistisch alternatief?

Toch is het niet moeilijk om zwakheden en problemen van ons zorgstelsel te duiden. U hoeft er de krant maar op na te slaan en u kunt moeiteloos aanvullingen toevoegen aan onderstaande kritiek die in de afgelopen jaren op het functioneren van zorgverzekeraars (als zorginkopers) is geuit: "Zorgverzekeraar let te veel op prijs en te weinig op kwaliteit"¹¹³, "Premiejagen op winsten zorgverzekeraars"¹¹⁴, "De salarissen van de bestuurders van zorgverzekeraars liggen boven het maximum dat geldt voor de publieke sector", "Geen vertrouwen in zorgverzekeraars"¹¹⁵, "Veld valt over macht zorgverzekeraar"¹¹⁶.

Die kritiek op verzekeraars is niet volledig terecht. Bijvoorbeeld de trage voortgang met transparante kwaliteitsinformatie is voor een belangrijk deel te wijten aan het gebrek aan medewerking van de zorgprofessionals. Zolang zij onvoldoende meewerken aan het transparant maken van de kwaliteit van zorg, is het voor verzekeraars vrijwel onmogelijk om zorg in te kopen op basis van prijs én goede kwaliteitskenmerken. Voorts hebben de verzekeraars in de afgelopen jaren een substantieel deel van de winst via premieverlagingen ten goede laten komen aan hun verzekerden.¹¹⁷ De administratiekosten van de zorgverzekeraars

110 Van de Ven et al. (2013).

111 Zorgstelsel heeft hier uitsluitend betrekking op de Zorgverzekeringswet (exclusief vanuit de AWBZ naar de Zvw overgeheveldde zorgvormen); en niet op de WLZ en de WMO.

112 Troonrede 16 september 2014.

113 Het Financieele Dagblad, 20 januari 2015.

114 Consumentenbond, 24 september 2014.

115 Skipr Redactie, 14 november 2014.

116 Skipr, 16 oktober 2014.

117 NZa (2014a); zie ook Het Financieele Dagblad 10 maart 2015 en 8 april 2015.

(inclusief salarissen, marketing en provisie) bedragen (in 2013) 3,5% van de totale lasten¹¹⁸ en zijn fors lager dan in de Verenigde Staten en andere OECD-landen, waar de administratiekosten van particuliere ziektekostenverzekeraars bijna vier keer zo hoog zijn: gemiddeld 13% van de totale lasten¹¹⁹. Ook is vermeldenswaard dat zorgverzekeraars in toenemende mate succesvolle zorginkoop initiatieven hebben ontwikkeld. Zo zijn vanaf 2008 forse prijsverlagingen afgedwongen op de markt voor generieke geneesmiddelen en hulpmiddelen¹²⁰, en zijn de vrij onderhandelbare ziekenhuisprizen in reële termen gedaald.¹²¹ Vanaf 2012 hebben verzekeraars door middel van omzetcontracten met ziekenhuizen ook grip gekregen op volume en kosten. Last but not least, veel kritiek dat 'het nieuwe zorgstelsel niet werkt' is eerder te wijten aan het feit dat nog niet alle noodzakelijke voorwaarden zijn vervuld, dan dat verzekeraars hun nieuwe taak onvoldoende zouden vervullen.¹²²

Zorgverzekeraars moeten als het ware op eieren lopen om hun 'license to operate' niet te verliezen. Een maatschappelijk voordeel van deze angst voor reputatieverlies is dat verzekeraars terughoudend zijn in gedrag dat maatschappelijke kritiek zou kunnen uitlokken. Het geringe vertrouwen van de burger in zorgverzekeraars hangt ook samen met het lage vertrouwen in de financiële sector, dat zeker niet vergroot is na de bankencrisis en de woekerpolissen.

Hoewel het gemakkelijk is (al dan niet ideologisch getinte) kritiek te uiten¹²³, heeft geen enkele criticaster de afgelopen jaren een realistisch alternatief voorgesteld. Soms wordt nostalgisch een terugkeer naar het oude ziekenfonds bepleit.¹²⁴ Maar een terugkeer naar een zorgstelsel met vergaande aanbod- en prijsregulering¹²⁵ is gelet op de negatieve ervaringen daarmee in

118 Vektis, Jaarcijfers 2014 Zorgverzekeraars en zorgfinanciering, augustus 2014, Tabel 3.

119 Karaca-Mandic et al. 2015; Mathauer en Nicolle, 2011.

120 Door het preferentiebeleid bij het inkopen van generieke geneesmiddelen wordt jaarlijks een besparing gerealiseerd tussen 750 en 900 miljoen euro (dat wil zeggen, gemiddeld circa 50 euro per Nederlander). Bron: NZa (2013).

121 Schut en Varkevisser (2013b) en Schut et al. (2014).

122 Hoewel de kwaliteit van zorg de laatste jaren bij de zorginkoop een toenemende, maar nog steeds bescheiden rol speelt (denk bijvoorbeeld aan de minimumvolumenormen voor bepaalde complexe behandelingen en de op basis van bepaalde kwaliteitscriteria geselecteerde voorkeuraanbieders) hebben verzekeraars thans door het gebrek aan transparantie over de kwaliteit van zorg nog onvoldoende mogelijkheden om zich op dit terrein te onderscheiden.

123 Bijvoorbeeld: 'PvdA tegen marktwerking in zorg', Skipr, 24 februari 2010; 'PvdA neemt afscheid van marktwerking', Skipr, 11 april 2012; 'Meeste artsen willen af van marktwerking' Skipr, 3 september 2012; 'LHV: 'Marktwerking staat haaks op huisartsenvak' Skipr, 27 augustus 2012;

124 Bijvoorbeeld: "ZN-voorzitter Rouvoet: Samsom wil terug naar ziekenfonds", Skipr 16 april 2012; en "SP pleit voor één landelijke zorgverzekeraar" Trouw, 17 november 2014.

125 Dat wil zeggen, een zorgstelsel met risicoloze uitvoeringsorganen met een wettelijk beschermd monopolie, zonder enige prikkel om goede contracten met zorgaanbieders af te sluiten, met landelijk vastgestelde tarieven voor specialisten, huisartsen en fysiotherapeuten ongeacht kwaliteit, wachtlijsten, en bureaucratie.

het verleden niet aantrekkelijk. Voor degenen die twijfelen, is het goed nog een keer de analyse te bestuderen die leidde tot die historische zin in het regeerakkoord-2003: "De centrale aanbodsturing is vastgelopen en wordt zo snel als verantwoord is vervangen door gereguleerde marktwerking." Een belangrijke les van die analyse is dat de rechter begin deze eeuw het macrobudget heeft lek geschoten. Ook een nationale gezondheidsdienst (NHS) is geen realistisch alternatief voor Nederland. Landen met een grotendeels door de staat georganiseerde gezondheidszorg zijn al jaren bezig om een 'interne markt' te reorganiseren om de doelmatigheid van de zorg te verbeteren. De effectiviteit hiervan is niet overtuigend aangetoond.¹²⁶

Mijn conclusie is dat er **geen realistisch alternatief is**. Consistent verder bouwen aan een zorgstelsel¹²⁷ met gereguleerde concurrentie is de beste optie voor het zo goed mogelijk realiseren van goede, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg in Nederland. Het is moeilijk te bepalen welk land het beste zorgstelsel heeft, maar Nederland is met de Zorgverzekeringswet, zeker als de voornemens in de beleidsbrief 'Kwaliteit loont'¹²⁸ zijn gerealiseerd, wel hard op weg deze kwalificatie te verwerven.

126 Bevan en Van de Ven (2010).

127 Zorgstelsel heeft hier uitsluitend betrekking op de Zorgverzekeringswet (exclusief vanuit de AWBZ naar de Zvw overgeheveldde zorgvormen); en niet op de WLZ en de WMO.

128 Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 31765, nr. 116.

5. Zorgverzekeraar als zorginkoper: willen we dat wel?

De Nederlandse hervormingen worden internationaal met grote belangstelling gevolgd en vormen voor een aantal landen een inspiratiebron. Binnenlands blijkt de destijds door Dekker gevraagde 'bereidheid tot verandering' echter nog steeds niet altijd Kamerbreed aanwezig. Recente voorbeelden zijn de discussie over de vrije artsenkeuze in de Eerste Kamer in december 2014, en het verzet van huisartsen tegen 'financiële prikkels voor huisartsen'¹²⁹ en tegen 'zorgverzekeraars in de spreekkamer'.¹³⁰ Is Nederland inderdaad wel op de goede weg?

De kritiek van de artsen raakt de kern van de hervorming van ons zorgstelsel in de afgelopen 25 jaar, namelijk de rol van de zorgverzekeraar (en niet langer de overheid) als inkoper van zorg voor zijn verzekerden. Hoewel deze rol van de verzekeraar binnen het model van gereguleerde concurrentie (in theorie) voor de hand liggend is, lijkt de praktijk toch weerbarstiger. Naarmate de verzekeraars de hen toebedachte inkooprol steeds meer en beter gaan invullen, lijkt de weerstand hiertegen toe te nemen. Willen we de verzekeraar wel als zorginkoper?

5.1. Vrije artsenkeuze

De Zorgverzekeringswet biedt verzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid om selectief met elkaar te contracteren. Als bij de onderhandelingen over prijs, kwaliteit, dienstverlening, wachttijden, levertijden en openingstijden niet tot overeenstemming kan worden gekomen, is het niet-contracteren een ultimatum remedium voor beide partijen. De consequenties van niet-contracteren hangen mede af van de vergoeding die de verzekeraar zijn verzekerden geeft voor niet-gecontracteerde zorg. De Zorgverzekeringswet (artikel 13) bepaalt dat de zorgverzekeraar zijn verzekerden een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg moet geven, maar laat het aan de verzekeraar om de hoogte hiervan

129 Veel artsen willen niet dat zij bij hun medisch handelen geconfronteerd worden met financiële prikkels. Dit is een illusie. Elke honoreringwijze bevat financiële prikkels (bijvoorbeeld salaris, abonnement, betaling-per-verrichting). Voorts blijkt op overtuigende wijze uit de literatuur dat artsen – al dan niet bewust – ook gevoelig zijn voor financiële prikkels (zie bijvoorbeeld Schut en Varkevisser, 2014). Het is daarom beter bewust de juiste financiële prikkels te kiezen die (ook) in het belang van de patiënt zijn, dan het bestaan van financiële prikkels te ontkennen.

130 Zie bijvoorbeeld: "Arts tegen verzekeraar: m'n spreekkamer uit", NRC 24 februari 2015; en het door 7600 huisartsen ondertekende "Manifest van de bezorgde huisarts: het roer moet om" (Medisch Contact 30 april 2015, p. 882-883).

te bepalen. In de Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet wordt gesteld dat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg niet zo laag mag zijn dat voor de verzekerden een feitelijke hinderpaal ontstaat om naar de niet-gecontracteerde aanbieders te gaan.

Hinderpaalcriterium en wijziging artikel 13

Het is juridisch onduidelijk wanneer een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg wel of niet een feitelijke hinderpaal vormt. Uit een uitspraak van de Hoge Raad kan worden afgeleid dat in die betreffende zaak bij een vergoeding van minder dan 75% van het gebruikelijke tarief sprake zou zijn van een feitelijke hinderpaal.¹³¹ Deze uitspraak maakt echter niet duidelijk hoe hoog de vergoeding voor de betreffende zorgvorm minimaal moet zijn om er voor te zorgen dat geen sprake is van een hinderpaal. Ook blijft onduidelijk hoe hoog de minimumvergoeding voor andere zorgvormen is. Hiervoor zijn we aangewezen op verdere jurisprudentie.

