



Sleutelen aan de zorgmarkt

HUGO KEUZENKAMP, DAAN OOMS, MARIT TANKE, DANIËL VAN VUUREN,
TESSA VAN DIJK, RICHARD JANSSEN, WILMA VAN DER SCHEER, WYNAND VAN DE VEN,
PIET STAM, ISMAIL ISMAIL, JOHAN VISSER, FRANCE PORTRAIT, XANDER KOOLMAN,
DANIËLLE CATTEL, FRANK EIJKENAAR, KEES AHAUS, MART VAN DE LAAR, EDDY ADANG,
WIELAND MÜSKENS, SANNE RONGEN-VAN DARTEL, PIET VAN RIEL, LUC HAGENAARS,
REMCO DE NOOD, BRAM WOUTERSE EN JOHAN POLDER

DAARNAAST BIJDRAGEN VAN

PAUL HILBERS, CARLIJN EIJKING, PATRICK KOSTERINK, FRANK DEN BUTTER,
HENRIËTTE PRAST, RUTGER CLAASSEN, KEES COOLS, KARLIJN KERSTEN, TOEP VAN DIJK,
WOUTER HOGERVORST, NIELS MUSELAERS EN RENS NISSEN

VERKIEZINGEN
VANAF PAGINA 106

volgers
worden
voorlopers.
leiders.
partners.
opvolgers.

volg.f.d.
het financieledagblad

Toegang tot het FD
laat uw team groeien.
Ga naar fd.nl/zakelijk

Inhoud

Actueel

66

Uitgelicht

68

Sleutelen aan de zorgmarkt

Inleiding: Voorbij de stelsel-discussie in de zorg

JASPER LUKKEZEN

Column: Een minister van gezondheid, leefstijl en leefomgeving graag

HUGO KEUZENKAMP

Zorgverzekeringswet helpt om zorg-uitgaven in toom te houden

DAAN OOMS, MARIT TANKE EN DANIEL VAN VUUREN

Zorgbestuurders vinden de eisen van verzekeraars niet altijd wenselijk en passend

TESSA VAN DIJK, RICHARD JANSSEN EN WILMA VAN DER SCHEER

Compenseer zorgverzekeraars volledig voor voorspelbare verliezen

WYNAND VAN DE VEN

Machine learning vereist betere risico-verevening zorgverzekeraars

70 PIET STAM, ISMAIL ISMAIL, JOHAN VISSER, FRANCE PORTRAIT EN XANDER KOOLMAN

82

Bundelbekostiging in de zorg is mogelijk, ondanks belemmeringen

71 DANIELLE CATTEL, FRANK EIJKENAAR, KEES AHAUS EN MART VAN DE LAAR

86

Forse daling medicijnprijs leidt niet direct tot kostenbesparingen in de zorg

72 EDDY ADANG, WIELAND MÜSKENS, SANNE RONGEN-VAN DARTEL EN PIET VAN RIEL

90

Wegen naar goede gezondheid liggen ook buiten de zorg

76 LUC HAGENAARS, REMCO DE NOOD, BRAM WOUTERSE EN JOHAN POLDER

92

79

Corona- en klimaatcrisis vragen om regierol IMF

PAUL HILBERS, CARLIJN EIJKING EN PATRICK KOSTERINK

96

De solidariteitsreserve in het nieuwe pensioenstelsel hoort overheidsfonds te zijn

FRANK DEN BUTTER

100

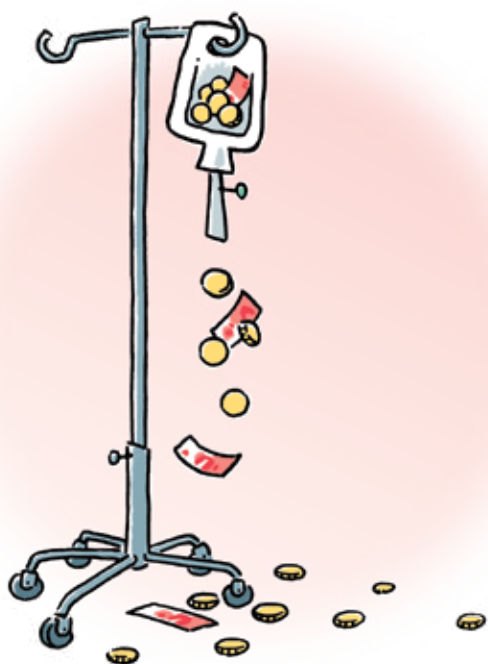
In memoriam Hans de Boer

HENRIËTTE PRAST

103

Statistiek

104



Verkiezingen

Politieke partijen zetten in op reparatie kapitalisme

RUTGER CLAASSEN EN KEES COOLS

106

Niet kiezen in de begroting, is kiezen voor meer zorg en minder onderwijs

KARLIJN KERSTEN, TOEP VAN DIJK, WOUTER HOGERVORST, NIELS MUSELAERS EN RENS NISSEN

110


Economenkieslijst

112




Actueel


Februari


18  **Universiteit Leiden** – *COVID-19 and its effect on mass tourism in world heritage cities.* O.a. Stijn Reijnders (EUR)


Maart

2  **Tinbergen seminar** – *Health effects of labor market policies: evidence from drug prescriptions.* O.a. Marco Caliendo (Universität Potsdam)

Universiteit Utrecht – *Waar blijft de duurzame landbouw?* O.a. Herman Lelieveldt (University College Roosevelt, Universiteit Utrecht)

3  **Saxion** – *De staat van onze verzorgingsstaat aan de hand van drie grimmige kwesties.* O.a. Pieter Omtzigt (CDA)

5  **KVS** – *National Economics Olympiad*

9  **Studium Generale** – *Data Morgana: the advent of data science.* Richard Starmans (The Netherlands Research School for Information and Knowledge Systems; SIKS)

Radboud Reflects – *De cruciale rol van het onderwijs.* Paulien Meijer (Radboud Universiteit)

Universiteit Utrecht – *De wetenschap wantrouwen? Over complotdenkers en klimaatsceptici.* Jaron Harambam (KU Leuven)

DUURZAME LANDBOUW

In de serie 'Weg van de weerstand' wordt stilgestaan bij de factoren die verduurzaming in de weg staan. Tijdens deze lezing ligt de focus op verduurzaming van het voedselsysteem: een proces waarbij alle ogen op de boeren gericht zijn. Toch is er gecoördineerde beweging nodig vanuit de fabrikanten en supermarkten om echte verandering teweeg te brengen. Boeren alleen hebben een te beperkte bewegingsruimte binnen de markt en een te onzeker inkomen om de nodige investeringen te doen. Politicoloog Herman Lelieveldt (UCR) vertelt waar de knelpunten zitten en hoe de politiek een rol kan spelen om deze op te heffen.

DATA MORGANA

Het verborgen succes achter techgiganten zoals Facebook en Google is al lang niet meer zo goed verstopt. Data zijn de sleutel tot succes, kennis en... geld. Succesverhalen doen volgen, dus bedrijven en onderzoekers storten zich op het vergaren en verwerken van data. Om beide benen op de grond te houden, neemt Richard Starmans (SIKS) ons mee terug naar het begin van de datawetenschap. Hij bespreekt wat data ons tot zover gebracht hebben en vooral wat ze ons gekost hebben. Wat kunnen we in de toekomst bereiken, en hoeveel daarvan willen we bereiken? Loopt de wetenschap hier niet voor op de ethiek?



Oratie



Radboud Universiteit

Adriaan Schout –

Europa: best mogelijk.

25 februari

Promotiebespreking: Bouke Klein Teeselink

From mice to men:

Field studies in

behavioural economics

Tinbergen Institute,

11 maart 2021



Wat hebben sporters, spelshowkandidaten en chronisch zieken gemeen? Op het eerste gezicht waarschijnlijk vrij weinig. Desondanks vormen deze drie groepen het gedragseconomisch studiemateriaal van mijn proefschrift.

Gedragseconomie is booming. Met meerdere Nobelprijzen, honderden Nudge-units en ontelbare boeken kan de invloed van het vakgebied nauwelijks worden overdreven. Desondanks blijven vele economen sceptisch, vooral vanwege het gebruik van laboratoriumexperimenten. Een veelgehoorde kritiek is dat resultaten van experimenten slechts beperkt standhouden in de realiteit, door zelfselectie, artificiële keuze van omgevingen, beperkte leermogelijkheden en gelimiteerde incentives.

Om te onderzoeken of deze kritiek gerechtvaardigd is, bestudeer ik gedrag in het 'echt', bij sporters, spelshowkandidaten en patiënten. Zij maken wel keuzes, maar zijn geen deelnemers aan een laboratoriumexperiment. In vier onderzoeksprojecten kijk ik naar de optimaliteit van strategische keuzes van deelnemers aan de spelshow *The Price is Right* – het prestatiebevorderende effect van achterstaan op sporters, de invloed van kortingen op chronisch zieken, en het effect van prestatieprikkels op darters.

Ik onderzoek in deze studies de validiteit van gedragseconomische experimenten,

waaruit blijkt dat mensen vaak afwijken van speltheoretische voorspellingen, dat kleine achterstanden motiverend werken door verliesaversie, dat kortingen de vraag beïnvloeden, zelfs als de prijs niet verandert, en dat sterkere incentives kunnen leiden tot minder goede prestaties. De resultaten van mijn studies zijn slechts gedeeltelijk in lijn met de bevindingen uit het lab. Aan de ene kant laten spelshow-

kandidaten en patiënten eenzelfde gedragspatroon zien door af te wijken van de speltheoretische verwachtingen, en door afgeprijsde medicijnen vaker op te halen dan niet-afgeprijsde medicijnen – ook als de uiteindelijke prijs identiek is.

Aan de andere kant presteren basketbal-, American football-, Australian football- en rugby-teams

niet beter wanneer ze op een kleine achterstand staan. Verder hangt het effect van prestatieprikkels op darters samen met de hoeveelheid expertise: op de meest beslissende momenten gaan amateurdarters minder goed presteren, terwijl dit prestatieverminderende effect bij professionals afwezig is.

Het is dus belangrijk om gedrag buiten het lab te onderzoeken. Hiervan leren we welke experimenten generaliseerbaar zijn, en op welke punten gedrag 'in het wild' afwijkt van de keuzes in steriele laboratoriumcondities.



Promoties

Erasmus Universiteit Rotterdam



Eric Slob – *Integrating genetics into economics.* 19 februari

Rijksuniversiteit Groningen



Anne Bonvanie-Lenferink – *Health self-management applications in the workplace: multi-disciplinary studies on worker behaviour and autonomy.* 2 maart



Robbert-Jan van der Burg – *A business perspective on energy system flexibility.* 15 maart

Tilburg University



Riley Badenbroek – *Interior point methods and simulated annealing for nonsymmetric conic optimization.* 24 februari

Tse-Min Wang – *Voluntary contributions to public goods: a multi-disciplinary examination of prosocial behavior and its antecedents.* 18 maart

Tinbergen Institute

Daryna Kolesnyk – *Consumer disclosures on social media platforms: a global investigation.* 12 maart



Ioana Neamtu – *Unintended consequences of post-crisis banking reforms.* 15 maart



Anoeck Castelein – *Models for individual responses.* 18 maart

Benoeming

Universiteit van Amsterdam



Ilker Birbil is per januari benoemd tot hoogleraar Artificial Intelligence & Optimisation Techniques

for Business and Society aan de Universiteit van Amsterdam.



Seksistisch advies

Vrouwen die om informeel carrièreadvies vragen, krijgen veel meer informatie over de balans tussen werk en privé dan mannen. Dat blijkt uit een veldexperiment van Gallen en Wasserman. Zij vroegen studenten om online een professional te vragen om een carrièreadvies te geven. Vrouwelijke studenten kregen twee keer zo vaak een antwoord dat informatie over de werk-privé-balans bevatte. Door de focus op werkdruk ontvangen vrouwen minder informatie over andere aspecten van het werk. Ook worden ze sneller afgeschrikt door de negatieve werkdruk-informatie waardoor ze na het advies vaker afwijken van hun carrièreplan.

Gallen, Y. en M. Wasserman (2021) *Informed choices: gender gaps in career advice*. Upjohn Institute Working Paper, 21-340.



Anticyclische staatsschuld

Doordat staatsobligaties in crisistijd aantrekkelijker zijn dan in economisch stabiele periodes is de staatsschuld beter houdbaar, en is er dus meer ruimte voor stabilisatie van de economie in crisistijd. Tot deze conclusie komt Bonam met behulp van een theoretisch model. Door de voorkeur voor staatsobligaties tijdens een crisis neemt de rente af, en kan de overheid makkelijker lenen en investeren. Ook zorgt de lagere rente ervoor dat sparen minder voordelig is. Hierdoor kiezen huishoudens voor meer consumptie. Beide effecten dragen bij aan een positieve relatie tussen staatsschuld en consumptie.

Bonam, D. (2020) *A convenient truth: the convenience yield, low interest rates and implications for fiscal policy*. DNB Working Paper, 700.

Ongelijker door centrale bank

De onafhankelijkheid van centrale banken draagt bij aan de inkomensongelijkheid, argumenteren Aklin en anderen. Allereerst stellen ze dat onafhankelijke centrale banken het begrotings- en monetair beleid verzwakken. Door deze verzwakkingen ontstaan er drie mechanismen waardoor inkomensongelijkheid toeneemt: vermogens stijgen door financiële deregulatie, lonen nemen af door arbeidsmarktderegulering en de inkomensoverdrachten nemen af. Met behulp van een paneldataset laten ze empirisch zien dat deze mechanismen inderdaad een rol spelen.

Aklin, M., A. Kern en M. Negre (2021) *Does central bank independence increase inequality?* World Bank Group Policy Research Working Paper, 9522.

Stress in het bedrijf

Financiële beperkingen binnen een bedrijf kunnen stress veroorzaken bij werknemers. Het causale effect van deze beperkingen op de mentale gezondheid van werknemers wordt geschat door Kárpáti en Renneboog met een *difference-in-differences*-model. Het blijkt dat werknemers van bedrijven die minstens 25 procent van hun schuld moeten herfinancieren gemiddeld 0,44 procentpunt vaker antidepressiva slikken. De reden voor deze stijging zijn de zorgen over de werkzekerheid.

Kárpáti, D. en L. Renneboog (2021) *Corporate financing frictions and employee mental health*. CentER Discussion Paper, 2021-003.



Divergentie doo

Veel studenten volgen door de coronacrisis thuis college. Cacault et al. onderzochten het effect van online-colleges op de cijfers van studenten. Ze zetten een gerandomiseerd onderzoek op, waarbij studenten, naast het kunnen bijwonen van fysieke colleges, in sommige weken toegang hadden tot een livestream van het college. Het bleek dat bovengemiddeld presterende

Discriminerend verdelen

Bij de steun voor herverdeling blijkt het belangrijker te zijn of iemand tot dezelfde groep behoort, dan of de herverdeling eerlijk gebeurt. Deze conclusie trekken Fischbacher et al. uit een laboratoriumexperiment. Een testpersoon mag punten herverdelen over een aantal mensen. Hierbij krijgt de testpersoon informatie over hoe de punten verdeeld zijn en over wat voor soort mensen. Naarmate de initiële puntenverdeling oneerlijker is, neemt de mate



r online-college

studenten door de livestreams hogere cijfers haalden, terwijl ondergemiddelde studenten slechtere resultaten behaalden.

Cacault, M.P., C. Hildebrand, J. Laurent-Lucchetti en M. Pellizzari (2021) Distance learning in higher education: evidence from a randomized experiment. *Journal of the European Economic Association*, te verschijnen. Tekst al te vinden op academic.oup.com.

van herverdeling toe. Verrassend is echter dat dit effect overstemd wordt door discriminatie. De testpersoon trekt groepsleden voor die op hem lijken. Bij herverdeling komt hierdoor een onevenredig groot deel van de punten bij de voorgetrokken deelnemers terecht.

Fischbacher, U., D. Gramling en J. Hausfeld (2021) *Redistribution beyond equality and status quo: heterogeneous societies in the lab*. Thurgau Institute of Economics Research Paper, 123.

Sociale aard in model

Het economische standaardmodel is gebaseerd op rationele en zelfzuchtige individuen. Dit model is beperkt toepasbaar op de huidige samenleving, waar mensen vaak in het belang van anderen handelen, zoals bij ontwikkelingshulp. Saez laat in zijn artikel zien dat het cruciaal is om de sociale aard van individuen op te nemen in het model, zodat onzelfzuchtige uitingen van individuen, zoals giften aan goede doelen, verklaard kunnen worden.

Saez, E. (2021) *Public economics and inequality: uncovering our social nature*. NBER Working Paper, 28387.

Conjunctuur in jeugd

Tijdens de adolescentie blijkt de stand van de economie bepalend voor carrièrekeuzes in het latere leven. Mensen die tijdens een laagconjunctuur volwassen worden, hechten later meer waarde aan inkomen. Terwijl mensen die tijdens een hoogconjunctuur volwassen worden, juist meer waarde hechten aan betekenisvol werk. Tot deze conclusie komen Cotofan et al. met behulp van enquêtedata. Het effect heeft ongeveer evenveel invloed op de voorkeur van de respondent als werkloosheid op het moment van het invullen van de enquête. De macroeconomische omstandigheden later in het leven hebben weinig tot geen invloed.

Cotofan, M., L. Cassar, R. Dur en S. Meijer (2020) *Macroeconomic conditions when young shape job preferences for life*. Tinbergen Institute Discussion Paper, 2021-002/VII.

Zelfmoord door corona

Ten opzichte van 2019 kan in de Verenigde Staten een deel van de oversterfte in 2020 worden verklaard door een toename van het aantal overdoses en door zelfmoorden. Tot deze conclusie komt Mulligan met behulp van sterfedata uit Amerika. Deze sterfgevallen vinden vooral plaats onder mannen tussen de 15 en 55 jaar, en komen bovenop de al langer aanwezige *deaths of despair*. Naar alle waarschijnlijkheid ligt de oorzaak van de toegenomen zelfmoorden in het sterk verminderde sociale contact vanwege de coronapandemie.

Mulligan, C.B. (2021) *Deaths of despair and the incidence of excess mortality in 2020*. NBER Working Paper, 28303.



Sociaal risico's mijden

Sociale voorzieningen kosten geld. Wiese en Eriksen onderzochten of inwoners die meer gaan verdienen bereid zijn om meer te betalen voor sociale voorzieningen. Onder inwoners van 34 Euraziatische landen werd een enquête afgenomen waarin moest worden aangegeven of ze verwachten meer te gaan verdienen in de toekomst. Risicomijdende inwoners die verwachten meer te gaan verdienen, blijken bereid te zijn om meer te betalen voor sociale voorzieningen. Met deze betalingen beschermen ze zichzelf tegen de negatieve effecten die veroorzaakt zouden worden als er minder geld naar de sociale voorzieningen zou gaan.

Wiese, R. en S. Eriksen (2021) *Willingness to pay for improved public education and public health systems: the role of income mobility prospects*. SOM Research Report, 2021002-EEF.

Voorbij de stelseldiscussie in de zorg

Nu de Tweede Kamerverkiezingen er aankomen, maakt ESB weer een themanummer over de zorg. De boodschap is ditmaal wat subtieler dan in 2017, maar niet minder relevant.

Toen bogen de auteurs, onder wie minister Schippers (2017), zich over de inrichting van het zorgstelsel. Op basis van de bijdrages concludeerde ik dat de Nederlandse combinatie van een verzekeringsmarkt met een markt voor behandelingen wat duurder en administratief complexer is dan een publiek georganiseerd zorgstelsel, maar dan wel toegankelijker en innovatiever (Lukkezen, 2017).

Nu, vier jaar later, staat de inrichting van het stelsel nog steeds op de politieke agenda. Dat hervorming weer op de agenda staat, is geen herhaling van zetten, maar is positief, aangezien men nu spreekt over kansen. Politici willen niet iets nieuws omdat het huidige stelsel faalt (volgens de evaluatie in dit themanummer van het stelsel door Daan Ooms, Marit Tanke en Daniël van Vuuren doet het Nederlandse zorgstelsel het gewoon redelijk) maar om zo bredere maatschappelijke doelen te kunnen bereiken.

Er is een brede wens onder politici, zo constateert Hugo Keuzenkamp in zijn column, om de forse verschillen in levensverwachting en gezondheid tussen hoogopgeleid en laagopgeleid, en tussen rijk en arm te verkleinen. Het reduceren van deze sociaal-economische gezondheidsverschillen vraagt echter om een gezamenlijke aanpak – en daar is juist een markt die per behandeling efficiënt is niet zo goed in. Al kan het wel: Daniëlle Cattel, Frank Eijkenaar, Kees Ahaus en Mart van de Laar laten zien dat een groep zorgaanbieders betalen voor gezondheidsverbetering (in plaats van alleen de behandelaar voor de behandeling) binnen de curatieve zorg kan werken.

Samenwerken over de domeinen heen, van zorg naar onderwijs en van schuldhulpverlening naar buurtwerk, is lastiger voor zorgaanbieders die per behandeling worden betaald. Maar juist bij zo'n samenwerking ontstaat er ruimte voor preventie – en met preventie is de meeste gezondheidswinst te behalen, althans volgens Luc Hagens, Bram Wouterse, Johan Polder en Remco de Nood.

Het beperken van de zorgkosten is een tweede, breed gekoesterde wens. Elders in deze ESB (de bijdrage van Karlijn Kersten en haar collega's van Financiën op pagina 110–111) kunt u lezen dat de zorgkosten zonder politiek ingrijpen door blijven stijgen, en dus de andere overheidsuitgaven verdringen. En evenals een gezamenlijke aanpak overheidsingrijpen vereist, geldt dat ook voor het streven naar lagere kosten – of op zijn minst een lagere kostengroei. Schaven aan het stelsel, hoe nuttig ook, zal namelijk vooral tot een betere toedeling van de zorg leiden, maar

niet of nauwelijks tot lagere kosten. Het verleden leert dat vooral een botte rem, in de vorm van een hoofdlijnenakkoord en inzet van het macrobeheersingsinstrument, effectief is.

Tegelijkertijd betekent meer samenwerking en een meer topdown-kostenbenadering niet dat het marktgerichte verzekeringsstelsel overboord gaat. Ook wanneer zorgverzekeraars bijvoorbeeld administratiekantoren van de overheid zouden worden – een plan van GroenLinks – zal de markt toch een grote rol blijven spelen.

Een viertal artikelen in deze ESB doen daarom handreikingen hoe het huidige marktsysteem te verbeteren is. De bijdrage van Wynand van de Ven en die van Piet Stam, Ismail Ismail, Johan Visser, France Portrait en Xander Koolman richten zich daarbij op het voorkomen van risicoselectie door zorgverzekeraars. Van de Ven pleit voor meer compensatie vanuit de overheid voor verzekeraars die chronisch zieken verzekeren, terwijl Stam et al. laten zien dat, door machine learning in te zetten, risicoselectie voorkomen kan worden.

De bijdragen van Eddy Adang, Wieland Müskens, Sanne Rongen-van Dartel en Piet van Riel en ook die van Tessa van Dijk, Richard Janssen en Wilma van der Scheer in deze ESB gaan over het gedrag van zorgaanbieders. Adang et al. laten zien dat ziekenhuizen op dalende medicijnprijzen reageren door meer te behandelen. En Van Dijk et al. tonen aan dat zorgaanbieders moeite hebben met de bemoeienis van zorgverzekeraars met hun werk.

Dan is er nog een subtiele boodschap: verder verbeteren van de zorgmarkt, waar deze auteurs in ESB dus voorzetten voor doen, is niet in strijd met de wens van politici om de marktwerking in de zorg te beperken. Want alleen als de markt goed werkt, kan men het zich veroorloven om de marktwerking te beperken en daarmee maatschappelijke doelen te behalen.

Literatuur

Lukkezen, J. (2017) Kleuren mengen. ESB, 102(4745), 10–11.

Schippers, E. (2017) Naar twintig jaar Zorgverzekeringswet. ESB, 102(4745), 16–19.

JASPER LUKKEZEN

Hoofdredacteur

lukkezen@economie.nl



Een minister van gezondheid, leefstijl en leefomgeving graag

Eens in de zoveel tijd vraagt iemand mij wat ik zou doen als ik minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zou zijn. Het gevatte en gejatte antwoord is: “meteen aftreden” – het antwoord dat Robert Lucas ooit gaf op de vraag wat hij zou doen als hij *Secretary of the treasury* was (Klamer, 1984). De latere Nobelprijswinnaar meende echter wat hij zei – bij mij moet je dat altijd maar afwachten.

Bang zijn dat het ooit zover met mij komt, hoeft u niet – daarvoor heb ik op mijn conductestaat te veel foute grapjes over corona. (Nee, mijn voorstel, in aanvulling op het essay van vier kritische intensivisten in *NRC*, om obese 75-plussers preventief te ruimen was maar een geintje. En de suggestie dat Geert Wilders hier terecht een rol voor het leger in zou zien, omdat het leger bij dit soort operaties zowel de kennis als de kunde in huis heeft, zou ik nooit durven uiten.)