Een hoge minimumvergoeding is in het voordeel van de zorgaanbieders. Als zij geen contract hebben met een verzekeraar, ontvangen hun patiënten ten minste de hoge minimumvergoeding. Dit plaatst de verzekeraars in een zwakke positie bij de onderhandelingen met de zorgaanbieders. Zij hebben dan immers weinig belang bij een contract en daarom weinig prikkels om concessies te doen. Een hoge minimumvergoeding belemmert verzekeraars dus ernstig in hun zorginkoop en belemmert daarmee het goed functioneren van het zorgstelsel. De overgang van de rol van zorginkoper van de overheid naar de zorgverzekeraar vormt immers de kern van de stelselwijziging van de afgelopen 25 jaar. Voor het goed functioneren van het zorgstelsel is een zodanige minimumvergoeding voor niet-gecontracteerde zorg noodzakelijk dat de verzekerden voldoende geprikkeld worden om in de regel geen gebruik te maken van niet-gecontracteerde aanbieders.

Om verzekeraars voldoende ruimte te geven voor geloofwaardige onderhandelingen met de zorgaanbieders had de regering voorgesteld artikel 13 van de Zorgverzekeringswet te wijzigen en het hinderpaalcriterium te laten vervallen. In beginsel zou dan ook 'geen vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg' mogelijk zijn. Nadat dit wetsvoorstel in de Tweede Kamer was aanvaard, is het in december 2014 mede door de tegenstemmen van drie PvdA-senatoren in de Eerste Kamer verworpen. Dit leidde bijna tot een kabinetscrisis. Opnieuw een mooie illustratie van de Echternachse processie. Een curieus detail hierbij is dat de passage in de Memorie van Toelichting betreffende het hinderpaalcriterium kan worden getypeerd als een 'juridische vergissing'.¹³²

131 Hoge Raad (2014) CZ/Stichting Momentum. ECLI:NL:HR:2014:1646, 11 juni 2014.

132 Zie Bijlage 2.

Einde van de vrije artskenkeuze?

Het debat over de voorgestelde wijziging van artikel 13 werd in 2014 overheerst door het argument dat dit voorstel het einde zou betekenen van de vrije artskenkeuze. **Dit is een oneigenlijk argument.** Het voorstel beoogde juist de burgers bij het kiezen van een zorgpolis een extra mogelijkheid te geven, naast alle bestaande polissen. Wie een volledig vrije artskenkeuze wil, behoudt de vrijheid een restitutiepols met een volledig vrije artskenkeuze te kiezen. Gemiddeld is zo'n pols ongeveer even duur als een gewone naturapolis¹³³ (NZa, 2015). Hier kan dus geen sprake zijn van een hinderpaal of tweedeling.¹³⁴ Bij de meeste naturapolissen wordt in 2015 ruim 95% van alle zorgaanbieders gecontracteerd.¹³⁵ Hierbij is dus in zeer hoge mate sprake van een vrije artskenkeuze.¹³⁶ Voorts hebben de verzekeraars een zogenaamde zorgplicht. Bij een naturapolis houdt dit in dat een verzekeraar voldoende aanbieders moet contracteren op redelijk afstand van de verzekerden. Bij de zorginkoop moet de verzekeraar de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid een belangrijke rol laten spelen en borgen dat zorgaanbieders op deze aspecten aan de gewenste niveaus voldoen (NZa, 2014b). Naarmate een zorgverzekeraar een groter marktaandeel in een regio heeft, betekent dit in de regel dus een ruimere artskenkeuze. Ten slotte heeft de verzekerde jaarlijks een vrije polskenkeuze. Als een favoriete aanbieder niet gecontracteerd is voor zorgpolis A maar wel voor zorgpolis B, C, D, E en F (mogelijk aangeboden door een andere verzekeraar) biedt de vrije polskenkeuze toegang tot de favoriete aanbieder(s).

133 Bij de vergelijking van de premies van restitutie- en naturapolissen zijn de polissen met beperkende voorwaarden buiten beschouwing gebleven. Het aantal verzekerden dat heeft gekozen voor een pols met beperkende voorwaarden is in de periode 2011-2015 gestegen van 1,1% naar 7,5%. In 2015 is de premie van polissen met beperkende voorwaarden circa 10 euro per maand goedkoper dan de overige polissen (NZa 2015, p. 41).

134 Indien bij de vaststelling van de zorgtoeslag wordt uitgegaan van de gemiddelde premie voor een pols met volledig vrije artskenkeuze, is deze pols voor iedereen betaalbaar. Het lijkt onwaarschijnlijk dat een premiekorting bij een pols met een beperktere artskenkeuze (waarbij voldaan moet worden aan de zorgplicht) op maatschappelijk bezwaar stuit.

135 Zie Tweede Kamer, vergaderjaar 2014–2015, 31 765, nr. 140, p.9.

136 Indien de vrije artskenkeuze onaanvaardbaar zou worden ingeperkt, is de volgende toezegging van minister Hoogervorst in 2005 aan de Eerste Kamer relevant: "Ik ben in dat licht bereid de volgende toezegging te doen. Ik verwacht het niet, maar stel dat na de opheffing van de tweedeling met aan de ene kant ziekenfondsverzekerden en aan de andere kant particulier verzekerden, een nieuwe tweedeling ontstaat met aan de ene kant restitutiepolsen met vrije keuze voor de rijken en aan de andere kant armeluispolsen, polissen voor mensen met een smallere beurs en dat die laatste polissen een zeer minimale keus met zich brengen, een keus voor een beperkt aantal artsen en een beperkt aantal ziekenhuizen. Als dat zou ontstaan, ben ik bereid om artikel 12 van deze wet in te roepen. Dat artikel biedt mij de mogelijkheid om bij AMvB de contracteerplicht op te leggen aan bepaalde sectoren in de zorg. Dat kunnen deelsectoren zijn, dat kan de hele zorg zijn. Als minimaal huisartsen worden gecontracteerd en heel veel verzekerden hun neus stoten, ben ik in staat om de contracteerplicht weer in te voeren. Ik ben bereid deze toezegging te doen. Als wij een tweedeling krijgen tussen restitutie voor de rijken en armzalige naturapolissen voor de mensen met een smalle beurs, zal ik dit wapen benutten." (Eerste Kamer, Zorgverzekeringswetten, 7 juni 2005, 27-1240).

Welbegrepen eigenbelang

Hoe kan het dat het niet-valide argument van het 'einde van de vrije artsenukeuze' een zo bepalende rol gespeeld heeft in het publieke en politieke debat? Dit laat zich goed verklaren vanuit het welbegrepen eigenbelang van zorgaanbieders, gecombineerd met een effectieve lobby- en mediacampagne. Zorgaanbieders hebben een groot zakelijk belang bij een zo hoog mogelijke minimumvergoeding voor niet-gecontracteerde zorg, en dus bij het verwerpen van het wetsvoorstel. Als het wetsvoorstel zou zijn aangenomen, zou hun onderhandelingspositie met de verzekeraars zijn verzwakt. De verklaring van 'welbegrepen eigenbelang' wordt ondersteund door het niet-principiële karakter van de opvattingen van artsen over vrije artsenukeuze. Ten eerste kan gewezen worden op de marktverdelingsafspraken van de huisartsen in de jaren '90 en die in 2001 door de Nederlandse Mededingingsautoriteit werden verboden.¹³⁷ Zo was het bij huisartsen in grote steden gebruikelijk om de markt geografisch te verdelen naar postcode.¹³⁸ Die marktverdelingsafspraken leidden tot een toenemend aantal klachten van patiënten die problemen ondervonden als zij van huisarts wilden veranderen en gebruik wilden maken van een vrije artsenukeuze.¹³⁹

Ten tweede kende Nederland tot in de jaren '90 een vergelijkbaar systeem van 'erelonen' als in België. Bijvoorbeeld, wie in een academisch ziekenhuis door de professor en niet door een (co-)assistent behandeld wilde worden, moest als 1e klas patiënt een veelvoud (tot het tienvoudige) van het ziekenfondstarief betalen voor het honorarium van de arts. Ten derde bleek in het begin van de vorige eeuw de opvatting over vrije artsenukeuze nogal selectief omdat de vrije artsenukeuze niet gold voor de mensen die op basis van de Armenwet door de gemeente georganiseerde basiszorg ontvingen.¹⁴⁰ Artsen hadden er toen weinig moeite mee om toe te geven dat de vrije artsenukeuze niet zozeer ten behoeve van de patiënten werd geëist, maar ter voorkoming van concurrentie om de ziekenfondscontracten.¹⁴¹ Ten vierde is het onwaarschijnlijk dat een echt principiële opvatting over vrije artsenukeuze plotseling bij de Nederlands-Belgische grens ophoudt (zie paragraaf 4.3).

Wie de krantenberichten in de afgelopen 2 jaar er op naslaat, kan zich niet aan de indruk onttrekken dat het verzet tegen de wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet vooral komt van de kant van de zorgaanbieders, en niet zozeer van de kant van de burgers. Een vergelijkbaar verzet van artsen tegen

137 Besluit Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) 11 april 2001, zaak 537 (Landelijke Huisartsen Vereniging).

138 Schut en Van de Ven (2000a en 2000b).

139 'Vrije keuze huisarts groot probleem' ZN Journaal 46, 1999, bldz. 8.

140 Van der Velden, 1993, p. 194; en Godefroi, 1963, p. 46.

141 Van der Velden, 1993, p. 69.

selectieve zorginkoop door verzekeraars en tegen hun bemoeienis met de medische praktijkvoering komt ook voor in andere landen.¹⁴² Vooral de VvAA, een belangenorganisatie van ruim 100.000 medici, paramedici en zorginstellingen, heeft in het publieke debat een leidende rol gespeeld, en heeft daarbij een onjuiste voorstelling van zaken gegeven en ten onrechte angst gezaaid bij de bevolking.¹⁴³ Ik kan me niet voorstellen dat veel goedgeïnformeerde burgers serieuze bezwaren hadden tegen de voorgestelde wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet.

Doordat de media de ongefundeerde kritiek en de oneigenlijke argumenten van de zorgaanbieders veelal klakkeloos overnamen, waren er helaas niet veel goedgeïnformeerde burgers.

Hinderpaalcriterium moet van tafel

Door het verwerpen door de Eerste Kamer van het wetsvoorstel om artikel 13 van de Zorgverzekeringswet te wijzigen blijft de juridische onzekerheid bestaan wanneer een beperkte vergoeding precies een feitelijke hinderpaal vormt. Zo kan bij een ziekenhuisbehandeling van 25.000 euro een vergoeding van 96% al een hinderpaal vormen voor een alleenstaande bijstandsvader, omdat hij dan 1.000 euro uit eigen zak moet betalen. De huidige vergoeding van circa 80%

142 In de Verenigde Staten was sinds eind jaren '70 sprake van een sterke toename van 'managed care' (onder andere selectief contracteren) door verzekeraars. Vooral enkele voorbeelden van zeer stringente 'managed care' hebben in de Verenigde Staten midden jaren '90 geleid tot een grote weerstand tegen managed care. Er zijn aanwijzingen dat deze managed care backlash vooral komt van de kant van de artsen, en minder van de consumenten (Duijmelinck en Van de Ven, 2015a). Deze aanwijzingen worden ondersteund door de bevinding dat het percentage mensen met een 'zorgpolis met een beperkt netwerk gecontracteerde zorgaanbieders' in de jaren '90 voortdurend is toegenomen. In veel staten in de Verenigde Staten is, onder druk van artsenorganisaties, selectief contracteren door verzekeraars wettelijk aan banden gelegd. In enkele Europese landen waar, net als Nederland, wel concurrentie tussen verzekeraars bestaat (Duitsland, Zwitserland, België), is selectief contracteren door verzekeraars grotendeels niet mogelijk. Ook hier hebben artsenorganisaties belangrijke invloed gehad op het tegenhouden van wetgeving om selectief contracteren mogelijk te maken (Duijmelinck en Van de Ven, 2015a). Hoewel verzekeraars in Nederland selectieve zorginkoop nog slechts mondjesmaat toepassen, lijkt in Nederland sprake van een 'managed care backlash even before we have managed care'.

143 In een brief aan de Tweede kamer (15 april 2014) schrijft de VvAA ten onrechte "dat een fundamenteel recht van de Nederlandse burger wordt aangetast. Namelijk het recht om te allen tijde zijn of haar eigen zorgverlener te kunnen kiezen. Dat recht is vastgelegd in artikel 13 van de Zorgverzekeringswet." Deze stelling van de VvAA is onjuist omdat in artikel 13 geen sprake is van zo'n fundamenteel recht". Vervolgens wordt in de brief een onjuiste weergave gegeven van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet.

Ook in het (in december 2014) op de VvAA-website geplaatste 'Manifest voor een vrije artsenkeuze' van het 'Comité vrije artsenkeuze' (zie www.VvAA.nl/manifest) wordt een onjuiste voorstelling van zaken gegeven en wordt ten onrechte angst gezaaid bij de bevolking. Het manifest stelde ten onrechte dat de voorgenomen wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet zou leiden tot een 'schending van democratische grondbeginselen' en een 'historische aantasting van een fundamenteel recht om een eigen arts te kiezen'; en dat 'de vrije toegankelijkheid van de zorg rechtstreeks wordt bedreigd en daarmee ook de kwaliteit van zorg'. Noch in de brief noch in het manifest werd vermeld dat in werkelijkheid de voorgestelde wetswijziging beoogde het bestaande aantal typen zorgpolissen uit te breiden, en daardoor de burgers een extra polis-mogelijkheid te geven bij het kiezen van een zorgpolis, naast alle bestaande mogelijke zorgpolissen. In tegenstelling tot wat de VvAA suggereert zou door de voorgestelde wetswijziging de burger nergens toe verplicht worden en zou er geen enkel bestaand recht aan de burger worden ontnomen.

voor niet-gecontracteerde ziekenhuiszorg die veel verzekeraars hanteren, is dan ook waarschijnlijk in veel gevallen in strijd met het hinderpaalcriterium.¹⁴⁴ Zonder wetswijziging is het wachten op de volgende rechtszaak.

Deze juridische onzekerheid ontmoedigt verzekeraars om selectief te contracteren en ontnemt hen daarmee de mogelijkheid om stevig te onderhandelen over prijs, volume en kwaliteit. Waarom zouden zorgverleners met de verzekeraars een contract sluiten als zonder contract de vergoeding zo hoog moet zijn dat er voor geen enkele verzekerde een hinderpaal mag bestaan om van hun zorg gebruik te maken? Het laten voortbestaan van (de juridische onzekerheid rond) het hinderpaalcriterium is bij de huidige vrije prijsvorming en vrije vestiging van zorgaanbieders een effectief recept voor een onbeheerste kostenontwikkeling.¹⁴⁵

Om te zorgen dat de premies betaalbaar blijven, moeten verzekeraars afspraken kunnen maken met de zorgaanbieders over de prijs en kwaliteit van zorg, en ondoelmatige zorg kunnen uitsluiten. Bij de onderhandelingen daarover moet een geloofwaardige dreiging bestaan dat als partijen het niet eens worden, er geen contract tot stand komt, met als gevolg dat voor de niet-gecontracteerde zorg een (fors) lagere vergoeding wordt gegeven. Om dit te realiseren moet het hinderpaalcriterium van tafel. Ik wil er daarom voor pleiten om zo spoedig mogelijk te komen tot een wettelijk bepaalde minimumvergoeding voor niet-gecontracteerde zorg (apart per zorgvorm). Deze vergoeding moet zo laag zijn dat de meeste verzekerden in de regel geen gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg.¹⁴⁶ Het wettelijk vastleggen van een minimumvergoeding geeft verzekeraars de juridische zekerheid dat zij jaren later niet door de rechter worden teruggefloten.

Verzekerden krijgen dan de mogelijkheid om, naast de gebruikelijke restitutienaturapolis, ook te kiezen voor een selectieve en goedkopere polis waarbij zij niet langer hoeven mee te betalen aan ondoelmatige, te dure of kwalitatief

144 Omdat de Zorgverzekeringswet bepaalt dat de polisvoorwaarden voor alle verzekerden per zorgpolis gelijk moeten zijn, moet de verzekeraar altijd hoge vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg geven, omdat bij het vaststellen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg moet worden uitgegaan van mensen met de minste financiële draagkracht.

145 Dit geldt a fortiori indien de Mededingingswet niet meer van toepassing zou zijn op de vrije beroepsbeoefenaren. Zie: "LHV; haal zorgsector uit Mededingingswet", Medisch Contact 28 mei 2015, p. 1054. Voor de notitie "Bewegingsruimte voor de huisartsenzorg" zie de LHV-website: <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/lhv-bewegingsruimte-voor-de-huisartsenzorg>

146 In mijn oratie (Van de Ven, 1987) heb ik aannemelijk gemaakt dat 'zorgverlener-gebonden polissen' een effectieve bijdrage kunnen leveren aan het tegengaan van onnodige en onnodig dure zorg. Ik heb toen een pleidooi gehouden om verzekerden de mogelijkheid te geven voor zo'n zorgpolis te kiezen. Dat pleidooi herhaal ik vandaag.

inferieure zorg.¹⁴⁷ Niets of niemand dwingt mensen om zo'n polis te kopen. De keuze is geheel aan de verzekerden zelf.

De vraag is dan: Willen we wel zorgpolissen waarbij de verzekeraars optreden als zorginkopers?

5.2. Zorgverzekeraar als zorginkoper: willen we dat wel?

'Zorginkoop' is een ondankbare taak. De patiënt wil de beste zorg en de zorgaanbieder wil een goed inkomen. Samen vormen aanbieders en patiënten een natuurlijke coalitie als het gaat om kritiek op de zorginkoper, of dit nu de overheid of een verzekeraar is. Iemand moet die ondankbare taak van zorginkoop vervullen, zeker in een systeem met vrije prijsvorming en vrije vestiging van zorgaanbieders, waar het prijsmechanisme vrijwel geheel is uitgeschakeld ('winkelen zonder kassa') en aanbod-geïnduceerde vraag moet worden tegengegaan. In de laatste decennia van de vorige eeuw richtte die kritiek zich op de overheid (als 'zorginkoper')¹⁴⁸ en nu op de verzekeraar. Voor de premiebetalende burgers zou het pas echt zorgelijk worden als alle rekeningen onvoorwaardelijk zouden worden betaald en als zorgaanbieders geen enkele kritiek op de zorginkopers zouden hebben.

147 Een noodzakelijke voorwaarde is uiteraard dat verzekeraars dergelijke polissen aanbieden. Daarvan is op dit moment nog niet duidelijk sprake.

148 De conflicten tussen de overheid en zowel de specialisten als de huisartsen worden gedetailleerd beschreven door oud-staatssecretaris Van der Reyden (1987).

De zorgverzekeraars hebben duidelijk aangegeven de nieuwe rol van zorginkoper op zich te willen nemen.¹⁴⁹ Voorts is het een misverstand dat restitutieverzekeraars geen zorg inkopen. Bijvoorbeeld ook ONVZ, 'dé zuivere restitutieverzekeraar', doet aan zorginkoop via contracten met zorgaanbieders.¹⁵⁰ Maar ONVZ verbindt hier, anders dan de meeste andere zorgverzekeraars, voor de verzekerden geen consequenties aan (in de polisvoorwaarden) in termen van een lagere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. De felle protesten van zorgaanbieders tegen selectief contracteren, tegen de 'zorgverzekeraar in de spreekkamer', tegen financiële prikkels tot doelmatigheid¹⁵¹, alsmede het gebrek aan spontane medewerking van zorgaanbieders om informatie over de kwaliteit van zorg transparant en openbaar te maken, maken duidelijk dat zorgaanbieders geen voorstander zijn van de 'verzekeraar als inkoper van zorg'. Een zwakke zorginkoper is natuurlijk meer in hun belang dan een krachtige zorginkoper.¹⁵²

149 Zie bijvoorbeeld het Actieplan 'Kern-gezond' (d.d. 14 april 2015) van Zorgverzekeraars Nederland, dat als 'position paper' is aangeboden aan de Vaste Commissie VWS Tweede Kamer ten behoeve van het rondetafelgesprek Kwaliteit loont. Voor een verslag van dit rondetafelgesprek zie <http://www.tweedekamer.nl/kamerleden/commissies/VWS/index.jsp>

150 Zie de blog van ONVZ-bestuursvoorzitter Erno Kleijnenberg op Skipr (11 mei 2015). Ten onrechte stelt Kleijnenberg daarbij dat het essentiële verschil tussen natura en restitutie is dat restitutieverzekerden altijd vrij zijn om hun zorgverlener te kiezen. Dit is onjuist omdat ook bij een restitutiepolis in de polisvoorwaarden een lagere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg kan worden bepaald, mits voldoende zorg is gecontracteerd. (NZa 2014b, pagina 36). Omgekeerd kan in een naturapolis sprake zijn van een volledig vrije artskeuze als alle artsen zijn gecontracteerd of als in de polisvoorwaarden een volledige vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg wordt bepaald. De vraag of een verzekerde wel of geen 'volledig vrije artskeuze' heeft, hangt dus niet af van natura of restitutie, maar van de in de polisvoorwaarden bepaalde vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg (zie hiervoor bijvoorbeeld de Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet, Tweede kamer 2003-2004, 29763, nr. 3, p. 105.) Het essentiële verschil tussen natura- en restitutiepolissen is of de verzekerde krachtens de polisvoorwaarden aanspraak heeft op zorg (natura) of op vergoeding (restitutie). Zie hiervoor bijvoorbeeld Van der Most (2007).

151 'Huisartsen in opstand tegen prestatiebonus', Skipr, 21 augustus 2009.

152 Van der Grinten (2006) heeft de veranderende bestuurlijke verhoudingen in de periode 1990-2006 beschreven en geanalyseerd. Hij heeft daarbij gewezen op het grote belang van 'maatschappelijke ondernemingen', dat wil zeggen particuliere ondernemingen die met een bedrijfsgerichte aanpak maatschappelijke doelen proberen te realiseren. Zorgverzekeraars kunnen gelukkig (nog) worden getypeerd als maatschappelijke ondernemingen die niet uitsluitend het eigen belang behartigen en een maximale winst nastreven. Zonder 'maatschappelijke zorgverzekeraars' zou ons zorgstelsel waarschijnlijk maatschappelijk niet aanvaardbaar zijn omdat de prikkels (nog) zodanig zijn dat bepaalde vormen van niet-maatschappelijk verantwoord ondernemen worden beloond. Bijvoorbeeld, louter op winst gerichte commerciële verzekeraars, zoals in de Verenigde Staten of in Zuid-Afrika, zouden via effectieve risicoselectie jaarlijks meer dan honderd miljoenen euro selectiewinst voor de aandeelhouders kunnen verdienen. Het maatschappelijk verantwoord gedrag van onze zorgverzekeraars is, naast intrinsieke motivatie, wellicht ook deels ingegeven uit lijfsbehoud omdat hun 'license to operate' vrij gemakkelijk ter discussie staat. Artsen genieten een groot vertrouwen en maatschappelijk aanzien. Hun 'license to operate' staat niet ter discussie. De maatschappelijke druk om als maatschappelijke onderneming te functioneren is voor hen dan ook geringer dan voor de verzekeraars. Dit kan mogelijk verklaren waarom zorgaanbieders hun eigen belang zo krachtig kunnen behartigen. Dit geldt des te meer indien in het publiek debat met termen als vrije artskeuze, de kwaliteit van zorg en het patiënten-belang een appèl wordt gedaan op het maatschappelijke belang en het welbegrepen eigenbelang wordt verduidelijkt.