Maar voor welke vragen staat nu de komende minister van VWS? De doorgeschoten marktwerking rechtzetten (kernpunt verkiezingsprogramma van, jawel, de VVD)? Een nieuw stelsel (‘tuurlijk, SP)? Hogere lonen voor verpleegsters (breed applaus – en o ja, de premies moeten omlaag en het eigen risico afgeschaft)? Verhogen van de capaciteit van de acute zorg? Het benutten van *machine learning* voor het verbeteren van de vereveningssysteematiek?

Ik denk niets van dat alles. Onze zorg doet het best goed. (Her en der kan het wat beter, en de langdurige zorg is nogal duur, maar dat lijkt vooral een culturele keuze.) Veel van de bekende zorgdiscussies zijn een beetje gerommel in de marge, met de ambitie om een goede voorziening toch goed te houden.

Er is echter één flagrante uitzondering. Het grootste maatschappelijk vraagstuk van de zorg, tevens het vraagstuk dat te weinig aandacht krijgt, is de ongelijkheid in gezondheid en levensverwachting (Pharos, 2019; RIVM, 2018). Gelukkig wordt dit nu wel in enkele verkiezingsprogramma’s besproken, het beste uitgewerkt bij D66, maar ook genoemd bij de PvdA, en bij de SP die het bondig samenvat: “de sociaaleconomische gezondheidsverschillen gaan we verkleinen”. En dat is dan inderdaad *de* uitdaging voor de komende jaren. Maar ook een razend moeilijke, die het tra-



HUGO KEUZENKAMP

Zelfstandig adviseur in de zorg
(momenteel onder andere werkzaam
voor het Rode Kruis Ziekenhuis
te Beverwijk)

ditionele domein van de zorg en de verantwoordelijkheid van de minister verre overschrijdt (Hagenaars et al., 2021, in dit nummer).

Het verbeteren van de sociaal-economische gezondheidsverschillen is lastig, omdat het niet in het ‘systeem’ zit. Een anekdote illustreert dat. Martin Schalij, hoogleraar cardiologie in Leiden, betoogde laatst in een seminar dat de hartzorg enorm geholpen zou zijn als men deze van het academisch ziekenhuis deels zou verschuiven naar buurtcentra in een paar probleemwijken, zodat ook de sociale dienst (in het bijzonder de schuldhulpverlening) kan aanhaken bij het behandelplan. Het zou de zorg een stuk effectiever en goedkoper maken, en de uitkomsten veel beter.

Maar toch komt het er niet van. Voor zover ik weet is er maar één ziekenhuis in Nederland waar de sociale dienst structureel bij de zorg wordt betrokken (Maasziekenhuis Pantein in Boxmeer).

In plaats van een minister van Behandeling (*cure*) en een minister van Verzorging (*care*), hebben we een minister nodig van Gezondheid, Leefstijl en Leefomgeving. De portefeuille van zo’n minister wordt complex; lastiger dan het bestrijden van een pandemie. Maar eigenlijk best een leuke baan, terwijl het tij gunstig is. ‘Bemoiezorg’ introduceren (leefstijl ter discussie stellen, en een gezondere leefstijl mogelijk maken) is een zinnellere breuk met het neoliberalisme dan het afschaffen van de vermeende marktwerking in de zorg. De leefomgeving verbeteren voor mensen met lage opleiding of laag inkomen heeft grotere impact op de V van volksgezondheid dan het opschalen van de intensive care. En een *suikertaks* zou een groter effect op de oversterfte hebben dan een avondklok.

Literatuur

Hagenaars, L., R. de Nood, B. Wouterse en J. Polder (2021) *Wegen naar goede gezondheid liggen ook buiten de zorg*. *ESB*, 106(4794), 92–95.

Klamer, A. (red.) (1984) *New classical macroeconomics: conversations with new classical economists and their opponents*. Londen: Wheatshaf Books.

Pharos (2019) *Sociaaleconomische Gezondheidsverschillen*. Factsheet juli. Te vinden op www.pharos.nl.

RIVM (2018) *Trendscenario toekomst gezondheidsverschillen*. Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV), te vinden op www.vtv2018.nl.

Zorgverzekeringwet helpt om zorguitgaven in toom te houden

Om de zorg kwalitatief hoogwaardig, toegankelijk en betaalbaar te houden introduceerde de Zorgverzekeringwet in 2006 concurrentie in het zorgstelsel, onder andere via de centrale rol van zorgverzekeraars. Een vergelijking met andere Europese landen laat zien dat dat goed heeft uitgepakt.

IN HET KORT

- Nederland kent een goede toegang tot zorg, een hoge levensverwachting en weinig te voorkomen sterfgevallen.
- Gecorrigeerd voor budgetverschuivingen, dalen de uitgaven in de Zorgverzekeringwet ten opzichte van het bbp de laatste jaren.
- Nederland geeft relatief weinig geld uit aan de curatieve zorg, maar wel veel aan de langdurige zorg.

DAAN OOMS

Kwantitatief onderzoeker bij De Argumentenfabriek

MARIT TANKE

Directeur Strategie en Innovatie bij Coöperatie VGZ

DANIËL

VAN VUUREN
Chef Rekenwerk bij De Argumentenfabriek en hoogleraar economie aan Tilburg University

“Het koekoeksjong in het begrotingsnest.” Deze tot de verbeelding sprekende term gaf emeritus hoogleraar economie en voormalig Tweede Kamerlid Flip de Kam (PvdA) aan de zorguitgaven. Dit beeld wordt met enige regelmaat nog steeds aangehaald.

De opwaartse druk op de zorguitgaven vindt zijn oorzaak onder andere in de vergrijzing, technologische ontwikkelingen en loonstijgingen (Adema en Van Tilburg, 2019). Omdat dit grotendeels blijvende factoren zijn, komen andere collectieve uitgaven in het gedrang (De Kam, 2009). De Studiegroep Begrotingsruimte, die het komende kabinet adviseert over de begroting, wijst ook nadrukkelijk op de uitzonderlijke positie van de zorguitgaven: “De zorguitgaven stijgen (...) automatisch harder dan [die in] alle andere collectieve sectoren.” (Ministerie van Financiën, 2020).

Over het zorgstelsel wordt vaak gediscussieerd en in deze discussies staat de Zorgverzekeringwet (Zvw) die de curatieve zorg regelt centraal. De Zvw is in 2006 ingevoerd ter vervanging van de Ziekenfondswet. Het doel van de Zvw is om de zorg kwalitatief hoogwaardig, toegankelijk en betaalbaar te houden. De uitvoering is in handen van (private) zorgverzekeraars en zorgaanbieders, via een gereguleerde concurrentie en keuzevrijheid voor verzekerden en patiënten. Bijna twee derde van alle zorguitgaven op de Rijksbegroting valt onder de Zvw (Platform Zó werkt de

zorg, 2020). In 2020 is dat 6,5 procent van het bruto binnenlands product (bbp).

Rond de introductie van de Zvw in 2006 was er een discussie over marktwerking en concurrentie. Zijn die geschikt voor het bij elkaar brengen van de vraag en het aanbod van de curatieve zorg? Het stelsel met gereguleerde marktwerking geeft, via de zorgverzekeraars, een prikkel om de groei van de zorguitgaven te beperken. Zowel over het zorgstelsel zelf als over de mogelijke verbeteringen daarbinnen is de discussie nooit verstomd (Schipper, 2017; Varkevisser en Schut, 2020).

In deze bijdrage blikken we terug op dertien jaar Zvw, en de rol van deze wet bij het beheersen van de zorguitgaven. We doen dat op basis van vergelijkingen door de tijd heen en tussen de landen (Kraaijeveld et al., 2020). We relateren de Zvw-uitgaven aan beleidswijzigingen, demografie en de economische groei. Hieruit ontstaat een beeld in hoeverre de beoogde doelen gerealiseerd zijn.

Relatief goede kwaliteit en toegankelijkheid

Voordat we ingaan op de uitgaven, schetsen we een beeld van de kwaliteit en toegankelijkheid van de Nederlandse zorg. Een goede uitkomst op zorguitgaven zou immers ten koste kunnen gaan van deze twee andere output-indicatoren.

Bovengemiddelde kwaliteit

Als indicatoren voor kwaliteit gebruiken we de met preventie en zorg te voorkomen sterfgevallen en de levensverwachting bij geboorte. Voor de toegankelijkheid van de zorg gebruiken we het percentage mensen dat zegt geen gebruik te maken van zorg door geldgebrek, reisafstand of wachttijden. De indicatoren zijn dezelfde als die in de *Country Health Reports* van de OESO. Hierdoor kunnen we de indicatoren, op basis van eenzelfde definitie, volgen over een langere tijd en wat betreft meerdere landen.

We beoordelen de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg door de positie van Nederland aan te geven in een rangschikking van 26 Europese landen, te weten de landen van de Europese Unie minus Bulgarije, Cyprus, Kroatië, Malta en Roemenië, en plus Groot-Brittannië, IJsland, Noorwegen en Zwitserland.

Daarbij markeren we de positie van Nederland ten opzichte van Denemarken, Duitsland en Frankrijk. Deze landen hebben verschillende zorgstelsels of uitvoeringen daarvan, en zijn qua welvaart vergelijkbaar met Nederland.

Denemarken wordt in discussies over het zorgstelsel regelmatig als positief voorbeeld genoemd (Tweede Kamer, 2020; Nies et al., 2019). De overheid is aldaar zelf de zorgaanbieder, en regelt dit sinds 2007 regionaal (Christiansen en Vrangbæk, 2018). Het Duitse zorgstelsel lijkt op het Nederlandse, maar de randvoorwaarden voor een geregleerde concurrentie zijn er (nog) niet vervuld (Van de Ven et al., 2013). Het Franse zorgstelsel is hybride, met een verplichte ziekenfondsverzekering en meerdere optionele particuliere verzekeringen (Zorgwijzer, 2013).

Op het gebied van de kwaliteit van de zorg doet Nederland het goed in vergelijking met andere Europese landen. In het voorkomen van sterfgevallen presteert Nederland bovengemiddeld goed en stabiel (figuur 1a). Nederland scoort hierbij vergelijkbaar met Frankrijk, en doet het beter dan Denemarken en Duitsland. Zwitserland is het land met de minste te voorkomen sterfgevallen, en kent ook de hoogste levensverwachting.

In de rangorde op basis van de levensverwachting staat Nederland stabiel boven Denemarken, Duitsland en Frankrijk (figuur 1b). Nederland daalde tussen 2011 en 2017 wel twee plaatsen in de rangorde, door de relatief betere prestaties van Noorwegen en Ierland.

Goede toegankelijkheid

Sinds 2015 presteert Nederland qua toegankelijkheid van de zorg als beste of op één na beste van alle landen (figuur 1c). Alleen in Oostenrijk is de toegankelijkheid van de zorg beter. Duitsland heeft in de periode 2011–2017 een inhaalslag gemaakt op het gebied van toegankelijkheid, en benadert nu Nederland in die positie op de ranglijst.

De hoge kwaliteit en toegankelijkheid van de Nederlandse zorg wordt bevestigd door andere onderzoeken. In lijsten zoals de *Euro Health Consumer Index* en het *Commonwealth Fund* staat Nederland bijvoorbeeld al jaren stabiel in de top drie van de beste Europese landen op het gebied van de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg (Björnberg en Yung Phang, 2019, Schneider et al., 2017).

Budgetverschuivingen verklaren stijging

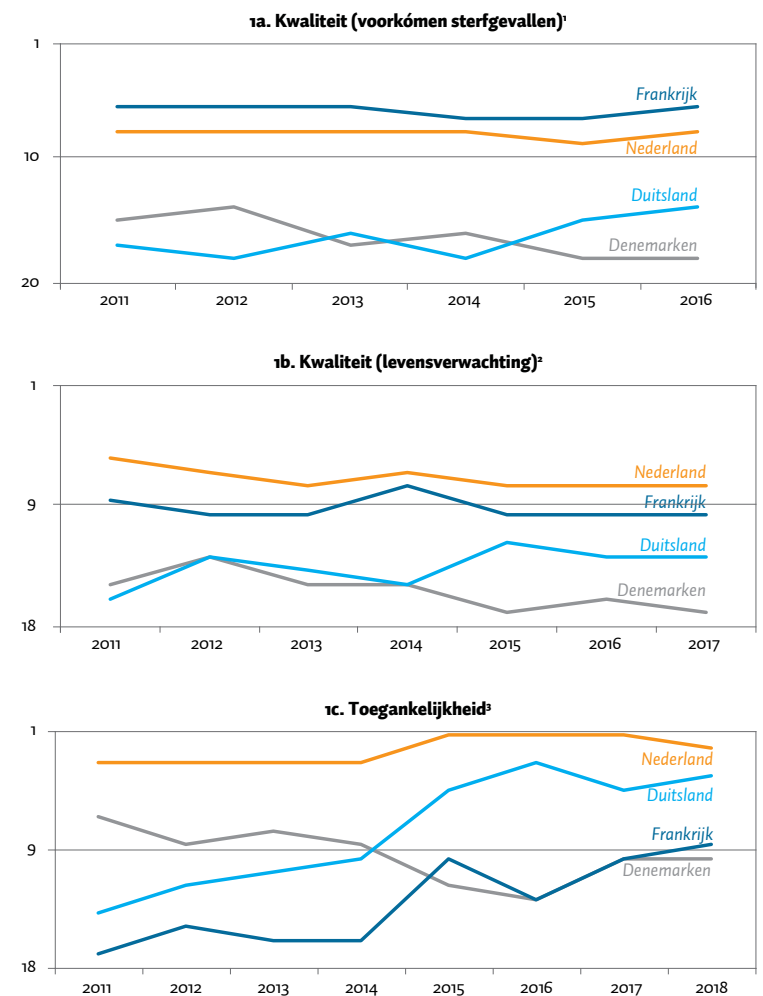
Nederland heeft dus, in vergelijking met andere landen, een zorg die (ruim) bovengemiddeld kwalitatief en toegankelijk is. Maar lukt het ook om de zorg betaalbaar te houden? Figuur 2 laat zien dat de Zvw-uitgaven, los van budgetverschuivingen, grosso modo stabiel zijn gebleven over de tijd (figuur 2). De uitgaven als percentage van het nationaal inkomen (bbp) zijn in de eerste dertien jaar na de invoering van de Zvw gestegen van 4,4 naar 5,7 procent.

Deze stijging kan grotendeels verklaard worden door budgetverschuivingen, zoals de overheveling van de curatieve geestelijke gezondheidszorg (ggz) in 2008 en de afschaffing van de AWBZ en decentralisatie van de zorg in 2015. Onder de decentralisatie vallen de overheveling van de wijkverpleging van de AWBZ naar de Zvw, de overheveling van de jeugd-ggz van de Zvw naar de Jeugdwet, en een aantal kleine overhevelingen die gezamenlijk goed zijn voor een verschuiving van 2,6 miljard euro (Kraaijeveld et al., 2020).

Als je deze budgetverschuivingen wegdenkt uit de figuur, was er alleen in 2009, het jaar waarin de Grote

Ontwikkeling kwaliteit en toegankelijkheid zorg ten opzichte van andere landen

FIGUUR 1

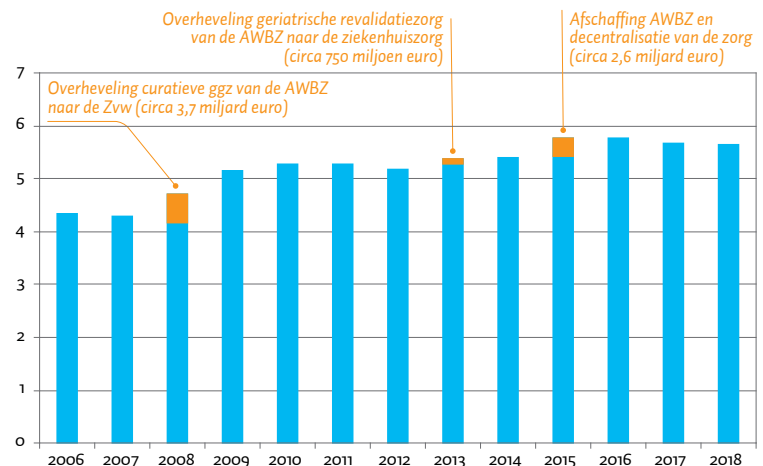


¹ Rangorde binnen 26 Europese landen op basis van met preventie of behandeling te voorkomen sterfgevallen
² Rangorde binnen 26 Europese landen op basis van de levensverwachting bij geboorte
³ Rangorde binnen 26 Europese landen op basis van het percentage mensen dat aangeeft geen gebruik te maken van zorg als gevolg van financiën, reisafstand of wachttijden

Data: OESO en Eurostat | ESB

Ontwikkeling zorguitgaven als percentage van het bruto binnenlands product

FIGUUR 2



Data: CBS en Vektis | ESB

Recessie begon, sprake van een noemenswaardige relatieve stijging van de Zvw-uitgaven. Deze stijging was het gevolg van een daling van het nationaal inkomen (het noemereffect). Dit effect lijkt blijvend, doordat de negatieve economische schok een permanent effect heeft gehad op het nationaal inkomen (Elbourne et al., 2020). Bij een gelijkblijvende groei van de zorguitgaven zorgt een daling van het nationaal inkomen voor een sprong in het niveau van

de zorguitgaven als percentage van het nationaal inkomen. Een dergelijk noemereffect zal zich hoogstwaarschijnlijk ook bij de huidige coronacrisis voordoen.

Vanaf 2010 is er, als je de budgetverschuivingen wegdenkt uit de figuur, sprake van een lichte daling van de zorguitgaven (als percentage van het bbp), die mogelijk verband houdt met een aantal beleidswijzigingen, zoals de stapsgewijze uitbreiding van de vrije prijsvorming in de ziekenhuiszorg, het loslaten van de koppeling tussen salarissen van medisch specialisten, en het aantal behandelingen en de afbouw van de macro-nacalculatie over voorgaande financiële jaren. Deze wijzigingen waren bedoeld om de gereguleerde marktwerking in de Zvw haar werk te laten doen. Door de invoering van meerdere veranderingen is het moeilijk om het causale effect te bepalen van afzonderlijke beleidswijzigingen op de Zvw-uitgaven.

Ondanks demografische druk

De Zvw-uitgaven stijgen dus niet sneller dan het bbp. Dat is opvallend, aangezien het aandeel 65-plussers in de Nederlandse bevolking is gestegen van 15,6 procent in 2011 naar 18,5 procent in 2018 – en de gemiddelde Zvw-uitgaven voor 65-plussers liggen beduidend hoger dan voor 65-minners (figuur 3). Het verschil in uitgaven tussen 65-plussers en 65-minners is bovendien in dezelfde tijd gestegen als gevolg van de overheveling van een deel van de AWBZ – en in het bijzonder de wijkverpleging – naar de Zvw in 2015. Kennelijk wordt de opwaartse druk op de Zvw-uitgaven door de vergrijzing gecompenseerd doordat de gemiddelde uitgaven per persoon ten opzichte van het bbp dalen.

Uitgavenbeheersing lukt in recente jaren beter

Nederland heeft momenteel relatief lage zorguitgaven in vergelijking met andere (Noordwest)Europese landen (figuur 4). In de rangschikking van landen, op basis van zorguitgaven als percentage van het bbp, staat Nederland op plek 9. Denemarken, Duitsland en Frankrijk staan hoger op de ranglijst, wat betekent dat de zorguitgaven als percentage van het bbp daar hoger zijn. Zwitserland neemt de koppositie in met de hoogste zorguitgaven.

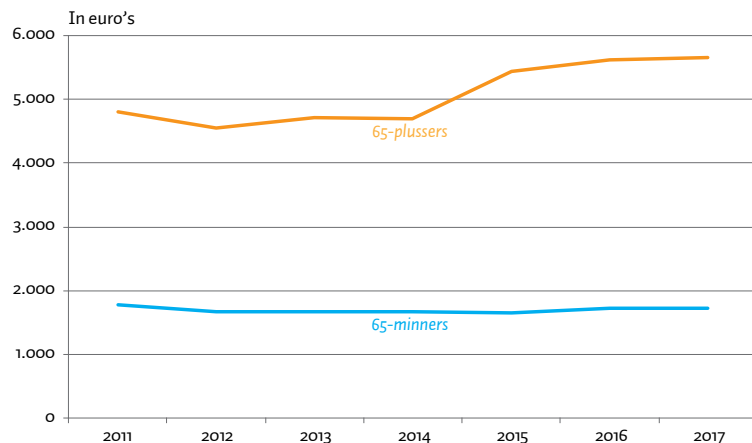
Tussen 2008 en 2013 zijn de zorguitgaven als percentage van het bbp in Nederland en veel andere landen gestegen vanwege het eerder genoemde noemereffect (daling van het bbp na de economische crisis van 2008/2009). De stijging van de zorgkosten als percentage van het bbp is in deze periode in Nederland relatief sterk, waardoor ons land ook stijgt in de rangschikking.

In recente jaren dalen de zorgkosten als percentage van het bbp in Nederland juist sterker dan in andere landen. En niet alle landen laten een daling zien. In Denemarken en Frankrijk ligt het aandeel zorgkosten in het nationale inkomen in 2018 bijvoorbeeld hoger dan in 2014. En dus ook hoger dan in Nederland.

Als we breder kijken naar de zorguitgaven dan alleen naar de uitgaven aan de Zvw, zien we wel dat Nederland relatief veel geld uitgeeft aan langdurige zorg (Kraaijeveld et al., 2020). In vergelijking met andere Europese landen geeft Nederland een relatief klein deel van het nationale inkomen uit aan curatieve zorg – Nederland staat daar op

Zorguitgaven hoger voor 65-plussers¹

FIGUUR 3

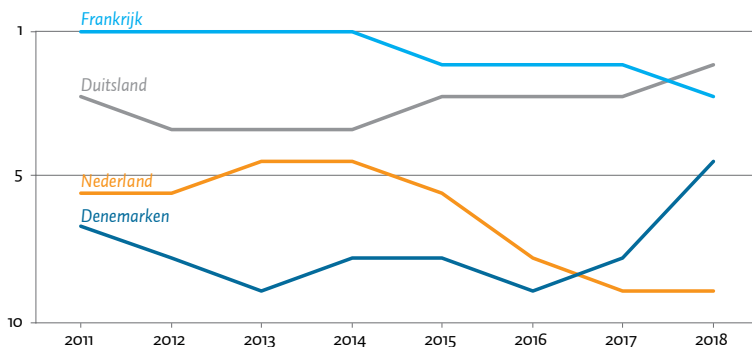


¹ Gemiddelde Zvw-uitgaven per persoon, in euro's van 2015

Data: Vektis | ESB

Zorguitgaven als percentage van bbp ten opzichte van andere landen¹

FIGUUR 4



¹ Rangorde binnen 26 Europese landen

Data: OESO en Eurostat | ESB

Voorbeelden: Bernhoven en Beatrixziekenhuis

KADER 1

Eerder dit jaar brachten het Centraal Planbureau, IQ Healthcare en de Nederlandse Zorgautoriteit een evaluatie uit van de nieuwe manier van werken in ziekenhuis Bernhoven (Uden) en het Beatrixziekenhuis (Gorinchem) (Douven et al., 2020). Uit deze evaluatie blijkt dat door de manier van werken in deze ziekenhuizen – waarbij de nadruk is op het leveren van patiëntgerichte, gepaste zorg en het daarmee voorkómen van onnodige zorg – de zorg doelmatiger geleverd kan worden, met behoud van kwaliteit. De ziekenhuizen hebben, samen met de vooraanstaande zorgverze-

keraars, een structureel programma opgezet rondom het leveren van zinnige zorg, waarbij de inhoud door de professionals zelf ontwikkeld is, en er met de belangrijkste zorgverzekeraars (financiële) afspraken zijn gemaakt die de gewenste transitie ondersteunen. Hierdoor krijgen initiatieven van zorgverleners meer ruimte, wordt er meer samengewerkt met de huisarts, en zijn er organisatieveranderingen doorgevoerd. Daardoor hebben beide ziekenhuizen interne kostenbesparingen gerealiseerd, ten opzichte van de controlegroep

de vijftiende plaats, onder landen als Denemarken, Duitsland en Frankrijk. Bij de langdurige zorg staat Nederland juist boven deze landen, op de derde plaats.

Mogelijke verklaringen

Een verklarende factor voor de uitgavenbeheersing is de concurrentie tussen zorgverzekeraars die met de Zvw is geïntroduceerd. Ze zijn efficiënter gaan werken sinds de invoering van de Zvw, en besparen hiermee gemiddeld zo'n 800 miljoen euro per jaar (Bikker en Bekooij, 2020). Het stelsel biedt ruimte voor concurrentie en het stimuleren van innovatie, wat belangrijk kan zijn bij het in toom houden van de zorguitgaven. De initiatieven in het ziekenhuis Bernhoven in Uden en het Beatrixziekenhuis in Gorinchem illustreren dat: samenwerking tussen zorgverleners en zorgverzekeraars, onder de prikkel van het verlagen van zorguitgaven, leidde daar tot een doelmatiger zorg met behoud van kwaliteit (kader 1).

De uitgaven dalen mogelijk dankzij concurrentie en de hoofdlijnenakkoorden

Verder hebben, sinds 2012, de Hoofdlijnenakkoorden wellicht een rol gespeeld bij de uitgavenbeheersing binnen de Zvw – al is het lastig om dit precies aan te tonen. Deze akkoorden zijn mogelijk dankzij de Zvw. Het Ministerie van Volksgezondheid, zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars maken hierbij gezamenlijke afspraken over inhoud, kwaliteit en uitgaven op het gebied van medisch-specialistische zorg, de geestelijke gezondheidszorg, de huisartsenzorg en de wijkverpleging.

Het blijkt dat de gerealiseerde uitgaven overeenkomen met het afgesproken budget (Kraaijeveld et al., 2020). In theorie kan dat drie verschillende oorzaken hebben. Het afgesproken budget kan als 'deksel' op de uitgaven werken, waardoor ze beperkt blijven. Maar omgekeerd kan het afgesproken budget juist ook als een 'garantiebudget' werken dat opgevuld kan worden door zorgaanbieders. Ten slotte kan het ook zijn dat het budget niet zozeer 'kaderstellend' is, als wel een afgeleide van eerdere onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgverleners. In het laatste geval zouden scherp inkopende zorgverzekeraars een drukkend effect hebben op de in de hoofdlijnenakkoorden afgesproken zorguitgaven.

Of de hoofdlijnenakkoorden positief kaderstellend, negatief kaderstellend of een afgeleide zijn, valt niet te zeggen. In de praktijk zullen waarschijnlijk alle drie de mechanismen van belang zijn. De voorbeelden van Bernhoven en het Beatrixziekenhuis suggereren dat onderhandelingen tussen zorgverleners en zorgverzekeraars op zijn minst een rol kunnen spelen bij het beperken van de zorguitgaven via de hoofdlijnenakkoorden.

Conclusie

De zorgstelselherziening kwam na de invoering van de Zvw in 2006 gaandeweg op stoom. Als we rekening houden met budgetverschuivingen stegen de Zvw-uitgaven sindsdien niet ten opzichte van het bbp. De Zvw-uitgaven blijken bovendien, ondanks de demografische druk, minder hard te stijgen dan in vergelijkbare landen. De beheersing van de uitgaven lijkt niet ten koste te zijn gegaan van kwaliteit en toegankelijkheid – naast uitgavenbeheersing de twee andere doelen van de Zvw.

De uitgaven aan langdurige zorg zijn in Nederland wel relatief hoog ten opzichte van andere landen. Mogelijk zou de toepassing van de uitgavenbeheersende mechanismen in de Zvw, zoals een andere vorm van financiering die de innovatie meer stimuleert, ook in de langdurige zorg vruchten kunnen afwerpen. Dat zou helpen om ook dit deel van de zorg in het begrotingsnest toekomstbestendig te maken.

Literatuur

- Adema, Y. en I. van Tilburg (2019) *Zorgen om morgen*. CPB Vergrijzingsstudie, december.
- Bikker, J. en J. Bekooij (2020) Marktwerking heeft geleid tot meer concurrentie tussen zorgverzekeraars. *ESB*, 105(4785), 201–203.
- Björnberg, A. en A. Yung Phang (2019) *Euro Health Consumer Index 2018*. Health Consumer Powerhouse.
- Christiansen, T. en K. Vrangbæk (2018) Hospital centralization and performance in Denmark: ten years on. *Health Policy*, 122(4), 321–328.
- Douven, R., M. Diepstraten, A. Kópanyi-Peuker et al. (2020) *Evaluatie programma's Beatrixziekenhuis en Bernhoven*. CPB Policy brief, juni.
- Elbourne, A., Y. Adema, L. Bettendorf et al. (2020) *Blijvende economische schade van de coronacrisis*. CPB Coronapublicatie, augustus.
- Kam, F. de (2009) Zorguitgaven verdrücken overige collectieve uitgaven. *ESB*, 94(4561), 326–329.
- Kraaijeveld, K., D. Ooms en D. van Vuuren (2020) *De Zorgverzekeringwet in perspectief: terugblik op 13 jaar Zvw*. Amsterdam: De Argumentenfabriek.
- Ministerie van Financiën (2020) *Uitstel 16e Studiegroep Begrotingsruimte*. Kamerstuk 2020-0000128111, 10 juli. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.
- Nies, H., M. Herps, E. Vreeken et al. (2019) *Ouderen- en gehandicaptenzorg in Scandinavië: op zoek naar bronnen voor duurzame vernieuwing*, april. Vilans. Te vinden op www.tweedekamer.nl.
- Platform Zó werkt de zorg (2020) Te vinden op www.zowerktdezorg.nl.
- Schippers, E. (2017) Naar twintig jaar Zorgverzekeringwet. *ESB*, 102(4745), 16–19.
- Schneider, E.C., D.O. Sarnak, D. Squires et al. (2017) *Mirror, mirror 2017: international comparison reflects flaws and opportunities for better U.S. health care*. The Commonwealth Fund.
- Tweede kamer (2020) *Verslag van een werkbezoek van een delegatie uit de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan Denemarken en Zweden*. TK 34104-275.
- Varkevisser, M. en E. Schut (2020) Kosten corona geven geen aanleiding om zorgstelsel fundamenteel te hervormen. *ESB*, 105(4785), 204–207.
- Ven, W.P. van de, K. Beck, F. Buchner et al. (2013) Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? *Health Policy*, 109(3), 226–245.
- Zorgwijzer (2013) *Hoe is de zorgverzekering in andere landen geregeld?* Artikel op www.zorgwijzer.nl, 9 oktober.

Zorgbestuurders vinden de eisen van verzekeraars niet altijd wenselijk en passend

Zorgverzekeraars spelen een belangrijke rol bij het voortbestaan van zorgorganisaties. De relatie tussen deze twee partijen is echter complex en verloopt niet altijd vlekkeloos. Een enquête onder zorgbestuurders laat zien dat zij de eisen van zorgverzekeraars beperkt als legitiem ervaren.

IN HET KORT

- Zorgbestuurders ervaren veel macht en urgentie van zorgverzekeraars, maar vinden hun eisen beperkt wenselijk en passend.
- Zorgbestuurders ervaren de meeste invloed van zorgverzekeraars wat betreft financiën, strategievoering en de kwaliteit van zorg.
- Een gedeelde langetermijnvisie zou de kwaliteit van samenwerking kunnen bevorderen en het zorgstelsel werkbaar houden.

TESSA VAN DIJK

Promovenda aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR)

RICHARD JANSSEN

Hoogleraar aan de EUR en Tilburg University

WILMA VAN DER SCHEER

Directeur Erasmus Centrum voor Zorgbestuur en voorzitter Academische Werkplaats Zorgbestuur aan de EUR

Zorgorganisaties zijn voor hun financiële stabiliteit en voortbestaan grotendeels afhankelijk van zorgverzekeraars. Recente gebeurtenissen, zoals het faillissement van het MC Slotervaartziekenhuis en de MC IJsselmeerziekenhuizen, en de huidige coronacrisis, hebben deze afhankelijkheden opnieuw nadrukkelijk blootgelegd. Bij de faillissementen van de betreffende ziekenhuizen in 2018 speelden de zorgverzekeraars een doorslaggevende rol (OVV, 2019; Commissie onderzoek faillissementen ziekenhuizen, 2020). Tijdens de huidige coronacrisis moesten zorgverzekeraars, banken, overheid en veldpartijen gezamenlijk tot afspraken komen om de continuïteit van de zorg te waarborgen en omzetverlies te compenseren (Skipr, 2020; ZN, 2020; Zorgvisie, 2020).

Er kan dus gesteld worden dat er tussen zorgverzekeraars en zorgorganisaties een cruciale en wederzijds afhankelijke relatie bestaat. Zorgverzekeraars hebben op basis van de zorgplicht de taak om zorg beschikbaar te stellen aan hun verzekerden en om daarvoor zorgorganisaties te contracteren.

Uit recent onderzoek blijkt dat zorgverzekeraars moeite hebben met het inkopen van zorg op basis van kwaliteit (Stolper et al., 2019). Ook de ervaren machtsverhoudingen tussen partijen kunnen het contracteringsproces belemmeren en vertragen (Halbersma et al., 2011; Schut en Varkevisser, 2017). Als gevolg hiervan verlopen de jaarlijkse onderhandelingen vaak stroef. In het verleden zagen

we dat dit soms resulteerde in confrontaties tussen zorgverzekeraars en zorgorganisaties, die plafondafspraken en patiëntenstops gebruikten om druk uit te oefenen op de andere partij (Janssen, 2017; Skipr, 2019).

In dit artikel gaan we op basis van ons onderzoek dieper in op de complexe relatie tussen zorgorganisaties en zorgverzekeraars. We kijken specifiek naar hoe zorgbestuurders, als representant van zorgorganisaties, hun relatie met de zorgverzekeraars ervaren en waarderen in termen van macht, legitimiteit en urgentie.

Onderzoeksopzet

Het is, gezien de mate van wederzijdse afhankelijkheid, van belang om beter inzicht te krijgen in het vertrouwen dat zorgorganisaties in zorgverzekeraars hebben, de werkbaarheid van de relatie en de houdbaarheid van ieders plek in het zorgstelsel. Hoe zorgorganisaties de relatie met zorgverzekeraars ervaren en waarderen, is onderzocht aan de hand van het *saliency*-model (kader 1), ontwikkeld door Mitchell et al. (1997). In dit model wordt de relatie met de zorgverzekeraar op drie manieren gewaardeerd: op basis van ervaren macht, van legitimiteit en van urgentie.

Begin 2019 is er een vragenlijst uitgezet onder bestuurders van zorgorganisaties, in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Zorgbestuurders (NVZD). Hierbij is gebruik gemaakt van hun ledenbestand. De NVZD kende ten tijde van het onderzoek rond de 700 leden. Uiteindelijk zijn 301 respondenten meegenomen in de analyse, van wie 268 respondenten de vragenlijst volledig hebben ingevuld. Zorgbestuurders werken voor verschillende typen zorgorganisaties, die alle hun eigen regelgeving en financieringsstructuur kennen.

De organisaties in de verpleging, verzorging en thuiszorg zijn het beste vertegenwoordigd ($n = 79$), gevolgd door de ziekenhuizen ($n = 55$), geestelijke gezondheidszorg ($n = 47$), gehandicaptenzorg ($n = 35$), gecombineerde zorgorganisaties ($n = 34$) en eerstelijnszorg ($n = 19$). Om verwarring onder respondenten over de verschillende zorgverzekeraars te voorkomen, is er specifiek gevraagd naar de verzekeraar waarmee het grootste contract qua omzet over 2018 is afgesloten.

Macht, legitimiteit en urgentie

De resultaten van het *saliency*-model en de gemiddelde scores die zorgorganisaties toekennen aan zorgverzekeraars

zijn weergegeven in figuur 1. De attributen macht (7) en urgentie (6,9) worden hoger beoordeeld dan legitimiteit (5,5). Dit wil zeggen dat zorgorganisaties van zorgverzekeraars veel invloed ervaren op hun beleid (macht), en dat de eisen van zorgverzekeraars vaak direct hun aandacht vragen (urgentie), maar dat ze de invloed en de eisen van zorgverzekeraars niet vanzelfsprekend wenselijk en passend vinden (legitimiteit).

Uit een verdere analyse van de resultaten blijkt dat er significante verschillen bestaan in de waardering door bestuurders van verschillende typen zorgorganisaties. Bestuurders in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) ervaren meer invloed van zorgverzekeraars dan bestuurders in de gehandicaptenzorg. Bestuurders in de eerstelijns ervaren de eisen van zorgverzekeraars als minder passend en wenselijk dan bestuurders in de gehandicaptenzorg. Bestuurders in de verpleging, verzorging en thuiszorg geven aan dat de eisen van de zorgverzekeraars in mindere mate directe aandacht vragen (urgentie) dan van bestuurders in de eerstelijns en de ggz. Bestuurders in de eerstelijns ervaren weer meer urgentie dan bestuurders in de gehandicaptenzorg.

De verschillen kunnen grotendeels verklaard worden door de sectorspecifieke (beleids)dynamiek. De gevonden resultaten komen overeen met eerder onderzoek, waarbij er ook consequent verschillen per sector worden gevonden (Bijloos et al., 2017).

Invloed op bestuurlijke processen

Om beter inzicht te krijgen in de aard van de invloed die zorgverzekeraars uitoefenen, is er onderzocht op welke bestuurlijke processen zorgbestuurders met name invloed ervaren. Figuur 2 geeft het percentage van de respondenten weer dat aangeeft (zeer) veel invloed van zorgverzekeraars te ervaren op de onderscheiden bestuurlijke processen.

Opvallend is dat zorgorganisaties veel invloed ervaren van zorgverzekeraars met name op het gebied van financiën (73 procent). Dit is te verklaren door de invloed die contractonderhandelingen hebben op de financiële positie van de zorgorganisatie. Daarnaast is de 'bevoorschotting' door zorgverzekeraars van belang voor het in stand houden van een goede liquiditeitspositie.

Als we het percentage voor zorgverzekeraars vergelijken met de invloed die zorgorganisaties ervaren op hetzelfde aspect van een andere financiële stakeholder, namelijk de bank (kader 2), dan ligt het percentage van de zorgverzekeraar opvallend hoger (73 tegenover 37 procent). Daarnaast blijkt dat, ondanks het feit dat zorgverzekeraars het lastig vinden om zorg op kwaliteit in te kopen (Stolper et al., 2019), veel zorgorganisaties hier wel een hoge mate van invloed ervaren.

Figuur 2 laat daarnaast zien dat de ervaren invloed van de zorgverzekeraar verrekend en divers is. Deze beslaat bijna alle gebieden van de zorgorganisatie. Dit betreft niet alleen de financiële processen, maar ook de bredere strategievoering, kwaliteit van zorg en van zorgprocessen. De combinatie van de resultaten in figuur 1 en 2 roept dan ook een beeld op waarin respondenten op veel vlakken de invloed van de zorgverzekeraar ervaren, maar tegelijkertijd de legitimiteit van diens eisen in twijfel trekken.

Salience-model en vragen

KADER 1

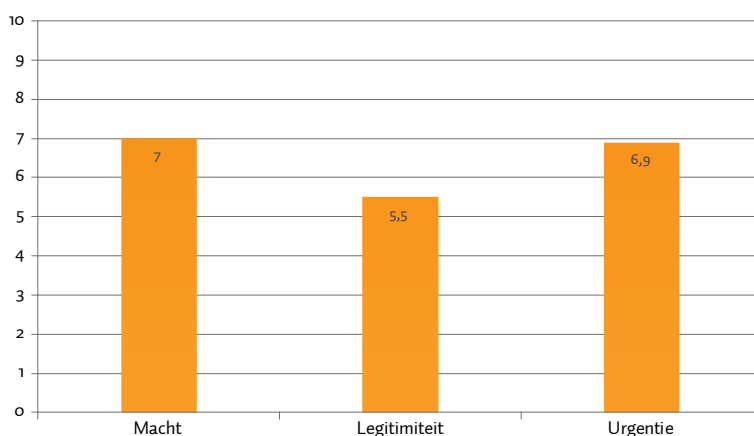
Het *salience*-model (Mitchell et al., 1997) bestaat uit drie stakeholder-attributen: macht, legitimiteit en urgentie. Samen bepalen zij de mate waarin een manager – of in dit geval zorgbestuurder – prioriteit geeft aan bepaalde stakeholders (*salience*). Hierbij geldt: hoe meer attributen, hoe hoger de prioriteit. Macht gaat specifiek over de rol van de stakeholder zelf, terwijl legitimiteit en urgentie slaan op de acties en eisen van een stakeholder. Anders dan in de originele toepassing van het model dat zich hoofdzakelijk richt op *salience*, worden in dit onderzoek macht, legitimiteit en urgentie als individuele componenten beschouwd, omdat dit een rijker beeld geeft van de waardering door zorgorganisaties.

De vragen naar macht, legitimiteit en urgentie zijn gebaseerd op vragen uit eerder onderzoek en zijn als volgt geoperationaliseerd (schaal van 1 tot 10):

1. Macht: In hoeverre heeft de bank/zorgverzekeraar invloed op de beslissingen van de zorgorganisatie waarvoor u momenteel werkzaam bent? Geef een cijfer tussen 1 (zeer weinig invloed) en 10 (zeer veel invloed).
2. Legitimiteit: In hoeverre beoordeelt u de eisen die de bank/zorgverzekeraar stelt aan de zorgorganisatie waarvoor u momenteel werkzaam bent als wenselijk/passend? Geef een cijfer tussen 1 (zeer onwenselijk/niet passend) en 10 (zeer wenselijk/passend).
3. Urgentie: In hoeverre vragen de eisen van de bank/zorgverzekeraar de onmiddellijke aandacht van de zorgorganisatie waarvoor u momenteel werkzaam bent? Geef een cijfer tussen 1 (zeer weinig urgentie) en 10 (zeer veel urgentie).

Gemiddelde macht, legitimiteit en urgentie ervaren door zorgbestuurders

FIGUUR 1



ESB

Onderzoeksresultaten banken

KADER 2

We hebben zorgbestuurders dezelfde set vragen voorgelegd over banken. Banken verschaffen zowel langlopende leningen als werkkapitaal (rekening-courant) aan zorgorganisaties. Daardoor vormen ook zij een belangrijke financiële partij, die vergeleken met de zorgverzekeraars meer op afstand van het gehele zorgstelsel staat. De resultaten wat betreft banken vormen een spiegelbeeld met die van de zorgverzekeraar. Zorgorganisaties ervaren relatief weinig macht (4,3) en urgentie (4,4) van de bank, maar kennen deze partij wel een grotere mate van legitimiteit toe (6,4). Met andere woorden, de eisen die de banken stellen, worden door zorgorganisaties ervaren als wenselijk en passend binnen het zorglandschap. Significante verschillen in de ervaringen van zorgbestuurders hebben met name

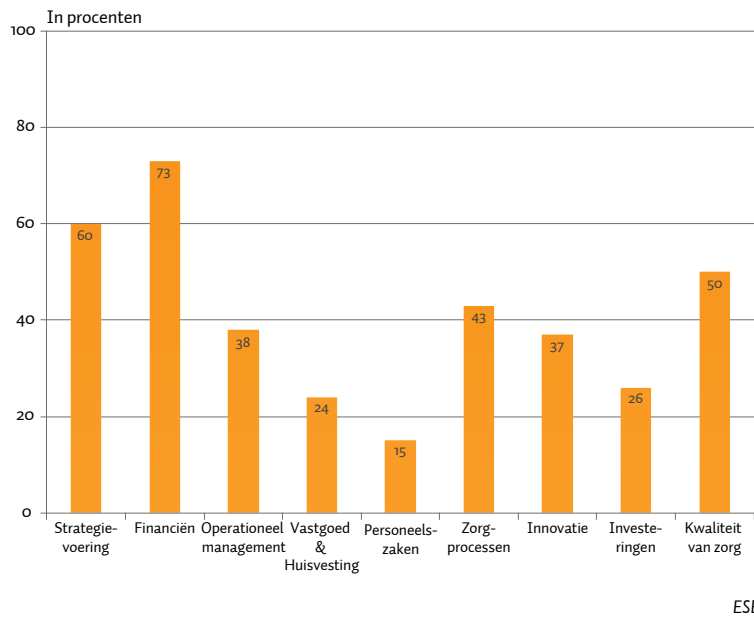
te maken met de omvang van zorgorganisaties. Grotere zorgorganisaties ervaren significant meer invloed en urgentie van de bank. Dit is wellicht te verklaren omdat het belang van banken groter is bij grote zorgorganisaties. Er is meer geïnvesteerd en er staan meer risico's op het spel. Daardoor zullen banken meer willen monitoren en meer druk uitoefenen bij de eisen die ze stellen.

In lijn met de rol van banken scoort hun invloed met name hoog op het gebied van vastgoed en huisvesting (44 procent), investeringen (38 procent) en financiën (37 procent).

Concluderend kan er gesteld worden dat zowel de rol, het belang als de expertise van de bank voor zorgbestuurders duidelijk en afgebakend is, en daarmee wordt hun legitimiteit minder betwist.

Percentage zorgbestuurders dat een hoge mate van invloed ervaart op bestuurlijke processen (n = 251)

FIGUUR 2



ESB

Conclusie en beschouwing

Hoewel de zorgverzekeraar een duidelijke taak heeft binnen het zorgstelsel, vinden zorgorganisaties en bestuurders de contractuele relatie vaak problematisch. De invloed van zorgverzekeraars is groot en omvat zowel financiële aspecten als inhoudelijke onderwerpen, bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg en de strategievoering. Deze invloed is in lijn met de wettelijk toegekende rol van de zorgverzekeraar. De resultaten laten echter zien dat de legitimiteit van hun eisen in de ogen van zorgorganisaties beperkt is. Dit kan leiden tot frictie in de interactie tussen zorgverzekeraars en zorgorganisaties, en kan aldus het onderhandelingsproces bemoeilijken en de samenwerking belemmeren.

Het takenpakket van de zorgverzekeraar maakt dat ze inherent een weinig geliefde partij zijn. Zorgverzekeraars worden namelijk geacht om zorguitgaven te drukken en kwaliteit van zorg te belonen. Echter, contracten afsluiten op basis van kwaliteit is lastiger dan op basis van kosten, en al dan niet gedwongen wederzijdse afhankelijkheden kunnen de relatie bemoeilijken.

Op basis van de beschreven resultaten uit dit onderzoek kan gesteld worden dat er onder zorgbestuurders een gebrek aan draagvlak dreigt voor de rol en de activiteiten van de zorgverzekeraar. Dit heeft niet alleen gevolgen voor het jaarlijkse onderhandelingsproces en de totstandkoming van contracten, maar ook voor de uitvoerbaarheid en werkbaarheid van het gehele zorgstelsel.

Recent hebben Groenewegen et al. (2019) en Maarse en Jeurissen (2019) onderzocht hoe het met het vertrouwen in de zorgverzekeraar gesteld is vanuit het perspectief van twee andere partijen: de verzekerden en de zorgverleners. Hun resultaten laten zien dat er een structureel gebrek aan vertrouwen in zorgverzekeraars bestaat. Ze hintten daarbij naar een legitimiteitsprobleem op de zorgverzekeringmarkt, want als het vertrouwen structureel ontbreekt,

ondermijnt dit de legitimiteit van zorgverzekeraars. Onze resultaten laten een belemmering op de zorginkoopmarkt zien, dat gecombineerd duidt op een dieperliggend probleem met gevolgen voor de uitvoering van de taken van de zorgverzekeraar.

Anderzijds observeren we dat zorgverzekeraars en zorgorganisaties steeds vaker contracten afsluiten gebaseerd op meerjarenafspraken. Dit kan het begin vormen van een nieuw relationeel evenwicht. Meerjarenafspraken bieden zorgorganisaties meer financiële zekerheid voor de toekomst. Een dergelijke langdurige overeenkomst veronderstelt bovendien een gedeelde visie tussen zorgverzekeraar en zorgorganisatie. Dit is in het bijzonder relevant wat betreft de huidige ontwikkelingen in de zorg rondom faillissementen van zorgorganisaties, de coronacrisis en een mogelijke hernieuwde rol voor de overheid in de zorg.

Literatuur

- Bijloos, S., W. van der Scheer en L. van Veen-Berkx (2017) *Bestuurders in beeld: vijftien jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Commissie onderzoek faillissementen ziekenhuizen (2020) *De aangekondigde ondergang: onderzoek naar de faillissementen van het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen*. Rapport, maart. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.
- Groenewegen, P.P., J. Hansen en J.D. de Jong (2019) Trust in times of health reform. *Health Policy*, 123(3), 281–287.
- Halbersma, R.S., M.C. Mikkers, E. Motchenkova en I. Seinen (2011) Market structure and hospital–insurer bargaining in the Netherlands. *The European Journal of Health Economics*, 12(6), 589–603.
- Janssen, R.T.J.M. (2017) *Het onzekere voor het zekere: tweebenig besturen in de zorg*. Oratie, 24 november. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Maarse, H. en P. Jeurissen (2019) Low institutional trust in health insurers in Dutch health care. *Health Policy*, 123(3), 288–292.
- Mitchell, R.K., B.R. Agle en D.J. Wood (1997) Toward a theory of stakeholder identification and salience: defining the principle of who and what really counts. *The Academy of Management Review*, 22(4), 853–886.
- OVV (2019) *Faillissement MC Slotervaart en MC IJsselmeer-ziekenhuizen: risico's voor patiëntveiligheid*. Rapport Onderzoeksraad voor Veiligheid, 19 december. Te vinden op www.onderzoeksraad.nl.
- Schut, F.T. en M. Varkevisser (2017) Competition policy for health care provision in the Netherlands. *Health Policy*, 121(2), 126–133.
- Skipr (2019) *Klant VGZ kan weer zorg krijgen bij Parnassia*. Artikel op www.skipr.nl, 10 december.
- Skipr (2020) *Akkoord ziekenhuizen en ZN: compensatie van alle coronakosten*. Artikel op www.skipr.nl, 3 juli.
- Stolper, K.C.F., L.H.H.M. Boonen, F.T. Schut en M. Varkevisser (2019) Managed competition in the Netherlands: do insurers have incentives to steer on quality? *Health Policy*, 123(3), 293–299.
- ZN (2020) *Regeling continuïteitsbijdrage*. Overzicht te vinden op zn.nl.
- Zorgvisie (2020) *Bank ziet naast vragen over vangnet 'goed toekomstperspectief'*. Artikel op www.zorgvisie.nl, 9 april.