Cruciaal is: wat wil de **burger**? Als **verzekerde** wil de burger het liefst de laagste premie voor een goed pakket aan zorg en als **patiënt** de beste zorg zonder wachttijden en op korte afstand. Ook wil de burger er zo weinig mogelijk moeite voor doen. Geen keuzestress, geen zoekkosten, geen actie hoeven te ondernemen, etc. Veel mensen ervaren zorgverzekeringen als een 'complex product dat niet boeit'. Zoals tegenstanders van concurrentie in de zorg stellen: 'Het moet gewoon allemaal goed geregeld zijn, zonder gedoe.' Maar **hoe?** Dat wordt er nooit bij gezegd. Helaas is doelmatigheid niet gratis.

Maar de meeste burgers hoeven niet zo veel te doen en kunnen free rider zijn, zolang binnen elke groep van verzekerden met homogene preferenties een beperkt (doch voldoende) aantal kritische consumenten de verzekeraars en aanbieders scherp (kunnen) houden en zolang de verzekeraars en aanbieders geen onderscheid kunnen maken tussen de kritische consumenten en de free riders (binnen elke groep van verzekerden met homogene preferenties). Zo gaat dat op de meeste markten. Hoe intensief hebt u de technische specificatie opgevraagd en bestudeerd toen u uw laatste smartphone, broodrooster of auto kocht?¹⁵³ Gelukkig zijn er altijd consumenten die wel kritisch zijn en veel tijd en moeite steken in de aanschaf ervan, en hierdoor de fabrikanten en winkeliers scherp houden. De meeste consumenten kunnen als 'free rider' daarvan profiteren. Dat is het mooie als de markt werkt.

153 Veel mensen vinden het vervelend en tijdverspilling om zich te verdiepen in het aangeboden assortiment en keuzen (te moeten) maken. Zo ga ik voor producten die mij weinig interesseren en die 'het gewoon goed moeten doen (geen gedoe)', als free rider bij voorkeur naar winkels zoals de HEMA en niet naar de Bijenkorf. De HEMA heeft bijvoorbeeld maar een paar broodroosters terwijl de Bijenkorf meer dan 20 verschillende typen aanbiedt. Ik ga dan af op globale kwaliteitscriteria en de reputatie van de inkopers van de HEMA, en wil me niet verdiepen in die ruim 20 verschillende broodroosters.

Idealiter werkt de markt van zorgpolissen ook zo.¹⁵⁴ Elk jaar stappen ruim 1 miljoen verzekerden over naar een andere verzekeraar. Zij houden de verzekeraars scherp. Zo'n 12 miljoen andere verzekerden zijn de afgelopen 10 jaar nog nooit van verzekeraar veranderd.¹⁵⁵ Een groot deel van hen is free rider. Het mooie van het zorgstelsel is dat degenen die om welke reden dan ook geen actieve keuze maken, meestal toch geen (al te grote¹⁵⁶) miskoop hebben. De regulering beschermt de consument in hoge mate.¹⁵⁷

Waarschijnlijk willen niet alle burgers hetzelfde. Ook ten aanzien van (de maatvoering van) 'de verzekeraar als zorginkoper' zullen de preferenties verschillen. Het mooie van ons zorgstelsel is dat iedere burger vrij een zorgpolis kan kiezen. Wel moet men daarbij, net als bij andere producten, een zekere prijsafweging maken. Hoogstwaarschijnlijk zullen zorgpolissen waarbij de verzekeraar actief optreedt als inkoper van zorg (bijvoorbeeld 'gepaste-zorgpolissen'¹⁵⁸) goedkoper zijn en mogelijk betere zorg bieden dan zorgpolissen waarbij de verzekeraar deze rol niet vervult ('vrijheid-blijheid-polissen').¹⁵⁹ Zoals gezegd, de keuze is geheel aan de burger zelf.

154 Bekend is dat ouderen en chronisch zieken hoge overstapkosten hebben en weinig wisselen van zorgverzekeraar (Duijmelinck en Van de Ven, 2015b). Dit kan betekenen dat verzekeraars minder prikkels hebben om in te spelen op hun voorkeuren dan op de voorkeuren van jongeren en gezonden, ook al zou de risicoverevening op orde zijn. Het verdient aanbeveling de overstapkosten van ouderen en chronisch zieken te verlagen. (Dit betreft randvoorwaarde 4 in Tabel 1, die nog niet volledig is vervuld.)

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft in het aan de Tweede Kamer toegezonden 'Actieplan Kern-gezond' (d.d. 14 april 2015) aangegeven dat een groot aantal bestaande overstapdrempels zullen worden weggenomen: "Alle verzekerden die willen overstappen dienen dat zo gemakkelijk mogelijk te kunnen doen op basis van heldere en betrouwbare informatie, zonder dat zij in de wijze van afsluiten of in de voorwaarden te maken krijgen met onnodige drempels. Daartoe moet ook de transparantie rond de vergelijkingsites en tussenpersonen beter en is terughoudendheid geboden ten aanzien van reclame en wervingsacties." Een belangrijke overstapkost voor ouderen en chronisch zieken wordt weggenomen doordat "verzekeraars het uitgangspunt hanteren dat een aspirant verzekerde zonder acceptatievoorwaarden toegang heeft tot de aanvullende verzekering, indien de verzekerde bij de oude zorgverzekeraar een vergelijkbare aanvullende verzekering heeft afgesloten."

Ook minister Schippers wil de overstapkosten voor verzekerden verlagen. Zij doet een beroep op zorgverzekeraars om hun polisaanbod transparanter te maken. Zo wil de minister dat het aantal verschillende zorgpolissen waaruit mensen kunnen kiezen wordt teruggebracht. Mensen zien door het enorme aanbod van verschillende combinaties van polissen vaak door de bomen het bos niet meer. Ook wil Schippers dat zorgverzekeraars stoppen met het presenteren van het basispakket en het aanvullend pakket als één verzekering. Veel mensen weten niet dat het basispakket en aanvullende pakket echt verschillende verzekeringen zijn die gewoon los van elkaar en ook bij verschillende verzekeraars afgesloten kunnen worden. 'Het als één pakket aanbieden van de aanvullende verzekering en de basisverzekering kan daarom misleidend zijn. Ik heb de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd hier op toe te zien en zo nodig handhavend op te treden', aldus de minister. Bron: Kamerbrief over 'Transparantie zorgverzekeraars', kenmerk 779934-137791-Z, 30 juni 2015.

155 Vektis (2015).

156 Ik sluit overigens niet uit dat een groot deel van deze 12 miljoen verzekerden, met enige inspanning, honderden euro's per jaar voordeliger uit zou kunnen zijn. Zie bijvoorbeeld: <http://www.nu.nl/weekend/3916508/zorgverzekering-kan-honderden-euros-goedkoper.html>

157 Bijvoorbeeld een acceptatieplicht en zorgplicht voor de zorgverzekeraars (NZa 2014b), een verbod op premiedifferentiatie en een breed basispakket.

158 Van de Ven, 2000.

159 Zie bijvoorbeeld Schut en Casparie (1987).

6. Doorkijkje naar de toekomst

Hoewel ik geen helderziende ben, waag ik mij tot slot aan enige bespiegelingen over de toekomst.

6.1. Oprichten nieuwe zorgverzekeraars door zorgaanbieders?

De strijd, begin vorige eeuw tussen artsen en ziekenfondsen met als inzet de 'vrije artsenkeuze' respectievelijk 'selectief contracteren' (twee kanten van dezelfde medaille) leidde uiteindelijk tot het succesvol oprichten van ziekenfondsen door artsen. Ook nu is er veel kritiek van aanbieders op de verzekeraars. Zal de geschiedenis zich herhalen?

In de afgelopen jaren zijn er voorzichtige initiatieven geweest van ziekenhuizen om een zorgverzekeraar op te richten.¹⁶⁰ Bij de huidige imperfecte risicoverevening waren die initiatieven echter gedoemd financieel te mislukken. Immers, vanwege het klantenbestand van het ziekenhuis lijkt het waarschijnlijk dat zo'n nieuwe verzekeraar relatief veel ondergecompenseerde verzekerden (chronisch zieken en mensen die veel van de zorg gebruik maken; zie Tabel 2) zou aantrekken. Het realiseren van de voornemens in de brief "Kwaliteit loont"¹⁶¹ om versneld te werken aan de randvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie (onder andere een versnelde verbetering van de risicoverevening) zal echter leiden tot een drastische wijziging van het zorglandschap. Bij goede risicoverevening wordt voor zorgaanbieders de drempel verlaagd om een zorgverzekeraar op te richten. Hierdoor neemt de potentiële concurrentie op de markt voor zorgverzekeringen toe. We moeten niet uitsluiten dat de geschiedenis zich dan zal herhalen.

Ook in het buitenland hebben zorgaanbieders een belangrijke rol gespeeld bij het oprichten van zorgverzekeraars. De grootste zorgverzekeraars in de VS bijvoorbeeld zijn indertijd opgericht door zorgaanbieders: Blue Cross door ziekenhuizen, en Blue Shield door artsen. Voorts hebben artsen in de VS vanaf

160 Zie bijvoorbeeld: 'Zorgpolis streekziekenhuizen mislukt', Skipr 2 november 2012; en 'Regionale ziekenhuizen starten zorgverzekering', Skipr, 11 november 2013.

161 Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 31765, nr. 116.

de jaren '50 in de vorige eeuw zogenoemde Independent Practice Associations (IPA) opgericht, met als voornaamste oogmerk de Prepaid Group Practices, een andere vorm van Health Maintenance Organization (HMO)¹⁶², de wind uit de zeilen te nemen.¹⁶³ In beginsel kunnen diverse zorgaanbieders (gezamenlijk) in Nederland een zorgverzekeraar oprichten.¹⁶⁴ Een belangrijk motief voor aanbieders om een verzekeraar op te richten is dat zij dan verlost zijn van de bemoeienis van de (huidige) verzekeraars met hun medische praktijkvoering. Een belangrijk voordeel voor deze nieuwe zorgverzekeraars is dat de meeste verzekerden (veel) meer vertrouwen hebben in de 'witte jas' dan in de financiële sector. In het buitenland bestaan diverse veelbelovende vormen van concurrerende zorgorganisaties die voor een vast bedrag per verzekerde per maand verantwoordelijk zijn voor het verlenen van een breed pakket van zorg¹⁶⁵ en zodoende de functie van zorgverlener en verzekeraar combineren. Dergelijke ontwikkelingen kunnen allerlei positieve gevolgen hebben zoals een goede coördinatie van alle benodigde zorg voor patiënten met meerdere complexe aandoeningen, goede samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg, integrale zorg, het gebruik van een gezamenlijk patiëntendossier door alle zorgverleners van een patiënt, intercollegiale consulten, en efficiënte substitutie.¹⁶⁶

Het oprichten van een nieuwe verzekeraar brengt uiteraard de nodige besnoeiingen met zich mee. Voor de technische aspecten¹⁶⁷ kan een 'zorgondernemer' deskundigheid inhuren. Ook is het mogelijk om de (verzekerden- en schade) administratie onder te brengen bij een bestaande verzekeraar die dat efficiënt uitvoert. Een ander aandachtspunt vormen de vereiste solvabiliteitsreserves.¹⁶⁸ Voor de opbouw hiervan kan gedacht worden aan participatie door de deelnemende artsen, de inzet van de reserves van ziekenhuizen, kapitaal van zorgondernemers, of samenwerking met een Nederlandse of buitenlandse verzekeraar.