Compenseer zorgverzekeraars volledig voor voorspelbare verliezen

'Chronisch zieken, kom bij ons! Wij contracteren voor jullie de beste zorg!' Zo adverteren Nederlandse zorgverzekeraars nooit, aangezien ze verlies lijden op de chronisch zieken die zij verzekeren. Waarom is dit een probleem, en wat valt eraan te doen?

IN HET KORT

- Verzekeraars doen aan risico-selectie en stemmen het aanbod niet op chronisch zieken af omdat ze op hen verlies maken.
- Het onvoldoende compenseren van verzekeraars is in strijd met de Europese regelgeving en met de Zorgverzekeringswet.
- Naast een ex-ante-compensatie via risicoverevening zijn ook een ex-post-compensatie en een premiebandbreedte mogelijk.

WYNAND VAN DE VEN

Emeritus hoogleraar aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 heeft de wetgever gekozen voor een concurrerende zorgverzekeringsmarkt. De verwachting is dat de concurrerende zorgverzekeraars die namens hun verzekerden zorg inkopen, de doelmatigheid, kwaliteit en innovatie van zorg zullen bevorderen en zullen inspelen op de voorkeuren van de verzekerden.

Deze concurrerende zorgverzekeringsmarkt werkt echter niet goed omdat verzekeraars door de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie voorspelbare verliezen lijden op hoogrisico-verzekerden. Deze voorspelbare verliezen leiden tot risicoselectie en een ongelijk speelveld voor zorgverzekeraars (NZa, 2016; Van de Ven et al., 2013). Zulke problemen zijn reëel: de Nederlandse Zorgautoriteit constateert dat de signalen over risicoselectie toenemen (NZa, 2020).

Om de voorspelbare verliezen te beperken is een systeem voor risicoverevening ingevoerd. Dit risicovereveningssysteem compenseert verzekeraars echter niet volledig voor de voorspelbare verliezen op de hoogrisico-verzekerden, waardoor het probleem blijft bestaan. Tabel 1 laat dit zien.

De regering heeft bij herhaling aangegeven de voorspelbare verliezen niet volledig te willen compenseren (Tweede Kamer, 2016; 2019a; 2019b; 2020). In dit artikel betoog ik dat deze onvolledige verevening een bedreiging vormt voor het zorgstelsel en in strijd is met de Europese regelgeving.

Voorspelbare winsten en verliezen

Het doel van de risicoverevening is om te bewerkstelligen dat iedere door de zorgverzekeraar te accepteren burger voor hem een gelijk *verzekeringsrisico* vormt (Tweede Kamer, 2004). Dit doel wordt grotendeels gerealiseerd, maar niet volledig. Uit tabel 1 blijkt dat, na toepassing van de risicoverevening, zorgverzekeraars bij een gemiddelde premie voorspelbare verliezen lijden op chronisch zieken, en voorspelbare winsten op gezonden.

Deze voorspelbare winsten en verliezen creëren prikkels tot risicoselectie. Bijvoorbeeld, een zorgverzekeraar die de beste zorg voor chronisch zieken contracteert, en daarom door patiëntenverenigingen wordt aangeraden, kan geconfronteerd worden met een relatief groot aandeel voorspelbaar verliesgevend verzekerden en dient dan zijn premie drastisch te verhogen. Dit verslechtert de marktpositie van deze zorgverzekeraar. Uiteindelijk kan de zorgverzekeraar dan failliet gaan, of zich richten op het relatief kleine marktsegment van de chronische zieken die een hoge nominale premie kunnen en ook willen betalen. Zorgverzekeraars met relatief weinig chronisch zieken kunnen daarentegen hun premie verlagen.

Deze prikkels stimuleren zorgverzekeraars om investeringen in goede kwaliteit zorg voor voorspelbaar verliesgevend verzekerden achterwege te laten, en daardoor niet aantrekkelijk te zijn voor deze groep verzekerden. Dit leidt op den duur tot een verschraling van de zorg.

Een ander nadeel van risicoselectie is dat, vanuit een kosten-baten-afweging, risicoselectie voor zorgverzekeraars een effectievere strategie kan zijn voor schadelastvermindering dan het bevorderen van de doelmatigheid van zorg. Dat is ongewenst, want maatschappelijk gezien hebben investeringen in risicoselectie geen meerwaarde. Dit zou ertoe kunnen leiden dat er op korte termijn meer geïnvesteerd wordt in risicoselectie dan in doelmatige zorginkoop.

De imperfecte risicoverevening vormt dus een bedreiging voor de kwaliteit en doelmatigheid van zorg, creëert een ongelijk speelveld voor zorgverzekeraars, en leidt ertoe dat de beoogde risicosolidariteit niet wordt gerealiseerd (Van de Ven, 2012).

Huidige risicovereveningssystematiek

Bij risicoverevening gaat het om het compenseren voor risico's die de zorgverzekeraar niet in de hand heeft, vanwege de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie.

Gemiddelde voorspelbare winst na toepassing van risicoverevening

TABEL 1

Studie	Chronische aandoening	Aantal in duizenden	Voorspelbare winst per verzekerde per jaar in euro's
Van Kleef et al. (2018) met vereveningsmodel 2018	Geen	8.264	91
	Ten minste één volgens huisarts	8.916	-84
Vektis (2017) met vereveningsmodel 2017	Diabetes	904	-224
	COPD/astma	901	-273
	Hart- en vaatziekten	3.400	-229

ESB

De risicoverevening moet daarom compenseren voor alle risicofactoren die verzekeraars in een vrije markt in hun premiestelling zouden kunnen opnemen.

De regering wil zorgverzekeraars echter alleen compenseren voor voorspelbare zorgkosten als de oorzaak van die zorgkosten objectief herleidbaar is naar de gezondheidsgerelateerde kenmerken van de verzekerden (Tweede Kamer 2020). Dit betekent dat de regering zorgverzekeraars bewust slechts gedeeltelijk wil compenseren voor de voorspelbare verliezen op hoogrisico-verzekerden.

Als de ondercompensaties worden veroorzaakt door bijvoorbeeld ondoelmatigheid bij de zorgaanbieders, regionale verschillen in zorgaanbod en prijzen, praktijkvariatie tussen zorgaanbieders, de vormgeving van de polis, of zorgconsumptiegeneigdheid van verzekerden, dan wil de regering die ondercompensatie niet via de risicoverevening ongedaan maken (Tweede Kamer, 2016; 2019a; 2019b; 2020). Volgens de regering ligt de verantwoordelijkheid voor deze kostenverschillen bij de verzekeraar, die hierop zal reageren als hij er een financieel risico door loopt (Tweede Kamer, 2016). Maar het wel verevenen voor de genoemde kenmerken vermindert de prikkel tot doelmatigheid van de verzekeraars niet, omdat de vereveningsbijdragen die een verzekeraar ontvangt, zijn gebaseerd op de landelijk gemiddelde zorgkosten, en niet op de zorgkosten van de betreffende verzekeraar. Elke verbetering van de doelmatigheid die een verzekeraar weet te realiseren, door bijvoorbeeld selectief niet te contracteren met ondoelmatige zorgaanbieders, kan volledig tot uiting komen in de premie van de verzekeraar.

Het niet verevenen voor de genoemde kenmerken, zoals de regering wil, impliceert dat een aanzienlijk deel van de zorgkosten buiten de risicoverevening wordt gehouden, waardoor er prikkels tot risicoselectie ontstaan. Zorgverzekeraars zullen bijvoorbeeld proberen verzekerden te werven uit regio's met veel ondoelmatige zorgaanbieders, veel zorgaanbod vanwege aanbod-geïnduceerde vraag of hoge prijzen. Het is niet duidelijk hoe de regering de risicoselectie als gevolg van de bewuste ondercompensaties wil tegengaan.

Het afgelopen jaar is er een intensieve discussie op basis van economische argumenten gevoerd over welke kenmerken er wel of niet in de risicoverevening zouden

moeten worden opgenomen (KPMG, 2020). Die opvattingen en argumenten zijn interessant, maar als er een conflict over de risicoverevening wordt voorgelegd aan de rechter, is uitsluitend het geldende wettelijk kader van belang.

In strijd met Europese regelgeving

Om toegankelijkheid van de zorg te garanderen mogen zorgverzekeraars in Nederland geen verzekerden weigeren of op basis van risico een hogere premie rekenen. Volgens Europees recht mag de overheid deze beperkingen opleggen, maar alleen als zorgverzekeraars volledige gecompenseerd worden voor het hogere risico dat ze door deze beperkingen lopen.

In 2009 heb ik bij een evaluatie van de Zorgverzekeringswet een analyse gemaakt van de verhouding van de Zorgverzekeringswet tot het Europees recht (Van de Ven et al., 2009). Met name de Derde schaderichtlijn (1992) blijkt relevant voor de risicoverevening. In een brief aan de Tweede Kamer schrijft de regering dat volgens de Landsadvocaat de Derde schaderichtlijn overheidsingrijpen ter zake van acceptatieplicht, dekkingssomvang of premiestelling verbiedt wanneer het financiële risico daarvan bij de particuliere schadeverzekeraars wordt gelegd (Tweede Kamer, 1999). Deze richtlijn is in 2016 opgegaan in de richtlijn Solvabiliteit II (2009). Hierbij zijn de relevante overwegingen en bepalingen ongewijzigd gebleven. De conclusie luidt dat Europese regelgeving het de overheid verbiedt om aan private verzekeraars verplichtingen, zoals een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie, op te leggen als zij de verliezen die uit die verplichtingen voortvloeien niet compenseert.

In strijd met de Zorgverzekeringswet

Een onvolledige compensatie is ook in strijd met de memorie van toelichting bij de Zorgverzekeringswet. Deze memorie stelt dat het doel van de risicoverevening is om te bewerkstelligen dat iedere door de zorgverzekeraar te accepteren burger voor hem een gelijk *verzekeringsrisico* vormt (Tweede Kamer, 2004). Nergens wordt een beperking van de vereveningskenmerken genoemd of de criteria hiervoor, ook niet in de Zorgverzekeringswet. Wel staan er diverse passages in die, in overeenstemming met de Europese regelgeving, erop neerkomen dat de risicoverevening moet voorkomen dat zorgverzekeraars met een onevenredig groot aantal verzekerden met een slecht verzekeringsrisico in hun verzekeringsportefeuille hiervan financieel nadeel ondervinden (Tweede Kamer, 2004). Alleen als voor alle risicokenmerken wordt verevend, of anderszins een volledige compensatie wordt geboden, ondervinden verzekeraars geen financieel nadeel.

Verevening voor alle risicokenmerken van de verzekerden is ook consistent met belangrijke doelstellingen van de Zorgverzekeringswet: een gelijk speelveld voor de zorgverzekeraars en geen risicoselectie. Het bewust niet verevenen voor bepaalde risicokenmerken van de verzekerden leidt, vanwege de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie, tot een ongelijk speelveld voor de zorgverzekeraars en, vanwege de voorspelbare winsten en verliezen op verzekerden met de betreffende kenmerken, tot prikkels tot risicoselectie.

Oplossingen

Er zijn ten minste drie oplossingen die ervoor zorgen dat verzekeraars door de wetgever niet in een verliesgevende positie worden gebracht.

Een eerste oplossing is verbetering van de risicoverevening. Dit kan door het toevoegen van nieuwe vereveningskenmerken of door het gebruik van een ander schattingsmodel. Het is van belang dat de overheid nagaat welke bijdrage *machine-learning*-technieken (Stam et al., 2020, in dit nummer) en *constrained regression* (Van Kleef et al., 2015; 2018) kunnen leveren aan het realiseren van het doel van de risicoverevening. Bij *constrained regression* wordt het regressiemodel – dat als voorspelmodel voor de risicoverevening wordt gebruikt – uitgebreid met een of enkele extra restricties, bijvoorbeeld dat het vereveningsresultaat voor de in tabel 1 vermelde groepen gelijk aan nul moet zijn. Ook zou een restrictie kunnen zijn dat het vereveningsresultaat voor een aantal fictieve portefeuilles gelijk aan nul moet zijn, bijvoorbeeld een fictieve portefeuille met de één procent verzekerden met de laagste (of de hoogste) voorspelde kosten.

Voorts verdient het aanbeveling om ook de premieopslag te verevenen, omdat de hoogte hiervan gedeeltelijk afhangt van het verzekeringsrisico (Dröslers et al., 2017). In het buitenland wordt de premieopslag wel verevend, bijvoorbeeld in Duitsland voor vijftig procent en in de Verenigde Staten voor honderd procent. Nader onderzoek moet uitwijzen wat voor Nederland een passend percentage zou zijn.

Een tweede mogelijke oplossing is om de zorgverzekeraars achteraf voor bepaalde hoge kosten te compenseren op basis van de werkelijke zorgkosten (Van Barneveld et al., 2001). Dit heeft als voordeel dat de voorspelbare verliezen op de hoogrisico-verzekerden worden gereduceerd, maar heeft wel als nadeel dat de prikkel tot kostenbeheersing voor de zorgverzekeraars wordt verminderd. Zelfs beperkte ex-post-kostencompensaties kunnen echter een zeer effectieve aanvulling zijn op de ex-ante-risicoverevening (McGuire et al., 2020).

Een derde mogelijke oplossing is het wegnemen van de oorzaak van de voorspelbare verliezen, te weten het verbod op premiedifferentiatie. Het toestaan van een premiebandbreedte van enkele honderden euro's per jaar zou de zorgverzekeraars in staat stellen om de voorspelbare verliezen die optreden bij een gemiddelde premie, te elimineren door van de betreffende groepen verzekerden een hogere kostendekkende premie te vragen. Indien de hoogste premie per polis maximaal 150 procent van de laagste premie voor die polis zou mogen zijn, dan zou de premie bijvoorbeeld kunnen variëren tussen de 1.200 en 1.800 euro per jaar in plaats van 1.500 euro voor alle verzekerden.

Een dergelijke premiebandbreedte zou de zorgverzekeraars in staat stellen om de gemiddelde ondercompensaties op de in tabel 1 vermelde groepen volledig te compenseren via een iets hogere premie voor deze groepen verzekerden. De risicofactoren die verzekeraars hierbij hanteren, kunnen het jaar erop worden opgenomen in de risicoverevening. Aan de laagste-inkomensgroepen zou tijdelijk een extra subsidie gegeven kunnen worden, afhankelijk van de extra te betalen premie.

Uiteraard kan ook met een combinatie van betere risicoverevening, ex-post-compensatie en premiedifferentiatie worden bewerkstelligd dat iedere door de zorgverzekeraar te accepteren burger voor hem een gelijk verzekeringsrisico vormt. Ook hiermee wordt het doel van de risicoverevening gerealiseerd, worden de compensaties aan de zorgverzekeraars in overeenstemming gebracht met het geldende wettelijke kader, wordt een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars gecreëerd, en bestaan er geen prikkels tot risicoselectie. Dan zal de concurrentie tussen de zorgverzekeraars zich naar verwachting niet meer richten op de gezonde verzekerden (NZa, 2020), maar op de chronisch zieken. Per verzekerde valt op hogekosten-verzekerden veel meer doelmatigheidswinst te behalen dan op verzekerden die weinig van de zorg gebruikmaken.

Literatuur

- Barneveld, E.M. van, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven (2001) Risk sharing between competing health plans and sponsors. *Health Affairs*, 20(3), 253–262.
- Derde schaderichtlijn (1992) Richtlijn 92/49/EEG van de Raad van 18 juni 1992. Te vinden op eur-lex.europa.eu.
- Dröslers, S., E. Garbe, J. Hasford et al. (2017) *Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs*, 27 november. Rapport te vinden op www.bundesamtsozialesicherung.de.
- Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven (2015) Risicoselectie tegengaan met behoud van doelmatigheid. *ESB*, 100(4720), 628–631.
- Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet, F. Eijkenaar en M.M.J. Nielen (2018) Gebruik van diagnose-informatie uit huisartsenregistraties in de risicoverevening via 'constrained regression'. Rapport Erasmus School of Health Policy & Management, 24 september. Te vinden op www.eur.nl.
- KPMG (2020) Onderzoek restprobleem risicoverevening fase 1, 3 juni. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.
- McGuire, T.G., S. Schillo en R.C. van Kleef (2020) Reinsurance, repayments, and risk adjustment in individual health insurance. *American Journal of Health Economics*, 6(1), 139–168.
- NZa (2016) *Risicoselectie en risicosolidariteit zorgverzekeringsmarkt: kwalitatief onderzoek*. Rapport Nederlandse Zorgautoriteit, september. Te vinden op zoek.officielebekendmakingen.nl.
- NZa (2020) *Monitor Zorgverzekering 2020, versie 7*. Nederlandse Zorgautoriteit, 10 september. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.
- Solvabiliteit II (2009) Richtlijn 2009/138/EG van het Europees Parlement en de Raad van 25 november. Te vinden op eur-lex.europa.eu.
- Stam P., I. Ismail, J. Visser et al. (2020) Machine learning vereist betere risicoverevening zorgverzekeraars. *ESB*, 106(4794), 82–85.
- Tweede Kamer (1999) Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2000. Kamerbrief, 26800 XVI(65). Te vinden op zoek.officielebekendmakingen.nl.
- Tweede Kamer (2004) *Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking*, 29763(3).
- Tweede Kamer (2016) *Herziening zorgstelsel*, 29689(725).
- Tweede Kamer (2019a) *Herziening zorgstelsel*, 29689(1016).
- Tweede Kamer (2019b) *Aanhangsel van de Handelingen*, 3915.
- Tweede Kamer (2020) *Aanhangsel van de Handelingen*, 598, 2020D42712.
- Vektis (2017) *Herclassificatie chronisch zieken*. Vektis intelligence, 7 december.
- Ven, W.P.M.M. van de (2012) Risicoselectie bedreiging voor kwaliteit van zorg. *ESB*, 97(4637), 358–361.
- Ven, W.P.M.M. van de, R.C. van Kleef en R.C.J.A. van Vliet (2013) Risicoselectie bij overstap zorgverzekeraar. *ESB*, 98(4673), 714–717.
- Ven, W.P.M.M. van de, F.T. Schut, H.E.G.M. Hermans et al. (2009) *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag*. ZonMw, Programma evaluatie regelgeving: deel 27, september. Te vinden op www.zonmw.nl.

Machine learning vereist betere risicoverevening zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars worden gecompenseerd voor de risicoprofielen van hun verzekerden. Het huidige risicovereveningsmodel corrigeert echter niet voor alle gezondheidsverschillen. Met behulp van machine learning-technieken (ML) zouden zorgkosten beter voorspeld kunnen worden. Zou ML gebruikt kunnen worden voor risicoselectie, en wat kan de overheid hier tegen doen?

IN HET KORT

- ML-technieken kunnen zorgkosten beter voorspellen dan de gebruikelijke lineaire regressietechnieken.
- Met de betere voorspellingen kunnen zorgverzekeraars gunstige risico's selecteren, wat maatschappelijk ongewenst is.
- Om risicoselectie tegen te gaan dient de overheid de lessen van ML toe te passen bij de risicoverevening tussen verzekeraars.

PIET STAM

Partner bij Equalis en gastonderzoeker aan de Vrije Universiteit Amsterdam (VU)

ISMAIL

Onderzoeker aan de VU

JOHAN VISSER

Senior consultant bij Equalis

FRANCE PORTRAIT

Universitair hoofd-docent aan de VU

XANDER KOOLMAN

Universitair hoofd-docent aan de VU

Van zorgverzekeraars wordt er sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 verwacht dat zij, voor hun verzekerden, betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg organiseren. Jaarlijks strijden de zorgverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt om de gunst van de verzekerden door hun een aantrekkelijk aanbod te doen tegen een betaalbare premie. De Zvw heeft wel een aantal beperkingen opgelegd aan de concurrentie tussen zorgverzekeraars (Zorgverzekeringswet, 2004; Stam, 2015). Door de acceptatieplicht en het algehele verbod op premiedifferentiatie ontstaan er voorspelbare winsten en verliezen binnen een polis. Hierdoor ontstaat er voor de verzekeraars een financiële prikkel om zich meer te richten op verzekerden met een gunstig risicoprofiel dan op die met een ongunstig risicoprofiel. Zorgverzekeraars kunnen bijvoorbeeld door directe marketing inspelen op deze prikkel tot risicoselectie (NZa, 2019).

Om deze financiële prikkel tegen te gaan, is er landelijk een model van risicoverevening ingevoerd. Door de werking van dit model ontvangen zorgverzekeraars naast de nominale premies ook compensaties uit het Zorgverzekeringsfonds, om ervoor te zorgen dat alle verzekerden financieel even aantrekkelijk zijn. Voor verzekerden met een ongunstig risicoprofiel ontvangen verzekeraars een hogere compensatie dan voor hen met een gunstig risicoprofiel.

Over- en ondercompensaties

Het kan zijn dat er ondanks de geavanceerde vereveningsformule sprake is van over- of ondercompensatie van verzekerden. In dat geval blijft een deel van de prikkel tot risicoselectie bestaan. Dit is een probleem voor zover de risicoverevening daarvoor behoort te compenseren (Stam et al., 2015), en verzekeraars niet in staat zijn om de over- en ondercompensaties weg te nemen via beleidsaanpassingen (bijvoorbeeld doelmatige zorginkoop).

Als zorgverzekeraars over de instrumenten beschikken om deze groepen vast te stellen, kunnen ze de financiële prikkel tot risicoselectie daadwerkelijk ook in acties omzetten (Visser et al., 2014). Er is al langer bekend dat zorgverzekeraars substantieel en structureel worden ondercompenseerd voor chronisch zieken, hoe geavanceerd het risicovereveningsmodel tot nu toe ook is (Stam en Van de Ven, 2006; 2007; 2008; Van Kleef et al., 2012; 2014).

Met de afbouw van de reserves van zorgverzekeraars in de afgelopen jaren hebben zorgverzekeraars minder mogelijkheden om een negatief resultaat op chronisch zieken te compenseren. Hierdoor lijken de premieverschillen tussen zorgverzekeraars met verschillende verzekerdenpopulaties, mede door deze ondercompensatie van chronisch zieken, steeds meer toe te nemen (Kiers, 2019; Bruins, 2019).

Deze toename in premieverschillen suggereert een urgentie om de compensatie voor chronisch zieken in de risicoverevening op korte termijn te verbeteren. Het perspectief op basis van bestaande econometrische modellen is de afgelopen jaren echter beperkt gebleken, waardoor er behoefte is aan een nieuwe oplossingsrichting.

Door gebruik te maken van ML-technieken kan achterhaald worden bij welke groepen verzekerden er (structureel) sprake is van over- of ondercompensatie. Deze informatie kunnen verzekeraars gebruiken om risicoselectie toe te passen. De overheid kan deze informatie gebruiken om (structureel) over- en ondercompensatie te voorkomen.

Het huidige risicovereveningsmodel

De huidige vereveningsformule is gebaseerd op gegevens van alle Nederlandse inwoners over hun leeftijd, geslacht en gezondheidskenmerken. Deze gegevens bestaan uit de declaraties van de zorgverzekeraars, de Belastingdienst, het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) en Dienst Uitvoering Onderwijs (DUO).

Zorginstituut Nederland stelt de vereveningsbijdrage



van de zorgverzekeraars vast op basis van de risicokenmerken 'leeftijd', 'geslacht' en 'gezondheid'. Met behulp van regressietechnieken wordt er uitgerekend wat de verwachte zorgkosten zijn voor iedere individuele verzekerde op basis van deze kenmerken. Deze verwachte zorgkosten vormen de basis voor de compensaties richting de zorgverzekeraars. Sinds 2006 worden deze kenmerken jaarlijks onderhouden. Zo worden bijvoorbeeld kenmerken verwijderd die niet langer relevant zijn, en zijn er nieuwe kenmerken toegevoegd die de kosten beter voorspellen.

Risicoverevening met machine learning

Als alternatief voor het gebruik van de reguliere lineaire regressietechnieken (OLS) zijn we nagegaan of de zorgkosten beter voorspeld kunnen worden als we ML-algoritmen gebruiken. ML kan meerwaarde opleveren omdat de relevante interactie-effecten tussen de kenmerken in het risicovereveningsmodel geautomatiseerd worden bepaald.

In ons onderzoek maken we gebruik van de landelijke risicovereveningsdata van het model van 2018, met dank aan het Ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland. Wij zijn uitgegaan van de bestaande verzameling kenmerken in dat model. De meeste interacties zijn niet eerder onderzocht.

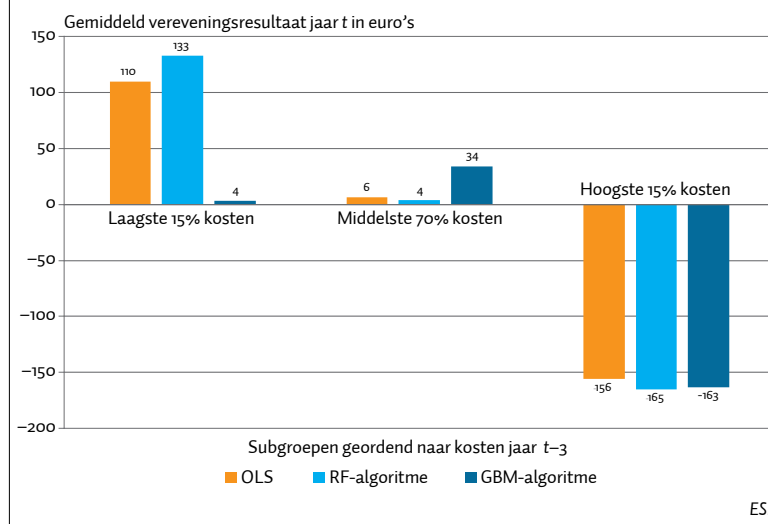
Twee ML-algoritmen die een rol kunnen spelen bij een verbetering van het signaleren van eventuele relevante interacties zijn Random Forests (RF's) en Gradient Boosted Machines (GBM's) (Ismail, 2018). Deze technieken zijn een logisch vervolg op de eerdere pogingen met regressiebomen (*regression trees*) in de risicoverevening (Van Veen, 2017). Een regressieboom kan gezien worden als een verzameling 'if-then'-statements, waarmee data stapsgewijs opgedeeld worden in steeds kleinere homogene groepen. Enkelvoudige regressiebomen hebben echter de neiging om zich te sterk aan te passen aan de rol van het toeval in de data waarop ze getraind zijn ('overfitting'), waardoor ze slechter presteren op nieuwe data. De RF- en GBM-algoritmes combineren meerdere regressiebomen, die onderling van elkaar afwijken, tot zogeheten 'ensembles'. De verschillen tussen de regressiebomen ontstaan bij RF op een andere wijze dan bij GBM. De toevalsvariatie tendert naar nul, naarmate het aantal gecombineerde regressiebomen verder toeneemt. Daardoor leveren RF en GBM voorspel-

lingen op die beter generaliseerbaar zijn naar nieuwe data dan enkelvoudige regressiebomen.

We hebben RF's en GBM's toegepast om de somatische zorgkosten – de zorgkosten van chronisch lichamelijke aandoeningen – van de Nederlandse populatie in 2018 te voorspellen. Deze voorspellingen hebben we op individueel- (zie methode in kader 1) en subgroepniveau (zie methode in kader 2) vergeleken met de voorspellingen die resulteren als de gebruikelijke lineaire regressiemethode (OLS) wordt toegepast.

Vereveningsresultaten van subgroepen met OLS, RF en GBM

FIGUUR 1



Evaluatie van voorspelkracht van OLS, RF en GBM op individueel niveau

TABEL 1

Evaluatiemaat ¹	OLS	RF-algoritme	GBM-algoritme
R-kwadraat (procent)	32,0	32,5	32,4
CPM (procent)	31,9	32,7	30,0
GGAA (€)	1.984	1.961	2.029

¹ De evaluatiematen worden verder toegelicht in kader 1.

Voorspelkracht van de verschillende modellen

Figuur 1 toont de vereveningsresultaten van 2018 voor de subgroepen met de laagste en hoogste vijftien procent, en de middelste zeventig procent kosten drie jaar daarvoor. Hoe dichter het vereveningsresultaat bij de 0 is, hoe minder er gemiddeld per individu in deze subgroepen sprake is van over- of ondercompensatie – en dus ook van een prikkel voor risicoselectie.

Voorspellingen van machine learning op individueel niveau

KADER 1

De statistische evaluatie van de voorspelkracht van de modellen op individueel verzekerniveau is uitgerekend aan de hand van de bij de risicoverevening gebruikelijke evaluatiematen R-kwadraat, de voorspelmaat van Cumming (*Cumming's prediction measure*; CPM) en de gewogen gemiddelde absolute voorspelfout (GGAA).

De R-kwadraat geeft aan welk deel van de variatie in zorgkosten door onze modellen wordt voorspeld. Dat geldt ook voor de CPM, maar in dat geval wordt de variatie in de absolute in plaats van de gekwadrateerde verschillen tussen zorgkosten en modelvoorspellingen uitgedrukt. Beide maten variëren tussen de 0 procent en de 100 procent: hoe hoger de score, des te preciezer de voorspellingen aansluiten bij de variatie in de zorgkosten. De GGAA geeft aan hoe groot de absolute verschillen tussen de zorgkosten en modelvoorspel-

lingen zijn, en wordt uitgedrukt in euro's. Hierbij geldt dat hoe kleiner de GGAA, hoe beter de genoemde aansluiting is. Deze voorspelmaten zijn op individueel verzekerniveau uitgerekend.

Om te voorkomen dat het ML-algoritme zich te veel aanpast aan de kostenpatronen in onze totale dataset van zeventien miljoen individuele verzekerden ('overfitting'), hebben we de modellen geschat op een random steekproef (zeventig procent) van deze data, en zijn zo de evaluatiematen op basis van het restant (dertig procent) berekend. Als we dit allebei op hetzelfde totale bestand hadden gedaan, dan zouden de evaluatiematen naar verwachting hoger zijn uitgevallen, maar dan zouden we geen antwoord hebben gekregen op de vraag hoe generaliseerbaar deze modeluitkomsten naar andere, recentere datasets zijn.

Voorspellingen van machine learning op subgroepniveau

KADER 2

Voor de evaluatie van een risicovereveningsmodel op subgroepniveau, wordt de kwaliteit beoordeeld van de voorspelling van zorgkosten voor geselecteerde subgroepen van verzekerden. Deze geselecteerde subgroepen worden samengesteld op basis van informatie voorafgaand aan het jaar van de realisatie van de zorgkosten, omdat het risicovereveningssysteem geacht wordt compensatie te bieden voor de voorspelbare kosten van verzekerden. Immers, prikkels tot risicoselectie kunnen alleen bestaan ten aanzien van kosten van de geselecteerde subgroepen die voorspelbaar zijn.

We hebben ervoor gekozen om de zorgkosten van de subgroepen te voorspellen die zijn samengesteld op basis van kostengegevens van de drie jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar 2018. Hierdoor ontstaat inzicht in de ondergrens van wat er met deze technieken kan worden bereikt. Met recentere gegevens zouden we een nog scherper beeld kunnen krijgen van de mogelijkheden van ML, maar die zijn niet landelijk beschikbaar. Zorgverzekeraars hebben wel recentere gegevens beschikbaar van twee of één jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar, waardoor de moge-

lijkheden voor zorgverzekeraars om met RF en GBM groepen van ondergecompenseerde verzekerden vast te stellen naar verwachting groter zullen zijn dan uit onze analyse blijkt.

In de risicoverevening wordt er een ondergrens van vijftig euro meer- of minderkosten per verzekerde gehanteerd bij de statistische beoordeling of een subgroep opgenomen moet worden in het vereveningsmodel. Onder meer om deze reden ontstaan er over- en ondercompensaties van subgroepen die niet in het vereveningsmodel worden opgenomen. Voor zover zorgverzekeraars over- en ondercompensaties doorberekenen in hun premies, kunnen die op de polismarkt aanleiding geven voor verzekerden om over te stappen van de ene naar de andere verzekeraar. In de overstapperiode voor 2018/2019 leidde een stijging van de premie met tien procent – in termen van de gemiddelde premie in 2019 was dat 138 euro – ertoe dat zeven procent van de verzekerden met de desbetreffende polis overstapte (NZa, 2019). Ten aanzien van de omvang van de bedragen in figuur 1 mag er dus worden verondersteld dat deze relevant zijn voor het premiebeleid van zorgverzekeraars.

In het risicovereveningsmodel 2018 berekend met OLS, blijken de subgroepen met de laagste vijftien procent en de middelste zeventig procent kosten van drie jaar daarvoor te worden overgecompenseerd met respectievelijk 110 en 6 euro per verzekerde. Maar de subgroep met de hoogste vijftien procent kosten van drie jaar daarvoor werd juist ondergecompenseerd met 156 euro per verzekerde.

Wanneer RF wordt gebruikt om de risicoverevening te berekenen, blijkt dat de overcompensatie in 2018 voor de brede middengroep de helft kleiner is. Dit gaat ten koste van het resultaat voor de overige twee subgroepen, waarvoor de overcompensatie (laagste vijftien procent kosten) en de ondercompensatie (hoogste vijftien procentkosten) juist toenemen. Uit tabel 1 volgt dat deze herverdeling van de compensaties tussen de subgroepen tot een vergroting van de totale voorspelkracht van het risicovereveningsmodel leidt. Immers, alle evaluatiematen van het RF-algoritme pakken beter uit dan die van OLS en GBM, wat voor toepassing van RF pleit.

Uit figuur 1 blijkt verder dat toepassing van GBM de compensaties van de subgroep met de laagste kosten drie jaar voor verevening sterk verkleint, in plaats van bij de middengroep zoals bij RF. De overcompensatie van 110 euro van deze subgroep mitigeert door GBM tot 4 euro. Hierdoor neemt de prikkel tot selectie af van de relatief gezonde verzekerden, waar nu de meeste marketinginspanningen op zijn gericht. Dit gaat ten koste van het resultaat voor de overige twee subgroepen, waarbij het opvalt dat vooral de overcompensatie van de middengroep (middelste zeventig procent kosten) sterk toeneemt. Uit tabel 1 volgt dat deze herverdeling van de compensaties tussen de subgroepen niet zonder meer de totale voorspelkracht van het risicovereveningsmodel verbetert. Immers, alleen de R-kwadraat is bij het GBM-algoritme beter dan bij OLS.

Een verklaring voor de verschillen tussen de vereveningsresultaten met RF en GBM kan zijn dat het GBM-algoritme mogelijk inherent leidt tot een focus op de delen van de populatie waar de residuen het hoogst zijn, in ons geval dus op de groepen met de vijftien procent hoogste of laagste kosten. De toekenning van een hoger gewicht aan de extremen kan evenzeer een verklaring zijn voor de hogere R-kwadraat bij GBM dan bij OLS, terwijl de CPM en GGAA juist slechter uitpakken bij GBM. Immers, extreme verschillen tussen de compensaties en zorgkosten tellen in termen van de R-kwadraat zwaarder (gekwadrateerde verschillen) mee dan bij de overige twee evaluatiematen (absolute verschillen).

Noodzaak verbetering risicoverevening

Toepassing van ML-algoritmen in de risicoverevening leidt tot betere compensaties voor subgroepen van verzekerden, en daarmee tot een gelijk spelveld voor zorgverzekeraars. Tegelijkertijd is met de komst van deze technieken ook de noodzaak tot het verbeteren van de risicoverevening groter geworden. Immers, ook zorgverzekeraars kunnen met behulp van ML de voorspelbare winst- en verliesgevendende verzekerden gemakkelijker vaststellen.

Wij hebben laten zien dat zorgverzekeraars de mogelijkheid hebben om met deze ML-technieken het huidige risicovereveningsmodel te verslaan, zelfs zonder de variabe-

len aan te passen of andere dan de huidige kenmerken in het risicovereveningsmodel op te nemen.

De kennis, vaardigheden en tools om nieuwe ML-technieken toe te passen, nemen snel toe. Zo zet Vektis inmiddels kunstmatige-intelligentie-technieken in om zorgverzekeraars in staat te stellen de behoefte aan wijkverpleging beter te voorspellen (Adema, 2020). De informatie die dat oplevert kan eveneens worden ingezet voor een betere zorginkoop, maar vergroot ook de mogelijkheden van risicoselectie, omdat het duidelijker wordt bij welke groepen verzekerden er sprake is van ondercompensatie.

Het is de verantwoordelijkheid van de overheid om prikkels tot risicoselectie zo veel mogelijk weg te nemen, bijvoorbeeld door het systeem van risicoverevening verder te optimaliseren. Het gebruik van ML-technieken kan bijdragen aan die verdere optimalisering.

Naar toepassing van machine learning

Vooralsnog zijn de uitkomsten van ML voor velen nog een *black box*, wat voor de overheid een reden is om bij de uitvoering van de risicoverevening vast te houden aan de lineaire regressietechnieken (OLS). Het is voor de overheid immers van belang om transparant te zijn over de gehanteerde methoden. Ook moeten de resultaten voor verzekeraars voorspelbaar zijn, zodat ze in staat worden gesteld hierop beleid te maken. Dat betekent dat het sec toepassen van ML-technieken (RF en GBM) binnen de risicoverevening op basis van de huidige wet- en regelgeving niet goed mogelijk is voor de overheid.

Het is hoopvol dat er recentelijk veelbelovende methoden zijn ontwikkeld om de interacties uit de 'black box' van het ML-algoritme expliciet te maken, zodat de inzichten uit ML-technieken in de huidige regressietechnieken voor risicoverevening kunnen worden toegepast. Equalis en de Vrije Universiteit Amsterdam voeren op dit moment onderzoek uit naar het toevoegen van zulke interacties aan de huidige kenmerken van het risicovereveningsmodel, waarbij de gebruikelijke methode (OLS) gehandhaafd blijft.

De voorlopige resultaten stemmen ons hoopvol dat de compensaties die uit deze aanpak volgen een goede benadering vormen van de compensaties die het resultaat zijn van een directe toepassing van ML-algoritmen. Zo kan men de potentie van het gebruik van ML voor risicoselectie een stap voorblijven, zonder dat het de uitvoering van de risicoverevening complexer en minder uitlegbaar maakt. We roepen de overheid op om te investeren in kennisontwikkeling in de toepassing van ML in de risicoverevening.

Daarnaast heeft de samenstelling van de kostenvariabelen ook meer onderzoek. In dit onderzoek waren de ondercompensaties van chronisch zieken de directe aanleiding om de compensaties vanuit de risicoverevening met ML te verbeteren. Het is echter niet uitgesloten dat deze ondercompensaties ten minste deels zijn gebaseerd op kostenvariatie waarvoor de risicoverevening uitdrukkelijk niet beoogt te compenseren, zoals zorgaanbodverschillen tussen regio's. De risicoverevening behoort zorgverzekeraars bijvoorbeeld niet te compenseren voor kostenvariatie die wordt veroorzaakt door ondoelmatige praktijkvariatie tussen zorgverleners (Stam et al., 2015). Anders zou de risicoverevening de prikkels tot doelmatigheid teniet doen (Koerhuis et al.,

2016). Wij roepen de overheid op om aanvullend onderzoek te doen naar deze onbedoelde compensaties, zowel ten aanzien van de huidige vereveningskenmerken als bij de gevonden interacties daartussen bij toepassing van ML-algoritmen.

Literatuur

- Adema, J. (2020) *Met AI zorgkosten voorspellen en kwaliteit verbeteren*. Vektis, blog, 15 april.
- Bruins, B. (2019) *Antwoorden op de vragen van het Kamerlid Ellemeet (GL) over het bericht 'Samenstelling verzekerdenpopulatie bepaalt resultaat zorgverzekeraars' (2019Z05385)*. Kamerbrief, 19 maart. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.
- Ismail, I. (2018) *Improving risk equalization through machine learning: a comparative evaluation of Random Forests and Gradient Boosted Machines to OLS regression*. Master thesis Health Sciences, VU Amsterdam.
- Kiers, B. (2019) *Samenstelling verzekerdenpopulatie bepaalt resultaat zorgverzekeraars*. Artikel op www.zorgvisie.nl, 14 maart 2019.
- Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven (2012) *Risicoverevening 2012: een analyse van voorspelbare winsten en verliezen op subgroepniveau*. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, 2012.07. Te vinden op www.eur.nl.
- Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven (2014) *Risicoverevening 2014 voor somatische zorg: analyse van uitkomsten op subgroepniveau*. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, 2014.02. Te vinden op www.eur.nl.
- Koerhuis, S., J.S. Visser, X. Koolman en P.J.A. Stam (2016) *Betere risicoverevening kan zorgverzekeraars prikkelen tot meer doelmatigheid*. ESB, 101(4729), 172–175.
- NZa (2019) *Monitor Zorgverzekeringen 2019*. Nederlandse Zorgautoriteit, september. Te vinden op puc.overheid.nl.
- Stam, P.J.A. en W.P.M.M. van de Ven (2006) *Risicoverevening in de zorgverzekering: een evaluatie en oplossingsrichtingen voor verbetering*. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg. Te vinden op www.eur.nl.
- Stam, P.J.A. en W.P.M.M. van de Ven (2007) *Evaluatie risicoverevening: prikkels tot risicoselectie? Een evaluatie van het vereveningsmodel 2007 en oplossingsrichtingen voor verbetering*. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg. Te vinden op www.eur.nl.
- Stam, P.J.A. en W.P.M.M. van de Ven (2008) *De harde kern in de risicoverevening*. ESB, 93(4529), 104–107.
- Stam, P.J.A., J.S. Visser, en R. Goudriaan (2015) *Risicoverevening is geen panacee*. ESB, 100(4720), 624–627.
- Veen, S.H.C.M. van, R.C. van Kleef, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet (2017) *Exploring the predictive power of interaction terms in a sophisticated risk equalization model using regression trees*. Health Economics, 27, 1–12.
- Visser, J.S., J. Sonneveld en P.J.A. Stam (2014) *Het voorkomen van inadequate compensatie in de risicoverevening*. SiRM - Strategies in Regulated Markets, Rapport 16 oktober. Te vinden op zoek.officielebekendmakingen.nl.
- Zorgverzekeringswet (2004) *Memorie van toelichting*. Kamerstuk 29763 nr. 3. Te vinden op zoek.officielebekendmakingen.nl.

Bundelbekostiging in de zorg is mogelijk, ondanks belemmeringen

In het huidige zorgsysteem ontbreekt voor zorgaanbieders een financiële prikkel om goede zorgkwaliteit te leveren en overbehandeling te voorkomen. Bundelbekostiging, waarbij zorgaanbieders per patiënt een vast bedrag ontvangen om in alle zorgactiviteiten gerelateerd aan een specifieke aandoening te kunnen voorzien, kan helpen om de beste uitkomsten te bereiken tegen zo laag mogelijke kosten.

IN HET KORT

- In Nederland zijn er momenteel minimaal dertien initiatieven met bundelbekostiging gaande.
- Bundelbekostiging blijkt in Nederland goed toepasbaar, ondanks belemmerende wet- en regelgeving en ‘verschotting’ van zorg.
- De invoering van bundelbekostiging kan worden bevorderd door kwaliteitsindicatoren en standaardisatie van contractelementen.

DANIËLLE CATTEL

Promovenda aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR)

FRANK EIJKENAAR

Universitair hoofddocent aan de EUR

KEES AHAUS

Hoogleraar aan de EUR

MART VAN DE LAAR

Hoogleraar aan de Universiteit Twente

Bijdrage namens de werkgroep Bekostiging van het Linnean Initiatief

In veel zorgstelsels, waaronder het Nederlandse, ontbreekt de financiële prikkel voor zorgaanbieders om de beste uitkomsten te realiseren tegen zo laag mogelijke kosten. Dit komt omdat zorgaanbieders veelal afzonderlijk en per zorgactiviteit of per smal gedefinieerde ziekte-episode worden betaald (al dan niet onder een bepaald plafond).

Deze bekostigingsvorm is problematisch omdat het overbehandeling stimuleert, goede afstemming en samenwerking tussen verschillende typen zorgaanbieders belemmert, en preventie in de weg zit. Daarnaast ontbreekt het doorgaans aan inzicht in de uitkomsten van zorg, wat de bekostiging op basis van zorguitkomsten verhindert.

Steeds vaker wordt er daarom voor gepleit om de bekostiging van zorgaanbieders te hervormen. Zo adviseerde de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa, 2018) dat innovatieve contractvormen gericht op ‘waarde’ (ofwel: de best mogelijke uitkomsten/kwaliteit tegen zo laag mogelijke kosten) prioriteit zouden moeten krijgen, en stimuleert de Nederlandse overheid alternatieve manieren van betalen via het programma ‘Uitkomstgerichte zorg 2018–2022’ (VWS, 2018).

Eén vorm van op waarde gebaseerde bekostiging is bundelbekostiging. Deze vorm gaat in essentie uit van één

vooraf vastgesteld bedrag voor het leveren van in principe alle zorg die er nodig is voor de diagnose en behandeling van een patiënt met een bepaalde aandoening gedurende een bepaalde periode. Het is de bedoeling om alle aanbieders die betrokken zijn bij de zorg rondom de betreffende aandoening, gezamenlijk te bekostigen, in tegenstelling tot de huidige gefragmenteerde bekostiging per aanbieder.

Bundelbekostiging wordt vaak gecombineerd met beloningen voor goede proceskwaliteit en/of uitkomsten, bijvoorbeeld in de vorm van een bonus of een *shared savings*-afspraken. In geval van een bonus – vaak aangeduid als *pay-for-performance* – ontvangen de zorgaanbieders bovenop het vaste bundelbedrag een expliciete financiële beloning op basis van scores op vooraf overeengekomen proces- en/of uitkomstindicatoren. Bij een *shared savings*-afspraken wordt het deel van de eventuele besparing (ten opzichte van het vooraf afgesproken bundelbedrag) dat de aanbieders ontvangen, afhankelijk gemaakt van de gerealiseerde proceskwaliteit en/of uitkomsten (Van der Hijden et al., 2019).

Hoewel bundelbekostiging conceptueel gelijkenissen vertoont met de huidige ziekenhuisbekostiging op basis van ziekte-episodes (gevat in diagnose-behandelcombinaties, ofwel DBC's), is een cruciaal verschil dat het zorgpakket bij bundelbekostiging breder is gedefinieerd, en niet is beperkt tot één setting/zorgaanbieder. Neem een totale heupvervangings als voorbeeld. Bij de huidige bekostiging vallen de diagnose, operatie en opname op de verpleegafdeling onder het zorgpakket. Bij een bundelbekostiging wordt dit pakket uitgebreid met eventuele fysiotherapie buiten het ziekenhuis, en in principe ook met de extra benodigde ziekenhuiszorg in geval van complicaties die optreden binnen een bepaalde periode na behandeling of ontslag. Bij de huidige bekostiging opent en declareert de zorgverlener in geval van een complicatie een nieuwe DBC, wat de zorgkosten opdrijft en preventie en goede kwaliteit in de weg staat.

In vergelijking met de huidige bekostiging betekent de invoering van bundelbekostiging onder andere een verschuiving van financieel risico van zorgverzekeraars naar zorgaanbieders, waarbij er voor extra zorg, bijvoorbeeld als gevolg van een complicatie, niet méér betaald wordt. Een belangrijk voordeel is dat dit stimuleert tot het zo efficiënt mogelijk inrichten van (zorg)processen, en onnodige en onnodig dure zorg voorkomt. Ook zet de gedeelde financiële en zorginhoudelijke verantwoordelijkheid zorgaanbieders uit

verschillende disciplines en echelons aan tot afstemming en samenwerking. Ten slotte wordt goede kwaliteit (zowel qua behandelproces als uitkomst) gestimuleerd, inclusief het voorkómen van complicaties.

In het buitenland is al op grote schaal ervaring opgedaan met bundelbekostiging. Ook in Nederland wordt er steeds meer mee geëxperimenteerd (Van der Hijden et al., 2019). In dit artikel geven we een overzicht van Nederlandse bundelbekostigingsinitiatieven. Daarnaast geven we inzicht in de belangrijkste lessen uit binnen- en buitenland. We doen dat namens de werkgroep Bekostiging van het *Linnean Initiatief*, een landelijk netwerk van ruim 750 deskundigen die zich inzetten om de implementatie van op waarde gebaseerde (ofwel 'waardegedreven') zorg in Nederland te bevorderen. De werkgroep Bekostiging richt zich op de inventarisatie van innovatieve bekostigingsvormen. Ons doel met dit artikel is om bestaande kennis en ervaringen te delen en zodoende op waarde gebaseerde bekostiging in de zorg een stap dichterbij te brengen.

Onderzoeksanpak

De onderzoeksanpak bestond uit drie fasen. In fase 1 hebben de leden van de werkgroep Bekostiging, op basis van hun ervaring en bestaande literatuur, een overzicht gemaakt van lopende initiatieven in Nederland.