162 De term HMO werd voor het eerst gelanceerd door Ellwood et al. 1971.

163 Schut en Van de Ven, 1985.

164 Bijvoorbeeld de gezamenlijke universitaire medische centra, of de gezamenlijke topklinische ziekenhuizen, of een aantal streekziekenhuizen kunnen met in achtneming van de mededingeregels een zorgverzekeraar oprichten. Ook zorggroepen (organisaties waarin een groot aantal huisartsen participeren) en stichtingen die eigenaar zijn van een aantal gezondheidscentra, kunnen hiertoe het initiatief nemen. Dit zou al dan niet in combinatie met een of meer ziekenhuizen kunnen.

165 Voor recente voorbeelden zie Eijkenaar en Schut (2015).

166 Voor beschouwingen hierover zie bijvoorbeeld Schut en Casparie (1987) en Enthoven (1980, 1988). Enthoven gaat in al zijn beschouwingen over 'regulated competition' uit van zogenaamde 'integrated delivery systems (geïntegreerde-zorgorganisaties zoals Health Maintenance Organizations).

167 Technische aspecten zoals de marketing, premiestelling, acceptatiebeleid (bij de aanvullende verzekering), administratie, fraudecontrole, buitenlanddekking en herverzekeren.

168 Voor elke verzekerde moet volgens de wet ten minste 16% van de jaarlijkse zorgkosten als reserve aanwezig zijn. Het gaat dan om gemiddeld circa 500 euro per verzekerde. Voor elke 100.000 verzekerden moet dus minimaal 50 miljoen aan reserves aanwezig zijn. Om onverwachte ontwikkelingen (bijvoorbeeld een sterke stijging van de kosten of van het aantal verzekerden) te kunnen opvangen, wordt het in de praktijk wenselijk gevonden meer reserves te hebben dan wettelijk voorgeschreven. De vereiste reserves kunnen worden verlaagd door herverzekeringen.

Het oprichten van een nieuwe zorgverzekeraar is complexer dan 100 jaar geleden. Als alternatief kan ook gedacht worden aan nauwe samenwerking van aanbieders met een bestaande verzekeraar en allerlei vormen van partnerschap¹⁶⁹, zoals meerjarige contracten¹⁷⁰, bestuurlijke samenwerking, voorkeur-aanbieders en voorkeur-verzekeraars, wederzijds benoemen van leden van de Raad van Toezicht, wederzijdse bestuurlijke deelname en/of risicodeling. In het buitenland bestaan diverse veelbelovende vormen van integrale bekostiging per verzekerde voor het leveren van een breed pakket van zorgactiviteiten.¹⁷¹ Ons zorgstelsel biedt hier volop mogelijkheden toe. Veel varianten zijn mogelijk en zijn afhankelijk van de lokale omstandigheden (stad, platteland), over- of ondercapaciteit, de persoonlijkheden en creativiteit van bestuursvoorzitters, en last but not least de voorkeuren van de consument.¹⁷²

6.2. Solidariteit vereist 'lastige keuzen in de zorg'

Nederland zit in de derde fase van overheidsregulering (zie Figuur 1): streven naar doelmatigheid met behoud van toegankelijkheid en kostenbeheersing. Als instrument voor doelmatigheid is gekozen voor gereguleerde concurrentie in de zorg. Voor zover concurrentie leidt tot doelmatigheid, dat wil zeggen geen onnodige en geen onnodig dure zorg, vergroot dit de bereidheid tot solidariteit. Maar concurrentie kan geen garantie bieden voor 'kostenbeheersing' in de zin van: zorguitgaven niet hoger dan x% van het bruto nationaal product.

De verwachting is dat in de komende decennia, net als in het verleden, nieuwe dure medische technologieën en dure geneesmiddelen op de markt zullen komen. Hierdoor ontstaat het dilemma dat enerzijds bij ongebreidelde kostenstijging¹⁷³ de grenzen van de (bereidheid tot) solidariteit worden bereikt, terwijl het anderzijds discutabel is of de overheid burgers kan verbieden meer geld aan zorg uit te geven dan x% van hun inkomen.¹⁷⁴ Solidariteit inclusief het tegengaan

169 Van den Heuvel (2011).

170 Bijvoorbeeld, De Friesland Zorgverzekeraar en het ziekenhuis Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) hebben een vijfjarencontract gesloten. Skipr, 15 juni 2015.

171 Eijkenaar en Schut, 2015.

172 Ook patiëntenverenigingen kunnen een belangrijke rol spelen. Het oprichten van een verzekeraar lijkt voor hen vooralsnog een brug te ver, maar met hun kennis, ervaring en achterban kunnen zij een belangrijke partner worden in nieuwe zorg(verzekering)initiatieven. Het fors verbeteren van de risicoverevening waardoor zij niet langer voorspelbaar verliesgevende klanten voor verzekeraars zijn, betekent een grote versterking van hun positie. Het advies van patiëntenverenigingen aan hun leden over de keuze van verzekeraar vormt dan een machtig wapen. Patiëntenverenigingen kunnen collectiviteiten oprichten en daarmee verzekeraars (opgericht door zorgaanbieders) onder druk zetten.

173 Die kostenstijging kan in overeenstemming zijn met de preferenties van degenen die ervoor betalen.

174 Mensen kunnen de door hen gewenste behandeling ook in het buitenland kopen.

van tweedeling in de zorg is gebaat bij een beheerste kostenontwikkeling. Dit geldt in het bijzonder voor Nederland met zijn egalitaire zorgstelsel, waar de tweedeling in de zorg die voor het overgrote deel van de wereldbevolking een realiteit is, (nog) onbekend is.¹⁷⁵

De beste manier om een beheerste kostenontwikkeling te realiseren¹⁷⁶ en daarmee solidariteit te borgen, is zo snel mogelijk de noodzakelijke voorwaarden voor gereguleerde concurrentie te vervullen (zie paragraaf 3.1) en daarmee doelmatigheid te stimuleren.¹⁷⁷ Maar ook bij perfect gereguleerde concurrentie zullen we voortdurend geconfronteerd blijven met nieuwe kostbare medische technologieën en zijn kostenstijgingen niet uit te sluiten. Dit dwingt tot het maken van lastige keuzen in de zorg. Moet alles wat kan? Hoeveel is een mensenleven waard? Welke zorg moet voor iedereen ongeacht draagkracht toegankelijk zijn? Ongetwijfeld zullen in de komende decennia nog herdrukken of nieuwe varianten van het rapport 'Keuzen in de zorg'¹⁷⁸ van de Commissie-Dunning verschijnen.¹⁷⁹

175 Voor beschouwingen hierover zie Calcoen et al. (2015a en 2015b).

176 In een poging de kostengroei te beteugelen heeft de Nederlandse regering de afgelopen jaren allerlei convenanten en akkoorden gesloten met aanbieders en verzekeraars waarbij onder andere een maximale kostengroei is afgesproken. Als stok achter de deur heeft de regering een macrobeheersinstrument (MBI) toegevoegd aan het wettelijk instrumentarium. Hoewel een MBI op korte termijn wellicht bestuurlijk-psychologisch een kosten-dempend effect kan hebben, is het twijfelachtig of het op lange termijn per saldo een positief effect heeft. Allereerst heeft het MBI concurrentieverstorende en doelmatigheid-verlagende prikkels (Schut et al. 2010; 2011). Maar de vraag is hoeveel 'boter bij de vis' moet na enkele jaren van succesvolle kostenbeheersing (Schut, 2003). Een belangrijke les van de jaren 2000-2003 is immers dat de rechter het macrobudget heeft lek geschoten omdat de verzekerden recht op zorg hebben.

177 De doelmatigheid kan ook worden vergroot door slimmere vormen van eigen betalingen, zoals gepaste eigen betalingen (Van Kleef en Van de Ven, 2012) of een verschoven eigen risico (Van Kleef et al., 2007); of door zorgsparen (Van Winssen et al., 2012).

178 'Kiezen en delen', rapport van de Commissie Keuzen in de zorg, 1991, Distributiecentrum DOP, Postbus 11594, 2502 AN 's Gravenhage.

179 Voor beschouwingen over het beslismodel om het basispakket af te bakken zie bijvoorbeeld Brouwer (2009) en Boer (2014).

Bij die lastige keuzen in de zorg¹⁸⁰ zullen we er in de toekomst ook in toenemende mate mee geconfronteerd worden dat goede gezondheid niet alleen van goede gezondheidszorg afhangt, maar ook van levensstijl (roken, voeding, bewegen, riskant gedrag, onveilig vrijen). Voor zover ongezondheid een van buiten komend onheil is dat ons allen in gelijke mate kan treffen, laat een grote bereidheid tot solidariteit zich mede verklaren vanuit welbegrepen eigenbelang. Maar naarmate ongezondheid in toenemende mate mede een gevolg is van (een al dan niet bewust gekozen) levensstijl, kan de (bereidheid tot) solidariteit onder druk komen te staan.¹⁸¹

Doelmatigheid in de zorg is de beste garantie voor het kunnen realiseren van solidariteit, maar ook bij perfect gereguleerde concurrentie vereist wettelijk afdwongen solidariteit lastige keuzen in de zorg.

180 Een belangrijke vraag is in hoeverre die lastige keuzen in de zorg impliciet of expliciet worden genomen, en welke transparantie daarbij wordt betracht. Ook wat dit betreft bestaat er een frappant verschil met ons buurland België. In België is het gebruikelijk dat de patiënt voor nieuwe kostbare medische technologieën (behandelingen, implantaten, geneesmiddelen) expliciet extra moet bijbetalen (Calcoen et al., 2015b). Bijvoorbeeld bij een nieuwe heup kan de patiënt door de arts worden geïnformeerd dat zonder bijbetaling sprake zal zijn van de standaard heup die het ziekenfonds vergoedt, maar dat met bijbetaling van x euro de arts een betere heup kan plaatsen. In Nederland is het politiek-correct om dergelijke tweedeling in de zorg waarmee vrijwel de gehele wereldbevolking wordt geconfronteerd, verontwaardigd van de hand te wijzen (of intransparant te maken). Maar hoe lang kunnen we dit blijven volhouden? Bij andere gezondheid-bepalende zaken zoals voedsel, auto's en woonlocatie is dergelijke 'tweedeling' in Nederland wel maatschappelijk geaccepteerd. Bijvoorbeeld de meest geavanceerde veiligheid-vergrotenende technieken bij auto's worden eerst toegepast op de dure topmodellen (van bijvoorbeeld Mercedes en Volvo). Nieuwe technieken die deze test van de markt doorstaan, worden in latere jaren goedkoper en beter, en komen dan beschikbaar op een voor iedereen betaalbare Volkswagen. Voor verdere beschouwingen hierover zie Van de Ven (1995, 1996, 2000).

181 Illustratief is bijvoorbeeld dat verzekeraars voor de in 2014 ingevoerde sociale zorgverzekering in de Verenigde Staten ('Obama-care') voor rokers een opslag van maximaal 50% mogen vragen (Kautter et al., 2014).

7. Conclusies en slotbeschouwing

7.1. Conclusies

Samenvattend kom ik tot de volgende conclusies:

1. Het Nederlandse zorgstelsel kent een hoge mate van solidariteit.
2. Gereguleerde concurrentie past bij de Nederlandse traditie van particulier initiatief in de zorg.
3. Nederland is internationaal uniek omdat in de afgelopen 25 jaar consistente hervormingen zijn gerealiseerd gericht op het realiseren van gereguleerde concurrentie in de zorg.
4. De komende jaren moet hoge prioriteit worden gegeven aan het wegnemen van de bestaande knelpunten: (i) de prikkels voor risicoselectie; (ii) de gebrekkige transparantie van de kwaliteit van zorg; (iii) de gebrekkige bekostigingssystemen voor zorgaanbieders; (iv) de ineffectieve fusietoetsing; (v) het hinderpaalcriterium.
5. Het verdient aanbeveling in het Besluit Zorgverzekeringen als randvoorwaarde bij het berekenen van de vereveningsbijdragen op te nemen dat zolang nog sprake is van over/ondercompensatie van selecte groepen verzekerden, **het beter is om niet de gezonden (zoals thans het geval) maar juist de ongezonden te overcompenseren.**
6. Het verdient aanbeveling zo spoedig mogelijk te komen tot een wettelijk bepaalde minimumvergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Het laten voortbestaan van (de huidige juridische onzekerheid rond) het hinderpaalcriterium is bij de huidige vrije prijsvorming en vrije vestiging van aanbieders een effectief recept voor een onbeheerste kostenontwikkeling.
7. Het verzet van zorgaanbieders tegen het verlagen van de minimumvergoeding voor niet-gecontracteerde zorg tot nul¹⁸² (door hen ten onrechte aangeduid als 'het einde van de vrije artsenuitvoering') laat zich goed verklaren vanuit het welbegrepen eigenbelang van de aanbieders.
8. Naarmate de randvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie in de zorg beter worden vervuld, moeten we niet uitsluiten dat de geschiedenis zich zal herhalen en dat zorgaanbieders, net als honderd jaar geleden, verzekeraars gaan oprichten.
9. We moeten niet uitsluiten dat in de komende jaren (enkele van) de sinds 2006 vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet overgehevelde

182 De voorgestelde wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet die in december 2014 door de Eerste Kamer is verworpen.

zorgvormen¹⁸³ uit de Zorgverzekeringswet zullen (moeten) worden verwijderd omdat voor deze zorgvormen niet kan worden voldaan aan de voorwaarden van gereguleerde concurrentie.

10. Het is lastig andere landen te noemen waar het zorgstelsel duidelijk beter is dan het Nederlandse zorgstelsel.¹⁸⁴ Ook is het moeilijk aan te geven welk land het beste zorgstelsel heeft; maar zeker als de voornemens in de beleidsbrief 'Kwaliteit loont'¹⁸⁵ zijn gerealiseerd, is Nederland hard op weg.

7.2. Slotbeschouwing

Beroepsmatig heb ik in veel landen het zorgstelsel bestudeerd en hierover geadviseerd, op alle continenten. Ook als toerist heb ik met Ida, Saskia, Gido en Femke veel verre reizen mogen maken. In alle lage-inkomenslanden (Kenia, Ecuador, China, Zuid-Afrika, Midden-Amerikaanse landen, Chili, Colombia, India, Indonesië, Nepal, Rusland) was mijn standaard vraag (wellicht een beroepsdeformatie): "Stel u krijgt een ernstige ziekte en u kunt het niet zelf betalen: welke zorg krijgt u dan?" Het antwoord was iedere keer verontrustend en varieerde van 'no pay, no cure'¹⁸⁶ tot 'een publieke gezondheidsdienst met lange wachttijden en lange reistijden'.

Elke keer als ik op Schiphol land, denk ik: Wat heeft Nederland toch een geweldig zorgstelsel! Ik ken geen ander land dat zo egalitair is. Natuurlijk, critici kunnen altijd wel minpuntjes van ons zorgstelsel vinden. Tegen hen zou ik willen zeggen: kijk eens hoe het elders in de wereld is, en vertel dan welk land een beter zorgstelsel heeft. Laten we niet de problemen verheerlijken, maar ons zorgstelsel koesteren!

183 Extramurale geestelijke gezondheidszorg, langdurige geestelijke gezondheidszorg, extramurale verpleging, persoonlijke verzorging, en geriatrische revalidatiezorg.

184 Zorgstelsel heeft hier uitsluitend betrekking op de Zorgverzekeringswet (exclusief vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet overgeheveld zorgvormen) en niet op de WLZ, de WMO.

185 Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 31765, nr. 116.

186 Niet te verwarren met "no cure, no pay", waarbij de behandeling wel wordt verleend en niet betaald hoeft te worden als de behandeling niet succesvol is.

8. Dankwoord¹⁸⁷

Terugblikkend op de afgelopen decennia realiseer ik me dat ik bevoorrecht ben geweest met zoveel werkplezier in al die jaren. Helaas kom ik er niet aan toe iedereen persoonlijk te bedanken die bepalend is geweest voor mijn werkzame leven. Een uitzondering maak ik graag voor Jan Maassen, mijn uitstekende wiskundeleraar, zonder wie ik geen wiskunde zou hebben gestudeerd; Bernard van Praag, mijn promotor, zonder wie ik me niet met het zorgstelsel zou hebben bezig gehouden; Ruud Lapré, collega, zonder wie ik niet 33 jaar bij de Erasmus Universiteit Rotterdam zou hebben gewerkt; en alle leden van de sectie Ziektekostenverzekering (ZKV) in de afgelopen decennia, zonder wie de inspiratie, creativiteit en kritische reflectie minder scherp zou zijn geweest. In het bijzonder wil ik Erik Schut en René van Vliet bedanken. Met z'n drieën vormen wij al ruim 30 jaar de harde kern van onze sectie ZKV. Het is een bijzondere vorm van samenwerking, ruim 100 mensjaren, met complementaire vaardigheden en kennis, gebaseerd op wederzijds vertrouwen en respect.

Graag wil ik Zorgverzekeraars Nederland, de rechtsopvolger van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, bedanken voor het vestigen van de bijzondere leerstoel Sociale Ziektekostenverzekering, 30 jaar geleden, en voor mijn benoeming. In het bijzonder wil ik Niek de Jong bedanken voor zijn grote inzet hierbij. Ook wil ik de Erasmus Universiteit Rotterdam bedanken voor het omzetten, 20 jaar geleden, van de bijzondere leerstoel in een gewone leerstoel. Het opheffen van de leerstoel Sociale Ziektekostenverzekering per 6 december 2015 beschouw ik als een indicatie dat de leeropdracht is vervuld.

Uiteraard wil ik Ida zeer in het bijzonder bedanken. Ida, bedankt, niet alleen als levenspartner al bijna 50 jaar, maar ook voor de kritische blik waarmee je veel ESB-concepten hebt gelezen, en voor je gewillig oor als ik weer eens over mijn stokpaardjes begon. Dit laatste geldt natuurlijk ook voor Saskia, Gido en Femke. Van jongs af aan kregen jullie aan de keukentafel kennis over het zorgstelsel met de paplepel ingegoten. Het heeft twee van jullie er niet van weerhouden om arts te worden.

Tot slot bedank ik u allen voor uw aanwezigheid. Ik wens u het allerbeste (zorgstelsel).

Ik heb gezegd.

187 Graag bedank ik Daniëlle Duijmelinck, Geert Noordzij, Erik Schut, Ida Tangelder, Saskia van de Ven, Richard van Kleef en Marco Varkevisser voor hun kritisch commentaar op een conceptversie van deze tekst. Uiteraard berust de verantwoordelijkheid geheel bij de auteur.

Bijlage 1. Overzicht van de belangrijkste nog resterende knelpunten en van mogelijke oplossingen om deze knelpunten aan te pakken.

Randvoorwaarden	Knelpunten	Mogelijke oplossingen
1. Risicoverevening	<ul style="list-style-type: none"> • ondercompensatie voor relevante en substantiële subgroepen hoog-risicoverzekerden • overcompensatie voor relevante en substantiële subgroepen laagrisicoverzekerden • substantiële prikkels voor risicoselectie 	<ul style="list-style-type: none"> • verdere verbetering risicoverevening via nieuwe vereveningscriteria, verruiming bestaande criteria, meerjarige criteria en interacties tussen criteria • overcompensatie voor hoog-risicoverzekerden (en ondercompensatie voor laag-risicoverzekerden) • toestaan beperkte premiedifferentiatie met premiesubsidies voor lage inkomens • verhogen kostencompensatiesachteraf
2. Transparantie	<p>Transparantie schiet tekort mbt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kwaliteit en uitkomsten van zorg • verzekeringsaanspraken • aanvullende verzekeringen 	<ul style="list-style-type: none"> • verdere ontwikkeling betrouwbare kwaliteitsindicatoren en verbetering van de daarvoor benodigde registraties • betere voorlichting verzekeringsaanspraken
3. Doelmatigheids prikkels	<ul style="list-style-type: none"> • beperkte effectiviteit eigen risico • onzekerheid over vergoeding niet-gedcontracteerde zorg • bekostiging aanbieders belooft geen goede afstemming en kwaliteit • Macrobeheersinstrument (MBI) bestraft doelmatigheid 	<ul style="list-style-type: none"> • vormgeving eigen risico aanpassen • aanpassen artikel 13 Zorgverzekeringswet • uitkomstbekostiging afgebakende zorg per verzekerde • geen macro-beheersinstrument (MBI) geliberaliseerde zorgmarkten

Randvoorwaarden	Knelpunten	Mogelijke oplossingen
4. Keuzevrijheid verzekerden	<ul style="list-style-type: none"> aanvullende verzekering vormt belemmering keuzevrijheid ouderen en chronisch zieken 	<ul style="list-style-type: none"> terughoudend met uitdunning basispakket betere voorlichting over toegevoegde waarde aanvullende verzekering invoering basispluspolis
5. Betwistbare markten	<ul style="list-style-type: none"> verbod op winstuitkering van zorginstellingen aan aandeelhouders 	<ul style="list-style-type: none"> winstuitkering zorginstellingen onder voorwaarden toestaan
6. Contractvrijheid	<ul style="list-style-type: none"> beheersmodel medisch specialisten macrobeheersinstrument 	<ul style="list-style-type: none"> invoering integrale tarieven medisch specialistische zorg geen MBI geliberaliseerde zorgmarkten
7. Mededingingsbeleid	<ul style="list-style-type: none"> fusietoetsing door de Autoriteit Consument en Markt (ACM) niet adequaat en ineffectief 	<ul style="list-style-type: none"> kritischer fusietoetsing door de Autoriteit Consument en Markt (ACM) toetsingskader Mededingingswet leidend in plaats van belangenbehartigers
8. Geen liftersgedrag	<ul style="list-style-type: none"> toename wanbetalers 	<ul style="list-style-type: none"> verlaging nominale zorgpremie (en zorgtoeslag; zonder inkomensherverdeling)
9. Kwaliteits-toezicht	<ul style="list-style-type: none"> tekortkomingen in organisatie en werkprocessen IGZ 	<ul style="list-style-type: none"> verbetering organisatie en werkprocessen IGZ obv aanbevelingen evaluaties
10. Garantie basiszorg	<ul style="list-style-type: none"> restitutiepolis biedt geen garantie op toegang tot basiszorg 	<ul style="list-style-type: none"> voorlichten verzekerden over restitutiepolis afschaffen restitutiepolis

Bron: Van Kleef et al., 2014.