In fase 2 zijn er veertig mensen die betrokken zijn bij deze initiatieven voor een interview benaderd. Vervolgens zijn er, in de periode februari–december 2019, door één werkgroep lid zestien semi-gestructureerde interviews van ongeveer een uur afgenomen bij 22 respondenten, die betrokken waren bij 12 initiatieven. De respondenten waren vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en andere stakeholders, waaronder organisaties die ondersteunen bij inkoopcontracten. Tijdens de interviews lag de focus op de vormgeving, implementatie en consequenties van bundelbekostiging en de daarbij ervaren succesfactoren en barrières. Twee werkgroep leden analyseerden de transcripten.

Parallel aan de interviews hebben twee andere werkgroep leden de belangrijkste lessen uit het buitenland geformuleerd op basis van de internationale literatuur (Chernew et al., 2020; Conrad et al., 2014; Ridgely et al., 2014; Steenhuis et al., 2020; De Vries et al., 2019; Hussey et al., 2011). In de laatste fase zijn de bevindingen van fase 2 tijdens een bijeenkomst voorgelegd aan alle werkgroep leden, en is er – na de nodige discussie – unaniem ingestemd met de centrale boodschappen van dit artikel.

Bundelbekostiging in Nederland

In de Nederlandse medisch-specialistische zorg hebben wij 13 bundelbekostigingsinitiatieven voor 12 verschillende aandoeningen gevonden (tabel 1). In de meeste gevallen is er sprake van een contract tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis, maar het komt ook voor dat huisartsenpraktijken als contractpartij fungeren en dus financiële (deel)verantwoordelijkheid dragen voor de ziekenhuiszorg.

Opvallend is dat, ondanks de expliciete wens van partijen om het gehele zorgtraject rondom patiënten in de bundel op te nemen, in de praktijk meestal slechts een beperkt deel van dit traject onder de contractafpraak valt.

Nederlandse bundelbekostigingsinitiatieven in de medisch-specialistische zorg

TABEL 1

Aandoening	Contractpartijen	Patiëntengroep	Zorg onder bundel
Angst en depressie	Menzis – diverse ggz-organisaties (geestelijke gezondheidszorg)	Angst- en/of depressiecliënten met behandeling	Angst- en/of depressiebehandelingen in de generalistische basis ggz en ambulante specialistische ggz tot maximaal 1 jaar
Artrose van heup	Menzis – diverse ziekenhuizen	Patiënten met heupartrose die heupvervangingsondergaan	Ziekenhuiszorg gerelateerd aan operatie vanaf 120 dagen voor tot 180 dagen na operatie, inclusief gerelateerde complicaties tot 1 jaar na operatie, geriatrische revalidatie en fysiotherapie
Artrose van knie	Menzis – diverse ziekenhuizen	Patiënten met knieartrose die knievervangingsondergaan	Ziekenhuiszorg gerelateerd aan operatie vanaf 120 dagen voor tot 180 dagen na operatie, inclusief gerelateerde complicaties tot 1 jaar na operatie, geriatrische revalidatie en fysiotherapie
Astma en COPD	Zilveren Kruis – zorggroep stichting gezondheidscentra Nijkerk	Patiënten met (beginnende) COPD en/of astma	Chronische longzorg in eerste lijn (huisartsenzorg en fysiotherapie) gedurende 1 jaar, investerings- en resultaatsbeloning voor besparing op ziekenhuiszorg
Borstkanker	Menzis – diverse ziekenhuizen	Patiënten met mammacarcinoom, alle tumorstadia	Operatieve behandeling van borstkanker gedurende de eerste 2 jaar na de primaire ingreep, inclusief heroperaties, lymfeklierwijziging, complicaties en reconstructie
Diabetes type 1	Zilveren Kruis - Diabeter	Patiënten met diabetes type 1	Chronische doelgroepbundel met expliciete afspraak over afrekening van hulpmiddelen en medisch specialistische zorg
Hart- en vaat-aandoeningen	Zilveren Kruis – diverse huisartsenpraktijken	Patiënten met medicatie voor hart- en vaat-aandoeningen	Chronische hart- en vaat-zorg in eerste lijn gedurende 1 jaar, investerings- en resultaatsbeloning voor besparing op ziekenhuiszorg
	Menzis - diverse ziekenhuizen	Patiënten met coronair lijden die dotterbehandeling of bypasschirurgie ondergaan	Operaties en gerelateerde ziekenhuiszorg
Herseninfarct	Zilveren kruis – ErasmusMC, Rijnland Revalidatie, Laurens, Aafje, Transmitt	Patiënten met klinisch acuut herseninfarct	Behandeling in ziekenhuis en revalidatiecentra voor zorg gerelateerd aan en volgend op diagnose acuut herseninfarct gedurende 1 jaar na infarct
HIV	Zilveren Kruis – OLVG	Patiënten met HIV	Chronische HIV-zorg gedurende 1 jaar
Integrale geboortezorg	Diverse verzekeraars – diverse integrale geboortezorg-organisaties (IGO) en zorgaanbieders die geboortezorg leveren (regioniveau)	Zwangere vrouwen	Verloskundige zorg, kraamzorg, obstetrische zorg, antenatale consultatieve kindergeneeskundige zorg, eerstelijnsdiagnostiek in prenatale, natale en postnatale fase van zorgtraject en (tijdelijke) vergoeding voor meerkosten gepaard met (oprichting van) IGO
Reumatoïde artritis	Menzis – diverse ziekenhuizen	Patiënten met reumatoïde artritis	Behandeling van reumatoïde artritis of polyartritis
Staar	Menzis – diverse ziekenhuizen	Patiënten die staaroperatie ondergaan	Staaroperatie en gerelateerde ziekenhuiszorg en behandeling van nastaar maximaal 120 dagen voor tot 2 jaar na primaire operatie

Noot: Alle contracten zijn meerjarig

Bron: Van der Hijden et al. (2019), NZa (2020) en input werkgroep Bekostiging van het Linnean Initiatief | ESB

Slechts bij enkele initiatieven worden er financiële afspraken gemaakt over ketenzorg, waarbij er over de bestaande 'schotten' heen wordt bekostigd. Voorbeelden hiervan zijn de Rotterdamse samenwerking voor patiënten met een herseninfarct, en een project in Nijkerk waarbij een zorggroep met Zilveren Kruis een contract heeft gesloten voor patiënten met COPD en/of astma. In het laatstgenoemde initiatief worden, wat betreft de betrokken patiëntengroep, eerst de verwachte integrale kosten voor de eerstelijnszorg, medicatie en ziekenhuiszorg bepaald. Als vervolgens de gedeclareerde kosten lager (hoger) uitvallen dan verwacht, wordt de besparing (het tekort) gedeeld met de zorggroep – afhankelijk van het percentage patiënten met een ziekenhuisopname (als 'proxy' voor de uitkomst).

Lessen

Uit de interviews en analyses volgen zes lessen voor zorgpartijen die overwegen om bundelbekostiging in te voeren, en beleidsmakers die een brede invoering van bundelbekostiging bevorderen.

Invoering bundelbekostiging niet eenvoudig

Uit ons onderzoek blijkt dat de invoering van bundelbekostiging mogelijk is, maar niet eenvoudig. De vele stappen met bijbehorende keuzes in alle fasen van het pre- én post-contractuele inkoopproces, vergen een lange adem van de vaak vele erbij betrokken partijen.

Het is soms lastig om tot concrete afspraken te komen, bijvoorbeeld over de samenstelling van de zorgbundel. Ook het selecteren van een overzichtelijke set van kwaliteitsindicatoren, en vervolgens het bereiken van overeenstemming over hoe die worden gemeten, is vaak een moeizaam proces. Momenteel worden met name de proces- en klinische uitkomstindicatoren gebruikt, terwijl partijen graag (ook) de kwaliteit van leven (in de vorm van patiënt-gerapporteerde uitkomsten, 'PROM's') alsmede de patiëntervaringen ('PREM's') zouden includeren. Om uiteenlopende redenen zijn de partijen hier echter nog niet klaar voor.

Ten slotte blijkt het niet eenvoudig om een passende samenwerkingsvorm tussen betrokken zorgaanbieders vast te stellen (zoals een netwerksamenwerking, of een systeem van hoofd- en onderaannemers), evenmin als het concretiseren van de financiële afspraken in het contract. Wat is een adequate bundelprijs? In hoeverre moet er worden gecorrigeerd voor zorgzwaarte? Hoe om te gaan met patiënten met extreem hoge kosten? En hoe de betaling te verdelen over de betrokken zorgaanbieders?

Praktische belemmeringen

Uit onze interviews blijkt dat de huidige wet- en regelgeving de implementatie van bundelbekostiging bemoeilijkt en vertraagt. Een veelgenoemd voorbeeld is de privacywetgeving, die het delen van relevante informatie over patiënten tussen zorgaanbieders belemmert. Ook in andere landen blijkt dit een belangrijk struikelblok te zijn (Struijs et al., 2020). Een ander voorbeeld is het ontbreken van een duidelijke betaaltitel voor het uitkeren van de gerealiseerde shared savings.

Verder geven diverse respondenten aan dat de 'verschotting' van de zorg het gezamenlijk bekostigen van zorg-

aanbieders in een keten bemoeilijkt. Het gaat hier bijvoorbeeld om grote verschillen in declaratie- en ICT-systemen tussen echelons en zorgorganisaties.

Meerjarenafspraken essentieel

In zowel binnen- als buitenland worden meerjarenafspraken gezien als een belangrijke succesfactor. Dergelijke afspraken geven blijk van vertrouwen en een gedeelde langetermijnambitie. Bovendien geven ze zorgaanbieders tijd en (financiële) ruimte om te wennen aan het dragen van meer financieel risico en om te investeren in zorgverbetering. De ervaring leert dat uitgegaan moet worden van een meerjarig implementatietraject, waarbij er stapsgewijs wordt gewerkt aan de herinrichting van zorg en aan de implementatie van deze innovatieve bekostigingsvorm. Naast het beantwoorden van allerlei zorginhoudelijke en technische vragen, kost het tijd om elkaars belangen te leren kennen en vertrouwen op te bouwen. Bij dit laatste helpt het als goede, persoonlijke relaties reeds bestaan, bijvoorbeeld binnen een regio.

Andere vastgestelde succesfactoren zijn voldoende intrinsieke motivatie en urgentiebesef bij alle betrokkenen, alsmede medisch leiderschap. Artsen die zich bewust zijn van de noodzaak tot verandering zijn in staat om andere zorgprofessionals te enthousiasmeren, belangen te verenigen en de relatie met zorgverzekeraars te versterken.

Houd risico aanbieders in eerste instantie beperkt

Een les uit de Verenigde Staten (VS), op basis van onder andere een pilot in meerdere staten, is dat er idealiter 'klein' wordt begonnen en dat het financiële risico voor zorgaanbieders niet te snel moet worden opgeschaald, bijvoorbeeld door ze in eerste instantie alleen te laten delen in de besparingen en nog niet in de eventuele tekorten (Hussey et al., 2011).

Hoewel een 'tweezijdig' risico (waarbij zorgaanbieders zowel delen in de besparingen als in de tekorten) in feite sterkere prikkels geeft tot kostenbewustzijn, heeft de pilot laten zien dat dit de deelname van zorgaanbieders ontmoedigt. Bovendien kan een tweezijdig risico ongewenst gedrag van zorgaanbieders in de hand werken, zoals het beknibben op kwaliteit.

Gebruik bestaande declaratiesystematiek

Een andere les uit de VS is dat initiatieven, waarin er vanaf het begin is ingezet op vervanging van de bestaande declaratiesystematiek (op basis van verrichtingen) door een systeem waarbij de betaling per aandoening daadwerkelijk vooraf plaatsvindt (en dus niet 'virtueel' met verrekening achteraf op basis van de vergelijking van het bundelbedrag met de gedeclareerde kosten), vroegtijdig zijn gestrand. De complexiteit en implicaties van een dergelijke operatie bleken uiteindelijk te groot en te verregaand (Chernew et al., 2020; Steenhuis et al., 2020). Het is dus beter om, in ieder geval in de beginfase, aan te sluiten bij de bestaande declaratiesystematiek.

Voldoende patiëntvolume cruciaal

Ten slotte is voldoende patiëntvolume belangrijk, waarbij de bundelafpraak een significant gedeelte van de omzet van de zorgaanbieder beslaat. Zo werden er bij een project in Californië bij diverse zorgbundels specifieke en qua

zorgzwaarte homogene patiëntengroepen geselecteerd voor deelname, met zo min mogelijk spreiding in de verwachte zorgkosten. Deze selectie resulteerde uiteindelijk in kleine patiëntengroepen die onder die bundels vielen, wat gegeven de benodigde inspanning uiteindelijk leidde tot een onvoldoende ervaren (financiële) noodzaak tot verandering (Ridgely et al., 2014). Voldoende patiëntvolume is verder belangrijk voor de spreiding van de financiële risico's bij zorgaanbieders.

Invoering bundelbekostiging bevorderen

Op basis van het onderzoek hebben we drie adviezen geformuleerd die de brede toepassing van bundelbekostiging in de zorg kunnen bevorderen. Ten eerste zouden zorgaanbieders, waar nodig gefaciliteerd door de overheid en in onderling overleg, (verder) moeten investeren in de ontwikkeling van valide en betrouwbare sets van uitkomstindicatoren. Bundelbekostiging wordt idealiter immers gecombineerd met monitoring en de beloning van uitkomsten, en daarvoor zijn adequate indicatoren essentieel.

Hoewel het aantal uitkomstregistraties en -indicatoren toeneemt en er duidelijke stappen worden gezet op het gebied van de internationale en universele standaarden, is uniforme uitkomstinformatie in Nederland echter nog relatief beperkt beschikbaar en dus ook beperkt bruikbaar. Informatie is vaak alleen op instellingsniveau en veelal incompleet voorhanden, waardoor deze niet goed vergelijkbaar en bruikbaar is voor bundelbekostiging. We adviseren in dit kader om ook te onderzoeken hoe verzekeraars reeds beschikbare declaratie-informatie beter kunnen benutten.

Ten tweede zou het helpen wanneer de zorgbundels en contractelementen openbaar gemaakt en gestandaardiseerd zouden worden, uiteraard voor zover dat binnen de huidige wet- en regelgeving is toegestaan. Waar werk wordt gemaakt van bundelbekostiging zijn de partijen veel tijd en energie kwijt aan het bereiken van een consensus over de bundeldefinities en contractvoorwaarden – wat ten koste gaat van het inhoudelijke gesprek over de herinrichting van zorgprocessen, samenwerking, kwaliteit van zorg en preventie.

Standaardisatie van bundeldefinities en -contracten die op onderdelen kunnen worden aangepast aan de specifieke context, kan voorkomen dat partijen het wiel steeds opnieuw moeten uitvinden. Bovendien kan hiermee verwarring en frustratie bij de zorgaanbieders – als gevolg van de verschillende bundels en contractvoorwaarden voor dezelfde aandoening bij verschillende verzekeraars – worden vermeden. Op dit terrein zien we een belangrijke taak voor verzekeraars en aanbieders als contracterende partijen (Van der Hijden et al., 2019), maar ook een faciliterende rol voor de overheid (NZa, 2020).

Ten slotte is een gedegen evaluatie van bundelbekostigingsinitiatieven door een onafhankelijk onderzoeksbureau belangrijk om partijen gezamenlijk te laten leren en doorontwikkelen. Wat was het effect op de uitkomsten en kosten? Zijn er ongewenste neveneffecten geweest? Wat waren de succesfactoren, en hoe zijn eventuele struikelblokken overwonnen? Hoewel het de komende jaren vooral een kwestie zal zijn van experimenteren en ervaring opdoen, verwachten we dat een consequente evaluatie en

brede verspreiding van de resultaten de transitie naar een op waarde gebaseerde bekostiging zou kunnen bevorderen.

Tot slot

Bundelbekostiging is toepasbaar in het huidige zorgstelsel, maar de invoering ervan is geen eenvoudige opgave. Een bekostiging met als uitgangspunt de 'patiëntenreis' binnen de gehele zorgketen, vereist verregaande veranderingen in de structuren, processen, onderlinge relaties, en ook in de 'mindset' van betrokkenen. Verzekeraars en aanbieders doen er daarom goed aan om de transitie naar bundelbekostiging te beschouwen binnen het kader van een langetermijnrelatie met een gedeelde ambitie. De ontwikkeling van uniforme uitkomstinformatie, de standaardisatie en openbaarmaking van de bundeldefinities en contractelementen, de concretisering van financiële afspraken met een meerjarige horizon, en de zorgvuldige opschaling op basis van een gedegen evaluatie zijn daarbij belangrijke vervolgstappen.

Literatuur

- Chernew, M.E., P.H. Conway en A.B. Frakt (2020) Transforming Medicare's payment systems: progress shaped by the ACA. *Health Affairs*, 39(3), 413–420.
- Conrad, D.A., D. Grembowski, S.E. Hernandez et al. (2014) Emerging lessons from regional and state innovation in value-based payment reform: balancing collaboration and disruptive innovation. *The Milbank Quarterly*, 92(3), 568–623.
- Hijden, E. van der, S. Steenhuis, G. Hofstra et al. (2019) Ontwikkelingen in zorginkoop: van inkoop van verrichtingen naar inkoop van zorgbundels: achtergrond, contractelementen en impact voor zorgaanbieders. *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie*, 93(7/8), 223–239. Artikel te vinden op mab-online.nl.
- Hussey, P.S., M.S. Ridgely en M.B. Rosenthal (2011) The PROMETHEUS bundled payment experiment: slow start shows problems in implementing new payment models. *Health Affairs*, 30(11), 2116–2124.
- NZa (2018) *Belonen van zorg die waarde toevoegt. Advies bekostiging medisch-specialistische zorg*. Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2020) *Zorgbundels binnen de medisch-specialistische zorg*. Nederlandse Zorgautoriteit, Informatiekaart, PUC_306227-22.
- Ridgely, M.S., D. de Vries, K.J. Bozic en P.S. Hussey (2014) Bundled payment fails to gain a foothold in California: the experience of the IHA Bundled Payment Demonstration. *Health Affairs*, 33(8), 1345–1352.
- Steenhuis, S., J. Struijs, X. Koolman et al. (2020) Unraveling the complexity in the design and implementation of bundled payments: a scoping review of key elements from a payer's perspective. *The Milbank Quarterly*, 98(1), 197–222.
- Struijs, J., E.F. de Vries, C.A. Baan et al. (2020) *Bundled-payment models around the world: how they work and what their impact has been*. The Commonwealth Fund, Issue Brief, 6 april. Te vinden op www.commonwealthfund.org.
- Vries, E.F. de, H.W. Drewes, J.N. Struijs et al. (2019) Barriers to payment reform: experiences from nine Dutch population health management sites. *Health Policy*, 123(11), 1100–1107.
- VWS (2018) *Ontwikkeling uitkomstgerichte zorg 2018–2022*. Rapport Ministerie van VWS.

Forse daling medicijnprijs leidt niet direct tot kostenbesparingen in de zorg

Potentieel kunnen er in de zorg veel kosten worden bespaard door dure geneesmiddelen na het verlopen van hun patent in te ruilen voor een goedkoper alternatief. Maar dalen de kosten inderdaad bij een lagere medicijnprijs? Een analyse gemaakt in een Nederlands ziekenhuis.

IN HET KORT

- Vervanging van dure medicijnen waarvan het patent verlopen is veroorzaakt een daling in de medicatiekosten per patiënt.
- De totale medicijnkosten dalen echter niet, omdat er met de goedkopere medicijnen meer patiënten behandeld worden.

EDDY ADANG

Universitair hoofd-
docent aan het
Radboudumc

WIELAND MÜSKENS

Promovendus aan
het Radboudumc

SANNE RONGEN-VAN DARTEL

Programmamanage-
r bij ziekenhuis
Bernhoven

PIET VAN RIEL

Emeritus hoogleraar
aan het Rad-
boudumc

Kostenbeheersing in de gezondheidszorg is een groot probleem (Adang en Jeurissen, 2020). De afgelopen jaren zijn de uitgaven aan geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg voortdurend gestegen. Het aandeel dure geneesmiddelen is, in vergelijking met de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg, gestegen van 6,8 procent in 2012 naar 9,5 in 2018. Dit komt vooral door de introductie van nieuwe medicijnen en door een toename van het aantal patiënten (NZA, 2019).

Algemeen wordt er aangenomen dat wanneer een patent op geneesmiddelen verloopt, dit leidt tot een daling van de kosten voor de gezondheidszorg. Verwacht wordt dat een prijsdaling voor dure medicatie, vanwege de beschikbaarheid van niet-gepatenteerde biologische geneesmiddelen (zogenaamde *biosimilars*) die even effectief zijn, zal gaan leiden tot lagere totale kosten en daardoor een algemene budgettaire verlichting zal creëren. Biosimilars komen na het aflopen van patenten op de markt nadat deze beoordeeld zijn door het Europese Geneesmiddelenagentschap (EMA) en het Nederlandse College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). Onder andere de Initiatiefgroep Biosimilars Nederland stelt (op haar website) dat met deze biosimilars honderden miljoenen euro's kunnen worden bespaard, die elders in de zorg ingezet kunnen worden.

In dit artikel, gebaseerd op Müskens et al. (2020), onderzoeken we of in Nederland deze verwachte kostenbesparing ook daadwerkelijk optreedt. Hierbij focussen we

specifiek op de biologische medicatie voor patiënten met reumatoïde artritis (RA). RA is een van de gebieden waar de introductie van biosimilars bij de behandeling naar verwachting besparingen zal gaan opleveren. Zo maakte de algemeen directeur van de Britse National Health Service (NHS) onlangs bekend dat hij verwacht dat het gebruik van een biosimilar van *adalimumab* in het Verenigd Koninkrijk 300 miljoen pond (340 miljoen euro) vrijmaakt, dat volgens hem kan worden geïnvesteerd in de algemene patiëntenzorg (Heal, 2018).

Data en methode

Met behulp van een zogenaamde onderbroken-tijdreeksanalyse hebben we binnen een representatief algemeen ziekenhuis in Nederland het effect van de introductie van een biosimilar van het medicijn etanercept op de betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg onderzocht. We kijken daarbij naar RA-patiënten vanaf 2014 tot aan de introductie van de biosimilar, medio 2016, en de periode daarna tot juni 2018. Zie voor verdere details Müskens et al. (2020).

Kosten per gebruiker

Na de invoering van de biosimilar dalen de gemiddelde medicatiekosten per gebruiker significant met 370 euro, gevolgd door een verdere duidelijke afname per kwartaal (ten opzichte van de trend vóór de invoering). Hierdoor is er een significante daling van de gemiddelde medicatiekostencurve per gebruiker (figuur 1).

Totale kosten

In het eerste kwartaal na de invoering van de biosimilar was er een statistisch significante daling van 63.020 euro wat betreft de totale gebruikerskosten van dit biologische geneesmiddel binnen het betreffende ziekenhuis. De stijgende trend na de introductie van de biosimilar week echter niet af van de trend voorafgaande aan de introductie – en na drie kwartalen waren de totale medicatiekosten weer op het oorspronkelijke introductieniveau (figuur 2). Als gevolg van deze uitgebleven trendbreuk waren er geen vrijelijk beschikbare kostenbesparingen, en was er dus ook geen algemene budgettaire verlichting.

Meer patiënten

Dat de totale kosten, ondanks de daling van de gemiddelde kosten, hetzelfde bleven, wordt verklaard doordat er bijna

25 procent meer patiënten met biologische geneesmiddelen werden behandeld. Het betrof hier vooral oudere RA-patiënten, waardoor de gemiddelde leeftijd bij aanvang van het eerste biologische geneesmiddel toenam. In de regel is men juist terughoudend bij het behandelen van oudere patiënten met biologische geneesmiddelen (Tutuncu et al., 2006).

Na de invoering van de biosimilars hadden patiënten ook minder *disease-modifying antirheumatic drugs* gebruikt alvorens er gestart werd met de dure 'biological'. Dit duidt erop dat men meer patiënten met biologische middelen is gaan behandelen, maar ook op een enigszins andere populatie.

Conclusie en discussie

Door de introductie van biosimilars dalen de gemiddelde kosten per gebruiker, maar blijven de totale kosten hetzelfde en vertonen dezelfde trend als vóór de introductie omdat er meer patiënten behandeld worden. Er zijn aanwijzingen dat de extra behandelde patiënten een iets andere, veelal oudere populatie betreft.

We kunnen niet uitsluiten dat deze populatie voorheen onderbehandeld werd, maar het is onduidelijk of dit extra behandelen wel doelmatig is. Er was geen vooropgezet plan vanuit de afdeling reumatologie van het desbetreffende ziekenhuis om meer te gaan behandelen.