Bijlage 2. **Het hinderpaalcriterium: een juridische vergissing**

In de Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet wordt gesteld dat op grond van de overwegingen van het Europese Hof van Justitie in de zaak Müller/Fauré de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg niet zo laag mag zijn dat die een feitelijke hinderpaal vormt voor het inroepen van niet-gecontracteerde zorg.¹⁸⁸ Deze redenering is echter juridisch onjuist. Volgens Van der Most (2007) ziet de Memorie van Toelichting er aan voorbij dat deze rechtspraak enkel het oog heeft op overheidsregels. In het huidige stelsel is het wel of niet aanbieden van gecontracteerde zorg, daarin begrepen het toestaan van zorg buiten het gecontracteerde aanbod om, een zaak die behoort tot de privaatrechtelijke regelingsbevoegdheid van de zorgverzekeraar. Daarop zijn niet de verdragsregels inzake het vrije verkeer, maar die betreffende de mededinging van toepassing. Of een verzekeraar wel of geen recht op vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg toekent, is zijn zaak zolang hij daarmee binnen de marges van het nationale en Europese mededingingsrecht blijft. In de 'Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag'¹⁸⁹ wordt mede op basis van de analyse van Van der Most (2007) geconcludeerd¹⁹⁰:

188 Tweede Kamer, 2003-2004, 29763, nr. 3, p. 30-31: "De Zorgverzekeringswet biedt zorgverzekeraars de gelegenheid om in de zorgverzekeringsovereenkomst met hun verzekerden te bepalen dat die voor het verkrijgen van de zorg in beginsel uitsluitend gebruik mogen maken van gecontracteerde zorgaanbieders. Deze bepaling dient dan overigens de nodige flexibiliteit te kennen. Dat vindt zijn oorsprong in ontwikkelingen binnen het Europese recht. In het arrest Müller/Fauré (zie het Arrest van het Europese Hof van Justitie, Müller/Fauré, (nr C-385/99), 13 mei 2003) heeft het Europese Hof van Justitie bepaald dat verzekerden die in beginsel hun zorg moeten inroepen bij gecontracteerde zorgaanbieders, toch de mogelijkheid hebben om in een andere EU-staat extramurale zorg in te roepen bij een niet-gecontracteerde of een niet in loondienst zijnde zorgaanbieder. Dit wetsvoorstel voorziet erin dit EU-aspect te veralgemeniseren. Verzekerden die hebben gekozen voor een zorgverzekering waarbij zij hun zorg bij gecontracteerde zorgaanbieders moeten inroepen, hebben de mogelijkheid toch te kiezen voor het inroepen van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het doet er daarbij niet toe of die zorgaanbieder zijn diensten binnen Nederland aanbiedt of daarbuiten. Die situatie kan zich bijvoorbeeld voordoen als een verzekerde een specifieke medische behandeling beslist wil laten verrichten door een bepaalde arts die geen overeenkomst heeft gesloten met zijn zorgverzekeraar. Omdat de verzekerden daarmee een administratieve last veroorzaken voor hun zorgverzekeraar, die immers de noodzakelijke zorg in beginsel al had ingekocht, zullen zij niet het volledige bedrag dat de zorgaanbieder in rekening brengt, terugbetaald krijgen. De precieze vormgeving van die korting wordt overgelaten aan de zorgverzekeraar. De omvang ervan mag op grond van de overwegingen van het Europese Hof van Justitie in de zaak Müller/Fauré niet zodanig groot zijn dat die een feitelijke hinderpaal vormt voor het inroepen van zorg bij een niet in loondienst zijnde of niet-gecontracteerde (buitenlandse) zorgaanbieder."

189 ZonMw, 2009, p. 73.

190 Voor een vergelijkbare conclusie zie Rijken (2012).

“dat, niettegenstaande het arrest van het Europese Hof in de zaak Müller/Fauré (zaak C-385/99), een zorgverzekeraar Europeesrechtelijk gezien volledig vrij is zelf de hoogte van de restitutievergoeding vast te stellen voor zorg verleend door niet-gecontracteerde zorgverleners zolang hij daarmee binnen de marges van het nationale en Europese mededingingsrecht blijft en geen discriminerend beleid voert op grond van nationaliteit van de zorgverlener.”

De bovenbedoelde stelling in de Memorie van Toelichting zou dus juridisch wel juist geweest zijn indien sprake zou zijn geweest van **publiekrechtelijke** zorgverzekeraars, maar is juridisch onjuist omdat sprake is van **privaatrechtelijke** zorgverzekeraars. Een pijnlijke vergissing. Wellicht was de betreffende passage van de Memorie van Toelichting al geschreven voordat in een laat stadium werd besloten dat zorgverzekeraars privaatrechtelijk en niet publiekrechtelijk zouden zijn (zoals daarvoor steeds het uitgangspunt was geweest). Of men heeft zich onvoldoende in de materie verdiept. Het blijft niettemin een ernstige vergissing met vergaande consequenties zoals de uitspraak van de Hoge Raad¹⁹¹ en het verwerpen van de wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet door de Eerste Kamer in december 2014.

191 Hoge Raad (2014) CZ/Stichting Momentum. ECLI:NL:HR:2014:1646, 11 juni. Kennelijk zijn de door Van der Most (2007), Rijken (2012) en de in de 'Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag' (ZonMw, 2009) genoemde argumenten en overwegingen onvoldoende zwaarwegend geweest voor de Hoge Raad om het niet in de Zorgverzekeringswet vermelde hinderpaalcriterium van doorslaggevende betekenis te achten bij het toewijzen van de eis van zorgaanbieders voor een vergoeding van 75% in plaats van 50% van het tarief voor niet-gecontracteerde zorg. De Hoge Raad gaat voorbij aan de toepasselijkheid van het arrest Muller-Faure en baseert haar uitspraak op de wetsgeschiedenis en de kennelijke bedoeling van de wetgever het hinderpaalcriterium van toepassing te laten zijn.

Literatuur

- Bakx, P., F.T. Schut, E.K.A. van Doorslaer, Can universal access and competition in long-term care insurance be combined?
International Journal Health Economics and Management (2015) 15:185-213.
- Bevan, G., W.P.M.M. van de Ven (2010), Choice of providers and mutual healthcare purchasers: can the English National Health Service learn from the Dutch reforms?
Health Economics, Policy and Law 2010, 5, 343-363
- Boer, A. (2014), **Keuzen in de zorg: waarheden en waarden**, Oratie, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Brouwer, W.B.F. (2009), **De basis van het pakket: urgente uitdagingen voor de opzet en inzet van economische evaluaties in de zorg**, Oratie, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Calcoen, P., P. Verlinden, W.P.M.M. van de Ven (2015a), **Extra billing in health care: prohibit, regulate or laissez-fair?** aangeboden ter publicatie.
- Calcoen P., A. Boer, W.P.M.M. van de Ven (2015b), **Access to (new) health technology**, aangeboden ter publicatie.
- Companje, K.P. (2001), **'Convergerende belangen, belangenbehartiging van de zorgverzekeraars in historisch perspectief 1900-2001**, Uitgever Zorgverzekeraars Nederland , Zeist.
- Cutler, D. (2002), "Equality, efficiency, and market fundamentals: the dynamics of international medical-care reform".
Journal of Economic Literature 60, no. 3 (2002): 881-906.
- De Gaay Fortman, W.F., A.C.M. van de Ven (1942), **"Wie zijn verzekerden ingevolge het Ziekenfondsenbesluit?"**, Uitgeverij Samsom NV, Alphen aan den Rijn.
- Duijmelinck, D. M.I.D., W.P.M.M. van de Ven (2015a), **'What can Europe learn from the managed care backlash in the United States'**, aangeboden ter publicatie.
- Duijmelinck, D. M.I.D., W.P.M.M. van de Ven (2015b), Switching rates in health insurance markets decrease with age: empirical evidence and policy implications from the Netherlands,
Geaccepteerd voor publicatie in **Health Economics, Policy and Law**.
- Eijkenaar, F., F.T. Schut (2015), Hoe uitkomstbepaling in de zorg kan slagen.
Economisch Statistische Berichten 2015 (100) 308-311.
- Eijkenaar, F., Ven, W.P.M.M. van de Ven, F.T. Schut (2012). **Uitkomstbepaling in de zorg: internationale voorbeelden en relevantie voor Nederland**. (Rapport, no 2012.5). Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Ellwood, P.M., N.N. Anderson, J.E. Billings, R.J. Carlson, E.J. Hoagberg, W. McClure, Health Maintenance Strategy,
Medical Care 1971 9(3) 291-298.

- Enthoven, A.C. (1978), Consumer-Choice Health Plan. **New England Journal of Medicine** 298:650-658, 1978 and 298:709-720, 1978.
- Enthoven, A.C. (1980), **Health Plan; the only practical solution to the soaring cost of medical care**, Addison-Wesley Publishing Company, Reading, Massachusetts.
- Enthoven, A.C. (1988), **Theory and practice of managed competition in healthcare finance**. Professor Dr. F. de Vries lecture in economics; volume 9; Amsterdam: North Holland, Elsevier Science Publisher.
- Godefroi, L.S. (1963), **Het ziekenfondswezen in Nederland; ontwikkelingen en perspectieven**. Geschriften van de prof. mr. B.M. Teldersstichting 10, Martinus Nijhoff, 's-Gravenhage.
- Gottret P., G. Schieber, (2006), **Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide**, World Bank, Washington, 2006.
- Hoge Raad (2014), ECLI:NL:HR:2014:1646 (CZ/Stichting Momentum), 11 juni 2014,.
- Karaca-Mandic P. ,M. Abraham, K. Simon (2015), Is the medical loss ratio a good target measure for regulation in the individual market for health insurance? **Health Economics** 24 (2015) 55-74.
- Kautter J, G.C. Pope, M. Ingber, S. Freeman, L. Patterson, M. Cohen, and P. Keenan (2014), The HHS-HCC Risk Adjustment model for individual and small group markets under the Affordable Care Act. **Medicare & Medicaid Research Review** 2014;4(3):E1-E46.
- KPMG (2014), Evaluatie Zorgverzekeringswet, Eindrapportage, September 2014.
- Lamers, L.M. (1997), **Capitation payments to competing Dutch sickness funds**, proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Lapré, R.M. (2002), **Persoonlijke bespiegelingen over vijftientig jaar gezondheidszorg**, Afscheidsrede, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Loozen, E. (2013), **Mededingingstoezicht in de zorg. Het moet en kan beter**, gebundelde uitgave van artikelen over hoe mededingingsrecht toe te passen in de zorg, Uitgave Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Loozen, E. (2015), **Toezichthouder ACM zou de wet eens moeten volgen**, NRC, 29 april 2015
- Mathauer I, E. Nicolle (2011), A global overview of health insurance administrative costs: what are the reasons for variations found? **Health Policy** 102 (2011) 235-246.
- NZa (2013), Marktscan Extramurale Farmaceutische zorg, februari 2013, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
- NZa (2014a), Zorgverzekeringsmarkt 2014. Weergave van de markt 2010-2014, Marktscan en beleidsbrief, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
- NZa (2014b) Beleidsregel TH/BR-018 Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw, december 2014, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.

NZa (2014c), Monitor en beleidsbrief Zorginkoop, februari 2014, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.

NZa (2015), 'Marktscan en brief Zorgverzekeringsmarkt 2015 - Deel A, Deelrapportage kerncijfers 2011-2015', juli 2015, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.

Newhouse, J.P. (1993) **Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment**, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.

Rijken, J.J., De voorgenomen wijziging van artikel 13 Zvw – een kleine ingreep aan het hart van de zorgverzekering.

Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2012 36(6) 475-481.