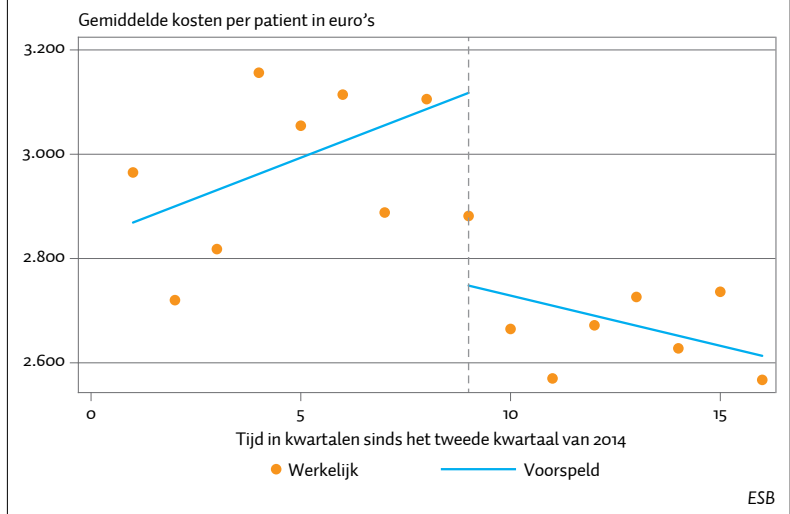
Dat er kennelijk 'automatisch' meer behandeld werd na het introduceren van de biosimilar is verrassend, aangezien de *Monitor geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg* stelt dat de meeste zorgverzekeraars afgesproken hebben gemaakt over een doelmatige inzet van biosimilars (NZA, 2019). Idealiter zou er continu op patiëntniveau gemonitord moeten worden op de effecten van behandelingen als er in het voorschrijfgedrag veranderingen plaatsvinden, zoals de introductie van biosimilars. Dat zou een taak van de voorschrijvers moeten zijn, maar dit gebeurt momenteel niet.

Mogelijk zijn de extra behandelingen het gevolg van perverse prikkels. Als ziekenhuizen een positief onderhandelingsresultaat over de prijs van biosimilars met verzekeraars hebben bedongen, kan dat als prikkel tot meer behandelen werken, aangezien het volumerisico bij de verzekeraar ligt (NZA, 2019).

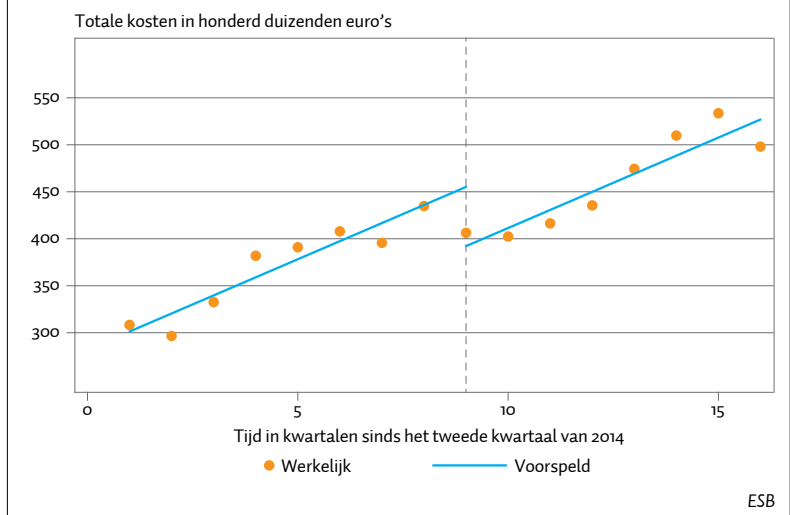
De resultaten laten in ieder geval zien dat er geen duidelijkheid is omtrent de regievoering op geanticiperde besparingen in de zorg, of omtrent een doelmatige besteding van middelen bij verandering van bijvoorbeeld voorschrijfgedrag. Daarmee is er een lacune in ons zorgstelsel waardoor potentiële welvaartswinsten niet worden gerealiseerd.

De vraag is welke partij of partijen hier de regie zouden moeten nemen. Vanuit een maatschappelijk perspectief ligt het voor de hand om de regie bij de verzekeraars te leggen. Omdat dit in het verleden echter weinig resultaat heeft opgeleverd, is het wellicht beter om het tot een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de verzekeraars en zorgaanbieders te maken. In dat geval kan een deel van de besparingen worden ingezet om de algemene groei in de zorg te bekostigen, en een deel ervan om de kwaliteit van zorg in de zorginstellingen op een doelmatige wijze te verbeteren.

Gemiddelde kosten per gebruiker voor en na de invoering van biosimilars FIGUUR 1



Totale kosten gebruik biologische geneesmiddelen voor en na de invoering van biosimilars FIGUUR 2



Literatuur

Adang, E. en P. Jeurissen (2020) Kritische houding ten aanzien van innovaties in de zorg noodzakelijk. *ESB*, 105(4785), 198–200.

Heal, A. (2018) NHS replaces highest-spend drug with £300m cheaper alternative. *The Guardian*, 26 november.

Müskens, W.D., S.A. Rongen-van Dartel, P.L.C.M. van Riel en E.M.M. Adang (2020) Does Etanercept biosimilar prescription in a rheumatology center bend the medication cost curve? *The Journal of Rheumatology*, te verschijnen.

NZA (2019) *Monitor geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg januari 2019*. Nederlandse Zorgautoriteit.

Tutuncu Z., G. Reed, J. Kremer en A. Kavanaugh (2006) Do patients with older-onset rheumatoid arthritis receive less aggressive treatment? *Annals of the Rheumatic Diseases*, 65(9), 1226–1229.

Wegen naar goede gezondheid liggen ook buiten de zorg

De coronapandemie legt een vergrootglas op de verwevenheid tussen de volksgezondheid en de economie. De trends in volksgezondheid in de komende decennia laten zien dat een integrale benadering van gezondheid en economie ook buiten deze crisis nodig is.

IN HET KORT

- Meer gezondheid betekent meer welvaart, zowel financieel-economisch als vanuit een breed welvaartspectief.
- Gezondheidsdeterminanten buiten de zorg zijn een sleutel tot het verbeteren van de volksgezondheid.
- Naast leefstijl is een inzet op luchtkwaliteit, werkomstandigheden en bestaansonzekerheid het meest kansrijk.

LUC HAGENAARS

Beleidsmedewerker bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), en promovendus aan het Radboud UMC

REMCO DE NOOD

Beleidsmedewerker bij VWS

BRAM WOUTERSE

Universitair docent aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

JOHAN POLDER

Gezondheidseconoom bij het RIVM en bijzonder hoogleraar aan Tilburg University

Mensen hechten veel waarde aan een goede gezondheid. Daarom geven we in Nederland aan zorg inmiddels ruim tachtig miljard euro per jaar uit (Rijksoverheid, 2019). Toch zal de komende decennia het aantal mensen met een chronische ziekte en complexe gezondheidsproblemen verder toenemen. Dat blijkt uit de recent verschenen toekomstverkenning *Verder kijken dan corona* van het RIVM (2020).

Een goede volksgezondheid vereist meer dan alleen een goede gezondheidszorg. Er is veel verbetering mogelijk buiten de zorg, bijvoorbeeld op het gebied van voeding, luchtkwaliteit, geluidsoverlast en verkeersveiligheid (Van Gils et al., 2020). Het gezondheidsbeleid zou zich daarom meer moeten richten op de omstandigheden waarbinnen mensen worden geboren, opgroeien, leven, werken en ouder worden (WHO, 2019). Vooral een integrale aanpak over de diverse gebieden heen lijkt kansrijk te zijn voor een doeltreffende en doelmatige inzet van middelen binnen en buiten de zorg. Dat blijkt als we de baten en bronnen voor een betere gezondheid in breder perspectief plaatsen.

De baten van gezondheid

Een goede gezondheid kent financieel-economische baten. Die 'engere' baten zijn soms te vinden in de lagere zorguitgaven, maar vooral ook in productiever en langer werken. Daarnaast heeft gezondheid ook een individuele, intrinsieke en zwaarwegende immateriële waarde.

Zorgkosten

Een betere gezondheid lijkt op het oog te leiden tot minder zorgkosten maar dat is niet altijd het geval, omdat uitstel van zorg niet altijd afstel is. Bij roken geldt bijvoorbeeld dat preventie leidt tot meer zorgkosten, omdat rokers vaak sterven na een relatief kort ziekbed. Als zij niet meer zouden roken, ontlopen we jaarlijks zo'n 2,4 miljard euro aan direct door roken veroorzaakte zorgkosten, maar daar komen op een later moment andere ziekten voor in de plaats die veelal chronisch zijn en mede daardoor duurder. Veel rokers bereiken bijvoorbeeld niet de leeftijd om dement te worden, terwijl we aan dementiezorg 9,1 miljard euro uitgeven (Polder et al., 2017; RIVM, 2019a).

Andere preventiemaatregelen besparen wel zorgkosten. Aan psychische aandoeningen sterven bijvoorbeeld relatief weinig mensen, maar ze zijn wel lang ziek. Het is om deze reden aannemelijk dat preventie van deze aandoeningen zal resulteren in lagere zorgkosten. Ook valpreventie onder ouderen kan bij landelijke implementatie al na twee jaar tot netto besparingen op de zorgkosten leiden, oplopend tot uiteindelijk 75 miljoen euro per jaar (CPB, 2020). In algemene zin geldt dat de preventie van dodelijke ziekten leidt tot hogere zorguitgaven, terwijl preventie van chronische niet-dodelijke ziekten juist besparingen gedurende de hele levensloop veroorzaakt (Gruenberg, 2005).

Arbeidsparticipatie en productiviteit

Omvangrijker en belangrijker dan de baten binnen de zorg zijn die erbuiten. Een goede gezondheid op jonge leeftijd hangt samen met betere onderwijsprestaties, en zo weer met een hoger inkomen en een betere gezondheid op latere leeftijd (CPB, 2013). Op middelbare leeftijd zorgt een goede gezondheid voor een grotere kans op werk, minder (ziekte)verzuim en een hogere productiviteit. Onderzoek van de OESO (2019a) schat de kosten van overgewicht door extra zorgvraag en verloren productiviteit op 2,7 procent van het Nederlandse bbp tussen 2020 en 2050.

Ook de invloed van psychische aandoeningen is groot. Zo komt zestig procent van de totale kosten in de ggz voor rekening van mensen met een arbeidsongeschiktheids- of bijstandsuitkering. Mensen met psychische gezondheidsproblemen hebben meer dan twee keer zo veel kans om in te stromen in de bijstand als mensen zonder gezondheidsproblemen, en hun kans om uit te stromen uit de bijstand richting duurzaam werk is bijna twee keer zo klein (SEO, 2019).

Het gezond behalen van de pensioenleeftijd is belangrijk voor de economische groei, want wie langer in goede gezondheid leeft kan langer doorwerken. Een slechte gezondheid blijkt zelfs een belangrijker reden om eerder te stoppen met werk dan het opgebouwde vermogen (CPB, 2013). Ook hier kan preventie effectief zijn. Zo zou in een rookvrije samenleving de effectieve pensioenleeftijd wel twee jaar hoger kunnen zijn (Polder et al., 2017).

Immateriële baten

Gezondheid is van grote waarde voor het welzijn van mensen. Hoewel deze waarde moeilijk in geld uit te drukken is, vinden gezondheidseconomische studies dat mensen bereid zijn om gemiddeld minstens 50.000 euro te betalen voor een extra levensjaar in goede gezondheid (Van Gils et al., 2013). Het zijn deze extra levensjaren die de brede welvaartswinst vergroten. Een maatschappelijke kosten-batenanalyse schat de opbrengsten van het elimineren van roken op jaarlijks netto 33 miljard euro aan 'brede welvaart' (Polder et al., 2017), voornamelijk bestaande uit gezondheidswinst die in geld is gewaardeerd maar niet kan worden uitgegeven.

Veel bronnen van gezondheid

Gezondheid heeft dus veel baten. Maar hoe kunnen we de volksgezondheid verbeteren? Vaak wordt daarbij als eerste gedacht aan de leefstijl en het lichaam. De bronnen, ofwel determinanten, van gezondheid en ziekte zijn echter veel breder. Er zijn twee groepen.

Directe determinanten vormen een biologische risicofactor voor de ontwikkeling van ziekte, zoals fijnstof of de consumptie van tabak. De inhalatie van tabak of fijnstof vergroot het risico om longziekten te krijgen.

Indirecte determinanten vormen geen biologische risicofactor, maar vergroten wel de kans op risicovol gedrag of om in risicovolle situaties terecht te komen. Voorbeelden hiervan zijn armoede of een onzekere woonsituatie, wat een gezonde leefstijl bemoeilijkt en kan resulteren in chronische stress (WRR, 2017).

Directe determinanten van ziekte en gezondheid

Tabel 1 geeft een overzicht van de determinanten waaraan het RIVM een direct effect op gezondheid kan toeschrijven (RIVM, 2018). Het RIVM categoriseert determinanten in vier hoofdgroepen: gedrag, persoonsgebondenheid, arbeid en milieu. In totaal verklaren deze determinanten 30 tot 35 procent van de ziektelast. De cijfers van de vier categorieën kunnen niet bij elkaar opgeteld worden omdat er sprake kan zijn van overlap tussen de categorieën. Ziektelast is de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door ziekten of risicofactoren, en wordt uitgedrukt in Disability-Adjusted Life Years (DALYs). De DALY bestaat uit de jaren verloren door vroegtijdige sterfte, en de jaren geleefd met ziekte, gewogen door de ernst hiervan. De impact op ziektelast wordt ingeschat door, bij een eliminatie van een bepaalde determinant, te berekenen met welk deel de jaarlijkse incidentie, prevalentie en sterfte aan ziekten zou afnemen.

De zorguitgaven in tabel 1 betreffen enkel de direct door de determinanten veroorzaakte zorgkosten. Er wordt dus niet gecorrigeerd voor de zorgkosten die, bij elimina-

tie van een determinant, op een later moment ontstaan. Gedrag en persoonsgebonden factoren zijn het meest bekend en hebben ook de grootste invloed op onze gezondheid. Daarnaast zijn milieu- en arbeidsomstandigheden belangrijk. Vooral luchtverontreiniging heeft met 11.000 jaarlijkse doden een grote impact. Hoewel werken met een gezonder leven wordt geassocieerd, kan werk ook ziektes veroorzaken, bijvoorbeeld door blootstelling aan gevaarlijke stoffen of door een gevaarlijke werkomgeving. Een te hoge arbeidsbelasting veroorzaakt niet alleen ongezondheid, maar ook verzuim en arbeidsongeschiktheid.

Indirecte determinanten van ziekte en gezondheid

Indirecte determinanten beïnvloeden de gezondheid ook. Studies naar veranderingen in de werk- en inkomenssituatie concluderen dat mensen die gaan werken of een inkomensstijging meemaken, in elk geval een verbetering van hun mentale gezondheid ervaren, terwijl het verlies van een baan of inkomen juist leidt tot verslechtering hiervan. Zo is het risico op angststoornissen en depressieve symptomen twee keer zo groot bij mensen die hun baan verliezen vergeleken met mensen die blijven werken. Het verlies van werk leidt ook tot meer alcoholconsumptie en een hoger risico op suïcide.

Onderzoek naar de effecten van hogere uitkeringen laat daarentegen een positief effect zien op de mentale gezondheid. De effecten van werk- en inkomenszekerheid op fysieke gezondheid zijn niet eenduidig (Droomers et al., 2015). Daarnaast laat onderzoek zien dat begeleiding

Bijdrage van directe determinanten van gezondheid aan ziekte, 2015

TABEL 1

	Ziektelast	Aantal sterftegevallen	Zorguitgaven in miljoenen euro's
Gedrag	18,5%	35.700	8.600
Roken	9,4%	20.000	2.400
Ongezonde voeding	8,1%	12.900	6.000
Weinig beweging	2,3%	5.800	2.700
Alcoholgebruik	1,5%	1.800	900
Persoonsgebonden/metabool	14,5%	26.300	9.900
Hoge bloeddruk	6,7%	12.600	5.600
Hoge bloedsuikerspiegel	6,6%	10.200	5.800
Overgewicht	3,7%	4.200	1.500
Cholesterol	0,9%	1.100	400
Lage botdichtheid	0,7%	2.900	400
Arbeid	4,6%	4.100	1.600
Stoffen/omgeving	3,0%	4.100	1.100
Psychische belasting	0,9%	0	200
Fysieke belasting	0,7%	0	300
Milieu	4,0%	12.800	1.200
Buitenmilieu	3,5%	11.900	800
Binnenmilieu	0,5%	1.100	400

Bron: RIVM (2018) | ESB

bij het creëren van een stabiele woonsituatie de mentale en fysieke gezondheid van daklozen verbetert (De Vet et al., 2013).

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft becijferd in hoeverre er in Europa sprake is van een samenhang tussen sociaaleconomische factoren en gezondheid (WHO, 2019). Zeven procent van de sociaal-economische verschillen in ervaren gezondheid is gerelateerd aan arbeidsomstandigheden, 19 procent aan sociaal en menselijk kapitaal, 29 procent aan leefomstandigheden, en maar liefst 35 procent aan inkomensonzekerheid en sociale onzekerheid.

Het effect van indirecte determinanten lijkt dus groot, maar valt moeilijker door te rekenen in termen van ziektebelasting, sterfte en zorgkosten. Zaken als woon-, werk- en inkomensonzekerheid hangen namelijk sterk samen met de directe determinanten van gezondheid – waardoor oorzaak en gevolg moeilijk te onderscheiden zijn, en de afzonderlijke impact op ziektebelasting van indirecte determinanten niet goed is uit te drukken. De samenhang van de indirecte determinanten met gezondheid is echter zo sterk, dat hiervoor in het beleid meer aandacht moet zijn.

Gezondheidswinst vergt integraal beleid

Het beïnvloeden van de directe en indirecte determinanten van gezondheid vereist integraal beleid, dat rekening houdt met de effecten over de beleidsterreinen heen. Het model van Dahlgren-Whitehead (1991; figuur 1) benadrukt de gelaagdheid van het brede gezondheidsbeleid. Effectief beleid grijpt aan op meerdere ‘schillen’ in het model – van inzet op het individu via zorg en leefstijl, leef- en werkomstandigheden, tot inzet op algemene sociaal-economische ontwikkelingen. In het voorbeeld van roken wordt er, in de buitenste schil, ingezet op accijnsverhoging en verandering van sociale normen. In de middelste schil wordt roken op het werk en in de horeca aangepakt, en in de zorg worden er stoppen-met-roken-programma's aangeboden. Individueel gedrag kan bijvoorbeeld worden beïnvloed door informatiecampagnes.

Realiseren van gezondheidsbaten

Om de financieel-economische baten van een betere gezondheid te kunnen plukken is ook economisch beleid nodig. Een betere gezondheid leidt namelijk niet zomaar tot meer welvaart. Zo kon de mogelijke participatiewinst van langer en gezonder leven alleen verzilverd worden door actief beleid, zoals het verhogen van de pensioenleeftijd. Het belang van economische omstandigheden en beleid blijkt ook uit het geval van arbeidsongeschiktheid, waarbij het vermogen om aan de slag te gaan mede afhankelijk is van de conjunctuur en de arbeidsmarktomstandigheden.

Ook binnen de zorg geldt dat gezondheidsbevordering samen moet gaan met beleid en aandacht voor de financiële prikkels, om de potentiële besparingen in zorgkosten te realiseren. Zo kunnen de door valpreventie vermeden zorgkosten alleen worden verzilverd als het budget voor ziekenhuis- en verpleeghuiszorg evenredig wordt verminderd. Als dit lukt wordt het voor financiers aantrekkelijker om valpreventie te bekostigen, met extra gezondheidswinst tot gevolg.

Vijf kansen voor integraal beleid

We onderscheiden vijf gebieden met een grote potentie voor integraal beleid. Ten eerste dient de zorg niet onnodig te ‘medicaliseren’, omdat er andere problemen dan medische aan een zorgvraag ten grondslag kunnen liggen. Dat hebben ze in de Verenigde Staten ook begrepen (kader 1). Via een goede samenwerking tussen medische zorgprofessionals en maatschappelijk werkers kan men het beroep op de zorg verminderen. Het programma ‘Welzijn op recept’ is hiervan een goed voorbeeld, waarbij huisartsen patiënten met psychosociale klachten – waarvoor geen medische oorzaak aan te tonen valt – kunnen doorsturen naar welzijnscoaches. Het potentieel hiervan is groot, aangezien twintig procent van de huisartsconsulten over dergelijke klachten gaan (RIVM, 2019b).

Ten tweede kan de werkplek beter worden benut voor leefstijlinterventies, omdat werknemers er op georganiseerde wijze bereikt kunnen worden. Een integrale aanpak met een aanbod van gezond voedsel en bewegen, en met individuele interventies gericht op stressmanagement en leefstijl kan de gezondheid sterk verbeteren. Zeker als er vooral ingezet wordt op bewezen effectieve interventies (ZonMw, 2016).

Ten derde kan werken de psychische gezondheid van mensen bevorderen, terwijl mensen met psychische aan-

Determinanten van gezondheid

FIGUUR 2



Bron: Dahlgren en Whitehead (1991) | ESB

Aandacht voor sociale determinanten van gezondheid bespaart zorggeld in de VS

KADER 1

In de Medicaid-zorgsystemen (het zorgsysteem voor armen) van sommige Amerikaanse staten worden zorgverleners ondersteund om *social needs-informed* en *social needs-targeted* zorg te verlenen.

Met *social needs-informed* wordt er bedoeld dat er bij medische zorg rekening wordt gehouden met de sociale context, om zo een zorgtraject efficiënter te laten verlopen. Als een diabetespatiënt met weinig geld bijvoorbeeld dieetadvies krijgt, dan wordt er rekening gehouden met het beperkte budget. En als een patiënt niet beweegt omdat deze in een onveilige omgeving woont, dan geeft men het advies om een rondje om de door

camera's beveiligde Walmart te lopen.

Met *social needs-targeted* wordt er bedoeld dat de sociale risicofactoren ook vanuit de medische invalshoek worden aangepakt, bijvoorbeeld door mensen te helpen hun weg te vinden bij inkomensondersteuning of rechtsbijstand. Dergelijke ondersteuning kan zelfs worden betaald via de Medicaid-zorggelden, vanuit de gedachte dat dit de zorgkosten verlaagt. Zorgverleners gebruiken er een screening tool voor, gericht op onzekerheden aanzien van woning, voedsel, nutsvoorzieningen, toegang tot transportmiddelen en huiselijk geweld (Alderwick et al., 2019).

doeningen juist vaak niet werken. Re-integratieprogramma's zijn dus belangrijk, maar niet altijd toegespitst op mensen met psychische aandoeningen. Met de methode van 'Individuele Plaatsing en Steun' (IPS) worden mensen met psychische aandoeningen begeleid aan het werk geholpen door samenwerkende ggz-aanbieders, uitkeringsinstanties en werkgevers. Dat dit succesvol is, blijkt uit het feit dat IPS-deelnemers twee keer meer kans hebben om betaald werk te vinden dan vergelijkbare deelnemers aan traditionele re-integratieprogramma's (Metcalfe et al. 2018). IPS gebeurt al lokaal, maar kan landelijk opgeschaald worden. Dat is in de praktijk niet gemakkelijk aangezien actoren moeten samenwerken die niet gewend zijn om samen te werken (Van Weeghel et al., 2020).

Een vierde gebied waarin integraal beleid effectief kan zijn, is schuldbeleid. Binnen de groep van mensen met een vergelijkbare lage sociaal-economische status, blijkt – gecorrigeerd voor inkomen, leeftijd, werk en geslacht – de rookprevalentie bijna 12 procentpunten hoger te zijn bij mensen met schulden. Dit verschil is ruim 21 procentpunten als het gaat om eenzaamheid, en bijna 11 procentpunten waar het gaat om het hebben van angstige of depressieve gevoelens (Rijnsoever et al., 2011). Ook maken mensen met een achterstallige betaling voor de zorgverzekeringspremie meer dan drie keer zoveel kosten in de specialistische ggz, vergeleken met de rest van de bevolking (CBS, 2018).

Vaak is het niet duidelijk of de gezondheidsproblemen hebben geleid tot de schulden of andersom. Interventies gericht op maar één aspect zijn vaak niet effectief: stress om de schulden zit een verbetering van de leefstijl in de weg, en gezondheidsproblemen bemoeilijken de terugkeer naar een normale financiële situatie. Een integrale aanpak is waarschijnlijk effectiever, bijvoorbeeld door schuldhulpverlening te combineren met cognitieve gedragstherapie en leefstijlinterventies. Aangezien in 2015 één à anderhalf miljoen huishoudens risicovolle of problematische schulden hadden (SCP, 2016) en er 215.000 wanbetalers waren in september 2019 (Tweede Kamer, 2019a), is de orde-grootte van schulden niet te onderschatten.

Een vijfde gebied met grote potentie ligt aan de onderkant van de samenleving op het gebied van woonzekerheid en laaggeletterdheid. Woonzekerheid leidt tot hoge maatschappelijke kosten (De Vet et al. 2013) en het aantal daklozen is in tien jaar tijd verdubbeld naar 39.300 in 2018 (CBS, 2019). De geschatte zorgkosten als gevolg van laaggeletterdheid bedragen 257 miljoen euro. Dit komt doordat laaggeletterdheid een gezondere leefstijl bemoeilijkt, maar bijvoorbeeld ook omdat laaggeletterden – letterlijk – de weg naar een zorgverlener niet kunnen vinden (PwC, 2018).