Schut, F.T. (1995), **Competition in the Dutch Health Care Sector**, Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Schut, F.T. (2003), **De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg**, Oratie, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Schut, F.T. A.F. Casparie (1987), Health Maintenance Organizations: kwaliteit van integrale zorgverlening.

Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 1987(131) nr. 11, 450-454.

Schut F.T. en W.P.M.M. van de Ven (2000), De uitdaging van mededinging, NMa biedt huisartsen nieuwe kansen

Medisch Contact 2000a 55(19) 688-690.

Schut F.T. en W.P.M.M. van de Ven (2000), Einde aan de zorgkartels?,

Economisch Statistische Berichten 2000b (85) 408-411.

Schut, F.T., W.P.M.M. van de Ven (1985), Health Maintenance Organizations: een structurele verandering in de Amerikaanse gezondheidszorg.

Economisch Statistische Berichten, 6 november 1985, 1111-1117.

Schut, F.T., W.P.M.M. van de Ven (2010), Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars onverstandig.

Economisch Statistische Berichten 2010, 95(4591), 486-489

Schut, F.T., M. Varkevisser (2013a), Tackling hospital waiting times: The impact of past and current policies in the Netherlands.

Health Policy 113(1-2) 2013, 127-133.

Schut, F.T., M. Varkevisser (2013b), 'Gezondheidszorg',

Hoofdstuk 3 in het Jaarboek Overheidsfinanciën 2013

Schut, F.T., M. Varkevisser (2014), **Economie van de Gezondheidszorg**, Reed Business Education, Amsterdam.

Schut, F.T., W.P.M.M. van de Ven, M. Varkevisser (2010), Prijsconcurrentie gaat niet samen met macrobudget ziekenhuizen.

Economisch Statistische Berichten 2010, 95(4587), 374-376

Schut, F.T., M. Varkevisser, W.P.M.M. van de Ven (2011), Macrobudget ontkracht prijsconcurrentie ziekenhuizen.

Economisch Statistische Berichten 2011, 96(4610), 294-297

Schut F.T., R.C. van Kleef en W.P.M.M. van de Ven (2014) Zorgstelsel spoort nog onvoldoende aan tot goede kwaliteit.

Economisch Statistische Berichten 2011, 99(4686), 326-329.

Scotton, R.B., "**National health insurance in Australia: New concepts and new applications**", Working paper no. 11, National Centre for Health Program Evaluation, Melbourne: 1991;

Selten, R. (1973), A simple model of imperfect competition, where 4 are few and 6 are many

International Journal of Game Theory, 1973, Volume 2, Issue 1, 141-201.

SER (1973) **Advies inzake de structuur van de verzekering tegen kosten van geneeskundige verzorging**, Den Haag, (Blauwdruk voor een nationaal verzekeringssysteem ziektekosten).

SER (2000) **Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen**, Advies 00/12, Den Haag.

Siciliani L., V. Moran, M. Borowitz (2014), Measuring and comparing waiting times in OECD countries,

Health Policy 118 (2014) 292-303.

Smit, JM, V.C.A. van Polanen Petel, J. Groen, A.Jardini bc, **Working paper Zorgrekeningen 1998-2005**, Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen, december 2006.

Van den Berg, M., **Hebben wij de beste gezondheidszorg?** (2012)

Zie: http://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/Over_deze_VTV/Meer_blogs/Hebben_wij_de_beste_gezondheidszorg

Van den Heuvel, J., **Maak verzekeraar en ziekenhuis partners.**

Medisch Contact 23(2011) 1454-1457.

Van der Grinten, T.E.D., (2006) **Zorgen om beleid; over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg**, Afscheidsrede, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Van der Most, J.M. (2007) **De zorg of het geld, Natura en restitutie in de zorgverzekering** ISBN 978 90 78967 01 9.

Van der Reyden, J.P. (1987), **Onze kostelijke gezondheid**, Uitgeverij Balans, Amsterdam

Van der Velden, H.F. (1993), **Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland, 1850-1941**, Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Van de Ven, A.C.M. (1968), **De betrekkingen tussen de artsen en de sociale verzekering in Nederland**,

Herbewerking van een inleiding over "Les médecins et les assurances sociales aux Pays-Bas", gehouden te Brussel op 23 november 1964 voor de "Cercle des Alumni de la Fondation Universitaire de Bruxelles". Herbewerking september 1968.

Van de Ven, W.P.M.M. (1983), Ziektekostenverzekering en financiële prikkels tot doelmatigheid; Deel I: Op weg naar een volksverzekering; Deel II: Contouren van een Algemene Wet Ziektekosten.

Economisch Statistische Berichten 68 (1983), 72-78, 110-117

- Van de Ven, W.P.M.M. (1987), **Sociale Ziektekostenverzekering en Doelmatigheid**, Oratie, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Van de Ven, W.P.M.M. (1989), Risicoselectie en zorgverzekering.
Economisch Statistische Berichten 74 (1989), 477- 482.
- Van de Ven, W.P.M.M. (1990a), From regulated cartel to regulated competition in the Dutch health care system.
European Economic Review 34 (1990), 632-645.
- Van de Ven, W.P.M.M. (1990b), Perestrojka in de gezondheidszorg.
Economisch Statistische Berichten 75 (1990), 628-631.
- Van de Ven, W.P.M.M. (1991), Perestrojka in the Dutch health care system.
European Economic Review 35 (1991), 430-440.
- Van de Ven, W.P.M.M. (1995), Choices in health care: a contribution from the Netherlands.
British Medical Bulletin 51 (1995), 781-790.
- Van de Ven, W.P.M.M. (1996), Market-Oriented Health Care Reforms: Trends and Future Options.
Social Science & Medicine 43(1996), 655-666.
- Van de Ven, W.P.M.M. (2000), Gepaste-zorgpolissen in het ziekenfonds.
Economisch Statistische Berichten 85 (2000) 172-176
- Van de Ven, W.P.M.M. (2012), Risicoselectie bedreiging kwaliteit
Economisch Statistische Berichten 2012, 97 (4637), 358-361
- Van de Ven, W.P.M.M., FT Schut (1994), Should catastrophic risks be included in a regulated competitive health insurance market?
Social Science and Medicine 39(1994) 1459-1472.
- Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut (2012), **Gereguleerde concurrentie: de onvoltooide agenda**
in: FT Schut en M Varkevisser (red.) Preadviezen van de Koninklijke Vereniging voor de Staathuishoudkunde 2012, Sdu-uitgevers, 131-151.
- Van de Ven, W.P.M.M., F.J. Prinsze, R.C.J.A. van Vliet (2005), Nieuwe zorgstelsel vereist betere risicoverevening.
Economisch Statistische Berichten 2005, 90(4460): 223-225.
- Van de Ven W.P.M.M., K. Beck, F. Buchner, J. Wasem, F.T. Schut, E. Schokkaert, A. Shmueli (2013), Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland?
Health Policy 109 (2013) 226– 245.
- Van Kleef RC, WPMM van de Ven, RCJA van Vliet, Een effectiever eigen risico in de zorg,
Economisch Statistische Berichten 92, 459-461, 27 juli 2007.
- Van Kleef RC, WPMM van de Ven
Gepaste eigen betalingen in de basisverzekering
Economisch Statistische Berichten 2012, 97 (4644S), 24-30

- Van Kleef, RC, RCJA van Vliet, WPMM van de Ven,
Risk equalization in The Netherlands: an empirical evaluation.
Expert Review Pharmacoeconomics Outcomes Research, 2013, 3(6), 829–839
- Van Kleef, R.C., F.T. Schut, W.P.M.M. van de Ven (2014), **Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening. Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?** Rapport iBMG 2014.01, Onderzoek in opdracht van AmCham, Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Van Kleef et al., R.C.J.A. van Vliet, W.P.M.M. van de Ven (2015), **Een innovatieve schattingsmethode voor de risicoverevening. Verkennend onderzoek naar mogelijkheden en effecten van ‘constrained regression’** Rapport iBMG, 1 juni 2015, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Van Vliet, R.C.J.A. & Lamers, L.M. (1998). The High Costs of Death: Should Health Plans Get Higher Payments When Members Die?
Medical Care 36 (10), 1451-1460.
- Van Winssen KPM, Kleef RC van, WPMM van de Ven
Zorgsparen reduceert zorgkosten
Economisch Statistische Berichten 2012, 97 (4643), 548-551
- Varkevisser, M., I. Mosca, F.T. Schut, **Internationale vergelijking van zorgstelsel**, Hoofdstuk 4 in Schut, F.T. en M. Varkevisser (redactie) *Economie van de gezondheidszorg*, Reed Business Education, Amsterdam, 2014.
- Vektis (2015) *Zorgthermometer, Verzekerden in beeld 2015*, Jaargang 20, april 2015
- ZonMw (2009), **Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag**. Den Haag: ZonMw.



Wynand van de Ven is sinds 1 augustus 1986 hoogleraar Sociale Ziektekostenverzekering bij het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg van de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Het rapport 'Bereidheid tot verandering' van de Commissie-Dekker (1987) is de aanzet geweest tot grote hervormingen van ons zorgstelsel. De kern van de door Dekker c.s. voorgestelde verandering is dat de verantwoordelijkheid voor zorginkoop verschuift van de overheid naar concurrerende zorgverzekeraars. De overheid zou de centrale regulering ten aanzien van tarieven en capaciteitsplanning in de zorg grotendeels moeten afbouwen, en de zorgverzekeraars en zorgaanbieders zouden selectief met elkaar moeten kunnen contracteren en afspraken maken over de prijs en kwaliteit van de zorg, de wachttijden, de levertijden, de openingstijden, en de klantvriendelijkheid van de zorgaanbieders. Voorts werd door de Commissie-Dekker een voor iedereen verplichte zorgverzekering voorgesteld, waarmee het onderscheid tussen 'ziekenfonds en particulier' zou worden opgeheven. De volledige invoering van de voorstellen zou in 1992 gerealiseerd moeten zijn.

In de afgelopen 25 jaar zijn belangrijke door de Commissie-Dekker voorgestelde veranderingen stapsgewijs ingevoerd. Dit gebeurde op een wijze die doet denken aan een Echternachse processie: drie stappen vooruit, gevolgd door twee stappen achteruit. Opvallend is dat de stappen voorwaarts, ongeacht de samenstelling van de regerende coalitie, steeds consistent in dezelfde richting zijn gezet. Met de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 is een grote stap gezet. In de daarop volgende 10 jaar is de Echternachse processie voortgezet.

Alle landen in de wereld streven naar de heilige graal van het 'beste zorgstelsel'. De geleidelijke en consistente hervorming in Nederland richting 'gereguleerde concurrentie in de zorg' is internationaal uniek. De hervormingen worden internationaal met grote belangstelling gevolgd en zijn voor een aantal landen een inspiratiebron. Binnenlands blijkt de door Dekker c.s. gevraagde 'bereidheid tot verandering' niet altijd Kamerbreed aanwezig. Een voorbeeld is de in 2014 gevoerde discussie over de vrije artskeuze en het verwerpen door de Eerste kamer van het wetsvoorstel om effectief selectief contracteren mogelijk te maken. Is Nederland wel op de goede weg?

In dit afscheidscollege komen vragen aan de orde zoals: Is Nederland de juiste richting ingeslagen? Was het vroeger beter dan nu? Is het in het buitenland beter dan hier? Hebben zorgverzekeraars voldoende instrumenten en prikkels tot kosten- en kwaliteitsbewuste inkoop van zorg namens hun verzekerden? Zijn zorgverzekeraars bereid deze verantwoordelijkheid te nemen? Accepteert de verzekerde dat de zorgverzekeraar haar zorg inkoop? Is er een realistisch alternatief?