Stappen naar integraal beleid

Effectief werken aan gezondheid vraagt vanuit de samenleving om een breed perspectief. Integraal beleid over de verschillende beleidsterreinen is daarbij kansrijk, maar vergt wel een lange adem – en vooral moed, vastberadenheid, visie en draagvlak. Dat is niet makkelijk omdat beleidsontwikkeling – om logische redenen – in sectoren en bestuurslagen is opgedeeld, en belangen of tegengestelde opinies de gewenste integraliteit doorkruisen.

Wanneer de maatschappelijke uitkomsten bij de vormgeving van beleid meer als centraal doel worden gesteld is het wel mogelijk om de gewenste integraliteit te bevorderen. Dit is zeker het geval wanneer er vanuit concrete casussen wordt gewerkt, waarbij de impact op gezondheid evident is. Er zijn voor verschillende combinaties van werk, wonen, bestaanszekerheid en zorg voldoende voorbeelden voorhanden. Maar dan moeten die wel worden aangepakt.

Literatuur

- Alderwick, H., C.M. Hood-Ronick en L.M. Gottlieb (2019) Medicaid investments to address social needs in Oregon and California. *Health Affairs*, 38(5), 774–781.
- CBS (2018) *Zorgkosten en kenmerken van wanbetalers (Zvw)*, 2016. CBS, 14 december.
- CBS (2019) *Aantal daklozen sinds 2009 meer dan verdubbeld*. Nieuwsbericht op www.cbs.nl, 23 augustus.
- CPB (2013) *Gezondheid loont: tussen keuze en solidariteit*. Den Haag: CPB.
- CPB (2020) *Zorgkeuzes in kaart. Analyse van beleidsopties van politieke partijen voor de zorg*. Den Haag: CPB, Ministerie van VWS, Ministerie van Financiën.
- Dahlgren, G. en M. Whitehead (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Droomers, M., N. Hoeymans, A. Verweij en K. Stronks (2015) Wat is de potentiële gezondheidswinst van veranderingen in maatschappelijke determinanten van gezondheid? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 93(4), 139–146.
- Gils, P.F. van, C.G. Schoemaker en J.J. Polder (2013) Hoeveel mag een gewonen levensjaar kosten? Onderzoek naar de waardering van de QALY. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 157, A6507. Artikel te vinden op www.ntvg.nl.
- Gils, P. van, A. Suijkerbuijk, J. Polder en M. van den Berg (2020) Ook buiten preventieakkoord is veel gezondheidswinst te behalen tegen beperkte kosten. ESB, te verschijnen.
- Gruenberg, E.M. (2005) The failures of success. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 779–800.
- Metcalfe, J.D., R.E. Drake en G.R. Bond (2018) Economic, labor, and regulatory moderators of the effect of individual placement and support among People With Severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenic Bulletin*, 44(1), 22–31.
- OESO (2019a) *The Heavy burden of obesity: the economics of prevention*. Parijs: OECD Publishing.
- Polder, J.J., P.F. van Gils, L. Kok et al. (2017) De rekening van roken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 161, D833. Artikel te vinden op www.ntvg.nl.
- PwC (2018) *Maatschappelijke kosten laaggeletterdheid*. Amsterdam: PwC.
- RIVM (2018) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018*. RIVM Rapport, 2018-0030.
- RIVM (2019a) *Kosten van ziekten*. RIVM Infographic, te vinden op www.volksgezondheidenzorg.info.
- RIVM (2019b) *(Kosten)effectiviteit van twee interventies: Welzijn op recept en Gecombineerde Leefstijlinterventie bij Kinderen*. RIVM Rapport, 2019-0192.
- RIVM (2020) *Verder kijken dan corona, over de toekomst van onze volksgezondheid*. Te vinden op www.rivm.nl
- Rijksoverheid (2019) *Miljoenennota 2020*. Kamerstuk 35300, nr. 1.
- Rijnsoever, M.P., E. Tromp, W.E. Waterlander et al. (2011) Verschillen in leefstijl en gezondheid tussen mensen met en zonder schulden. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 89(1), 43–50.
- SCP (2016) *Armoede in kaart 2016*. Den Haag: SCP.
- SEO (2019) *Gezondheidsproblemen in WW en bijstand*. SEO-rapport, 2019-19.
- Tweede Kamer (2019a) *Evaluatie van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering*. Kamerbrief, 33077.
- Tweede Kamer (2019b) *Stand van zaken thuiszitters*. Kamerbrief, 1483118.
- Vet, R. de, M.J. van Luitelaar, S.N. Brilleslijper-Kater et al. (2013) Effectiveness of case management for homeless persons: a systematic review. *American Journal of Public Health*, 103(10), e13–e26.
- Weeghel, J. van, C. Bergmans, C. Couwenbergh et al. (2020) Individual placement and support in the Netherlands: past, present, and future directions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(1), 24–31.
- WHO (2019) *Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report* (2019). Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WRR (2017) *Weten is nog geen doen: een realistisch perspectief op redzaamheid*. WRR Rapport, 97.
- ZonMw (2016) *Kennissynthese werk(en) is gezond*. Den Haag: ZonMw.



Corona- en klimaatcrisis vragen om regierol IMF

De wereld wordt momenteel geteisterd door de coronacrisis en klimaatcrisis. Beide met een wereldwijd karakter, maar toch speelt internationale coördinatie tot dusver in de crisisbestrijding slechts een beperkte rol. Hoe kan dat beter?

IN HET KORT

- Pas als beleid wereldwijd consistent is en synergiën benut worden kan de wereld weerbaarder en groener uit de crisis komen.
- Zo'n wereldwijde aanpak vereist een speler met een internationaal lidmaatschap en expertise die de regierol pakt.
- Op economisch terrein is het Internationaal Monetair Fonds een speler die de regierol kan pakken.

PAUL HILBERS

Bewindvoerder bij het Internationaal Monetair Fonds

CARLIJN EIJKING

Beleidsmedewerker bij De Nederlandse Bank (DNB)

PATRICK KOSTERINK

Beleidsmedewerker bij DNB

De politieke en maatschappelijke aandacht richt zich momenteel vanzelfsprekend op de onmiddellijke effecten van de coronacrisis. Maar op de achtergrond speelt een klimaatcrisis, met een meer geleidelijke economische en financiële impact die op de lange termijn waarschijnlijk nog veel ingrijpender zal zijn.

In beide gevallen gaat het om wereldwijde calamiteiten, die in tegenstelling tot de kredietcrisis van 2008–2009 hun oorsprong vinden buiten de economische en financiële sfeer, maar daarop wel een enorme invloed hebben (kader 1). Waar ten tijde van de kredietcrisis de G20 voor zichzelf een grote rol opeiste en het initiatief nam tot ingrijpende en gecoördineerde aanpassingen in de financiële sector, zien we dit bij de huidige crises in mindere mate.

Dat is vreemd, want de wereld is grotendeels fysiek en financieel geïntegreerd. Meer nog dan tijdens de kredietcrisis, waardoor de schokken zich gemakkelijk over de landen verspreiden. De baten van het op mondiaal niveau bestrijden van zulke risico's om zo de financiële en economische impact ervan te mitigeren, kunnen dus navenant groter zijn.

Natuurlijk kunnen landen zich verzekeren tegen dergelijke (privaat onverzekerbare) mondiale risico's door op nationaal niveau publieke buffers op te bouwen. Maar waar de negatieve effecten van schokken zo gemakkelijk overvloeien naar andere landen als gevolg van open grenzen, zal beleid gericht op de bestrijding ervan eveneens makkelijk 'weglekken' naar het buitenland. Denk aan een stimulerend vraagbeleid in kleine open economieën dat vooral de productie in het buitenland stimuleert, of, in de sfeer van klimaatbeleid, aan een CO₂-beprijzing die bedrijven kunnen ontlopen door hun activiteiten naar andere landen te verplaatsen. In

dat geval is een puur nationale beleidsrespons vaak slechts beperkt en tijdelijk effectief, en doet deze weinig om mondiale uitdagingen structureel het hoofd te kunnen bieden.

Juist nu moeten landen nauw samenwerken om de huidige crisis op een duurzame manier te boven te komen en zo economieën weerbaarder te maken tegen dergelijke mondiale risico's. Dit vraagt om financiering, maar ook om economische en financiële aanpassingen. Deze combinatie van financiering en aanpassing is precies waarvoor het Internationaal Monetair Fonds (IMF) ruim 75 jaar geleden is opgericht, en maakt dus onderdeel uit van zijn mandaat. Met een nagenoeg wereldwijd lidmaatschap is het Fonds dan ook bij uitstek geëquipeerd om een internationale regierol op zich te nemen. In dit artikel bieden we hiertoe het noodzakelijke perspectief.

De juiste schaal is mondiaal

Op Europees niveau hebben we verschillende initiatieven zien ontstaan ten behoeve van de bestrijding van de economische en financiële gevolgen van de COVID-19-pandemie en het mitigeren van klimaatrisico's. Zo is er een akkoord bereikt over een Europees herstellfonds van 750 miljard euro om lidstaten te helpen de gevolgen van de coronacrisis op te vangen, en maakt de Europese Commissie gebruik van de flexibiliteit van het Stabiliteits- en Groeipact (SGP) om landen de ruimte te bieden om hun economie te ondersteunen. Ook de Europese Investeringsbank (EIB) stelt extra middelen ter beschikking.

Onder leiding van vicevoorzitter van de Europese Commissie Frans Timmermans is daarnaast de *European Green Deal* uitgerold, met daarin ambitieuze plannen om de EU tegen 2050 klimaatneutraal te maken. Met de eerste Europese klimaatwet doet de Europese Commissie het voorstel om deze doelstelling in het EU-recht te verankeren. En met het Europese klimaatpact zal de volgende stap worden gezet naar een klimaat-neutrale samenleving.

Hoewel hiermee in Europa een voortvarende koers is ingezet, is het de vraag of deze aanpak voldoende zal zijn. De risico's die samenhangen met COVID-19 en klimaatverandering stoppen immers niet bij de grenzen van de EU, maar beslaan de wereld als geheel. Een mondiale respons en aanpak ten aanzien van deze risico's blijft dus wenselijk.

Grotere regierol voor het IMF

Het IMF is opgericht om crises van een wereldwijde omvang te beteugelen en bij uitstek geëquipeerd om de regie te nemen bij een gezamenlijke mondiale aanpak in de corona- en klimaatcrisis.

Ten eerste is het IMF met 190 leden, naast de Wereldbank en de Wereldhandelsorganisatie een van de weinige

De corona- en de klimaatcrisis vergeleken

KADER 1

Zowel de corona- als de klimaatcrisis zijn in eerste aanleg niet economisch. Verstandig omgaan met de economische consequenties van beiden vraagt om internationale coordinatie.

Aard coronacrisis

De COVID-19-pandemie is een medische crisis en doet nog het meest denken aan de Spaanse-griep-epidemie van zo'n honderd jaar geleden. De economische en medische omstandigheden waren in de jaren na de Eerste Wereldoorlog echter zo verschillend dat het moeilijk is om daaruit voor nu veel beleidsmatige lessen te trekken. De baanbrekende analyse door Reinhart en Rogoff (2008) van financiële crises sinds de middeleeuwen stelt vast dat hoewel de oorzaken van crises sterk uiteen kunnen lopen, de economische en financiële implicaties ervan vaak overeenkomsten vertonen.

Economische impact coronacrisis

Vanuit economisch perspectief zijn er duidelijk twee verschillende effecten te onderscheiden, namelijk de impact op de aanbodzijde van de economie, en de vrijwel tegelijk optredende vraaguitval (Hilbers, 2020). COVID-19 zorgde in eerste instantie voor een aanbodschok, doordat bedrijven tijdelijk minder konden produceren als gevolg van de ziekte zelf (arbeidsuitval) en door de noodzaak om de uitbraak te beperken via *lockdowns* en *social distancing*. Productie vertraagt ook vanwege de breuken in de internationale waardeketens. Vrijwel gelijktijdig is er sprake van een vraagshok. Dit betreft allereerst een directe schok door de wegvallende vraag als gevolg van olopende werkloosheid. Daarnaast staat de vraag onder druk door extra besparingen in huishoudens en minder investeringen door bedrijven – beide wegens de toenemende onzekerheden. De coronacrisis is bij uitstek ook een mondiale crisis die zich zowel fysiek, economisch als financieel over de landsgrenzen heeft verspreid. Het reizen van personen zorgde voor de snelle verspreiding van het virus over landen, terwijl het indammen ervan het internationale personenvervoer – en daarmee de toeristische sector – wereldwijd economisch hard raakte. Verder zagen we ook financiële besmettingen, vooral in opkomende economieën die te maken kregen met massale kapitaalvlucht en het uitblijven van zogeheten *remittances* (overmakingen) van in het buitenland

werkzame familieleden (Doornbosch en Hanson, 2020).

Aard klimaatcrisis

Net als de coronacrisis is de klimaatcrisis in eerste aanleg geen macro-economisch of financieel fenomeen. Het is een ecologische ontwikkeling, en daarmee een verandering van de omgeving waarbinnen economieën en financiële stelsels functioneren. En evenals de COVID-19-pandemie houdt ook de klimaatverandering geen rekening met landsgrenzen, en is daarom bij uitstek een mondiale uitdaging.

Economische impact klimaatcrisis

Terwijl de coronacrisis relatief vlot zou kunnen worden teruggedrongen door de ontwikkeling van een vaccin, mits dit snel in voldoende mate kan worden geproduceerd en gedistribueerd, ligt dit bij de klimaatcrisis fundamenteel anders. Daar bestaat geen vaccin voor, en dat maakt de beleidsreactie veel belangrijker. Op termijn lijkt de klimaatcrisis dan ook een grotere bedreiging te vormen voor de wereld-economie dan de coronacrisis. En daarmee is het belang van een gecoördineerde beleidsreactie ook des te groter.

Deze gecoördineerde beleidsreactie moet toegespitst zijn op de belangrijkste risico's die het klimaatprobleem met zich meebrengt: de fysieke en transitierisico's.

Fysieke risico's hebben te maken met extreme weersomstandigheden zoals langdurige droogtes, overstromingen en stormen en werken sterk negatief uit op economische activiteiten vanwege het ontregelen van waardeketens. Ook kunnen dergelijke omstandigheden de gezondheid van de beroepsbevolking aantasten en onzekerheid over toekomstige inkomsten en verliezen kunnen er aan de vraagzijde toe leiden dat economische actoren uit voorzorg meer sparen en minder investeren, met negatieve implicaties voor de groei.

Transitierisico's treden op bij de overgang naar een economisch systeem dat minder afhankelijk is van fossiele brandstoffen. Als klimaatbeleid laat en abrupt wordt ingevoerd, kunnen bestaande technologieën snel inefficiënt of overbodig worden. Een stresstest van de Nederlandse financiële sector vindt dat de activaportefeuilles van financiële instellingen tot wel elf procent in waarde zouden kunnen dalen door het transitierisico (DNB, 2018).

economisch georiënteerde internationale instellingen met een wereldwijd lidmaatschap. Dat lidmaatschap maakt het mogelijk om snel te leren van ervaringen in de lidstaten en om best practices breed uit te rollen.

Ten tweede heeft het IMF het mandaat om de internationale handel te bevorderen en de wereldwijde economische en financiële stabiliteit te bewaken. Het is dan ook aan

het IMF om in deze tijden van protectionistische tendensen te voorkomen dat we teruggaan naar een situatie zoals voor zijn oprichting in 1944. Toen werden wisselkoersen gemanipuleerd om de uitvoer te bevorderen, en werden er allerlei restricties opgelegd aan de buitenlandse handel.

Ten slotte heeft het IMF de kennis om zijn leden met financiering en advies bij te staan in crises als deze. Het zal niet de eerste keer zijn dat het Fonds zijn analytische capaciteit heeft moeten inzetten om de invloed van nieuwe soorten crises te doorgronden en te vertalen naar concrete beleidsadviezen en financieringsopties. Beleidsadviezen kunnen vervolgens uitgerold worden via zijn drie hoofdtaken: economisch en financieel beleidstoezicht (surveillance), financiering en technische assistentie.

Vanuit een registerol voor het IMF is het belangrijk om onder toezicht oog van de G20 samen te blijven werken met andere internationale instellingen. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan de Wereldbank, de Financial Stability Board (FSB) en het Network for Greening the Financial System (NGFS).

IMF-beleidsinzet voor corona en klimaat

Nu de eerste zware klappen van de coronacrisis zijn opgevangen, wordt er in toenemende mate naar het IMF gekeken voor een analyse van de crisis en voor concreet beleidsadvies. Daarnaast zal de financieringsvraag verschuiven van noodfinanciering naar de meer traditionele programma's van financiering in ruil voor aanpassing. Om dit te kunnen doen, zal het IMF zelf een aantal stappen moeten zetten.

Beleidsstoezicht

Belangrijk daarbij is het verder ontwikkelen van een overkoepelende IMF-visie op een duurzaam herstel, en deze te vertalen naar concrete beleidsadviezen en programma-conditionaliteit. Dit is een logische vervolgstap op de *Special Series on COVID-19* waarmee IMF-experts beleidsmakers in de lidstaten helpen om de economische effecten van de coronacrisis aan te pakken. Deze notities zijn vrij praktisch georiënteerd en onderverdeeld in verschillende thema's, zoals begrotingszaken, financiële regelgeving en structurele uitdagingen.

Tijdens de afgelopen IMF-jaarvergadering werden de eerste contouren van een dergelijke visie zichtbaar. Zo onderkende managing director Kristalina Georgieva in de *Financial Times* dat het zeer open geformuleerde devies "*Spend what you can, but be sure to keep the receipts*" (vrij vertaald: geef zo veel mogelijk uit, maar zorg dat je het achteraf kunt verantwoorden) niet langer volstaat. Het IMF riep overheden op om de steun zo in te richten dat de langetermijnschade in termen van productiviteit zo veel mogelijk beperkt blijft. Een belangrijk onderdeel daarvan is het op peil houden van publieke investeringen, maar ook hulp bij de herallocatie van arbeid en het heropenen van kwetsbare maar wel levensvatbare bedrijven (IMF, 2020a). Het is nu zaak dit te concretiseren in bilateraal beleidstoezicht.

In de herstelfase van de coronacrisis kunnen er twee vliegen in één klap geslagen worden door de verloren gegane economische activiteit van voor de crisis te herstellen, en de economie tegelijkertijd duurzamer te maken – ook wel een 'groen herstel' genoemd. Het IMF kan hieraan bij-

dragen door meer analyse en strenger beleidstoezicht ten aanzien van klimaat-gerelateerde risico's, bijvoorbeeld door de financiële sector te 'stress-testen' op de energietransitie, voortbouwend op de recente transitierisicoanalyse voor Noorwegen (IMF, 2020b). Daarnaast kan het Fonds lidstaten adviseren over fiscale maatregelen om de CO₂-uitstoot terug te dringen, en zo de gemaakte afspraken onder het akkoord van Parijs te behalen door bijvoorbeeld het invoeren van een CO₂-belasting. Juist voor beleid ten aanzien van de mitigatie van klimaatrisico's is een centrale – gecoördineerde – aanpak van belang om effect te kunnen sorteren.

Financiering

Net zo belangrijk is financiële ruimte. De crisisrespons op mondiaal niveau is tot dusver voornamelijk gericht op noodfinanciering, die in omvang redelijk beperkt is gebleven vanwege relatief lage toegangslimieten. Op dit moment is slechts iets meer dan 25 procent van de totale leencapaciteit van rond de 1.000 miljard dollar in gebruik, ondanks dat het IMF sinds eind maart aan meer dan 80 van zijn 190 lidstaten (nood)financiering heeft verleend.

Het is waarschijnlijk dat programma's omvangrijker worden naarmate de crisis voortduurt, en de ruimte bij overheden om te blijven stimuleren beperkter wordt. Dan zal ook blijken of de huidige leencapaciteit van het Fonds toereikend is, of dat het lidmaatschap zal moeten bijspringen.

Daarnaast is het van belang dat de ingelegde middelen voor lage-inkomenslanden voldoende blijven (Georgieva en Kaag, 2020). Nederland draagt daar ook aan bij. Zo heeft ons land sinds de uitbraak van de coronacrisis een additionele lening en een gift aan het Poverty Reduction and Growth Trust verstrekt van respectievelijk 500 miljoen *Special Drawing Rights* (SDR, tegoeden die landen bij het IMF aanhouden) en 8,5 miljoen euro, en een toezegging gedaan voor een gift van in totaal 25 miljoen euro aan het Catastrophe Containment and Relief Trust. Deze potten dienen om lage-inkomenslanden van goedkope financiering respectievelijk schuldverlichting te voorzien.

Maar er zijn meer opties. Ten eerste kan een nieuwe allocatie van de SDR lidstaten ook ademruimte bieden, voornamelijk degenen met beperkte (toegang tot) internationale reserves. Daarmee wordt internationale liquiditeit gecreëerd zonder dat dit de schuldpositie van landen navenant doet toenemen. Ook zouden reeds gealloceerde SDR gebruikt kunnen worden voor de financiering van het Fonds.

Ten tweede kan schuldherstructurering soms onvermijdelijk zijn. Voor een lening van het IMF is een houdbare schuld een strikte voorwaarde. Het Fonds en zijn lidstaten zijn er niet bij gebaat om schuld die onhoudbaar is door te rollen, om landen in een later stadium alsnog te zien bezwijken onder een te hoge schuldenlast. Uitstel van schuldbetalingen is dan eveneens ontoereikend.

Ook dit vraagt om internationale coördinatie om de handen van private en publieke crediteuren 'op elkaar te krijgen' – en een schuldherstructurering niet onnodig kostbaar te maken. Daartoe is, onder de auspiciën van de G20 en de Club van Parijs, in november jongstleden een belangrijke stap gezet door de introductie van een multilateraal raamwerk voor de herstructurering van overheidsschulden

in gevallen waarin landen te maken hebben met crediteuren die buiten de Club van Parijs vallen. Het Fonds krijgt hierbij een belangrijke regierol omdat zijn schuldhoudbaarheidsanalyse leidend zal zijn voor de noodzakelijke herstructurering en het lidstaten met programmahervormingen terug op het pad kan helpen naar schuldhoudbaarheid.

Verduurzaming als programmavorwaarde

Voor financiering vanuit het Fonds is het daarnaast van belang dat lidstaten deze middelen gebruiken om hun economische en financiële gezondheid duurzaam te herstellen om zo (weer) concurrerend te worden. Waar landen kampen met beperkte productiviteit of waar de crisis structurele zwaktes heeft blootgelegd – bijvoorbeeld een beperkte mate van digitalisering, gebrek aan aanpassingsvermogen op arbeidsmarkten of slecht ontwikkelde insolventieraamwerken – zijn er aanpassingen noodzakelijk voor economisch herstel.

Lidstaten kunnen deze beleidshervormingen aangrijpen om hun economieën en de financiële sector duurzaam te hervormen, bijvoorbeeld door 'groene' investeringen te stimuleren en actief beleid te voeren met het oog op een afname van de CO₂-uitstoot. Deze hervormingen zouden zelfs tot onderdeel van de IMF-programmavorwaarden gemaakt kunnen worden als ze essentieel worden geacht voor de economische en financiële gezondheid van een lidstaat (ook op de lange termijn).

Afsluiting

De wereld wordt momenteel geteisterd door twee heel verschillende crises. Een acute pandemie met grote directe gevolgen voor economieën, en een klimaatcrisis met een meer *slow burning*-karakter. Wat beide crises gemeen hebben is dat ze, in tegenstelling tot de meeste historische crises, van buiten de economische en financiële sfeer komen. Dit neemt echter niet weg dat de gevolgen van deze crises door landen over de hele wereld ondervonden worden, en ongeëvenaard zijn voor de wereldeconomie. In dat opzicht is het opvallend dat er tot dusverre weinig internationale regie is ten aanzien van de bestrijding van de economische gevolgen van beide crises. Een internationaal gecoördineerde beleidsreactie is de meest effectieve weg voorwaarts. Het IMF is daarvoor bij uitstek geëquipeerd omdat het ook hier in essentie gaat om de juiste combinatie van financiering en aanpassing.

Literatuur

- Doornbosch, R. en J. Hanson (2020) Het IMF stabiliseert de mondiale economie met een recordaantal programma's. *ESB*, 105(4786), 278–281.
- DNB (2018) *Overzicht Financiële Stabiliteit*, najaar.
- Georgieva, K. en S. Kaag (2020) *Keeping the global focus on low income countries*. Op-Ed Project Syndicate, 25 november.
- Hilbers, P. (2020) Coronacrisis zet internationaal financieel systeem onder druk. In: L. Paape, C. Hilhorst, B. Jansen et al. (red.), *COVID-19: een bevel uit het niets*. Amsterdam: Mediawerf.
- IMF (2020a) *Fiscal Monitor: policies for the recovery*, oktober.
- IMF (2020b) *Climate-related stress testing: transition risks in Norway*. IMF Working Paper, WP/20/232.
- NGFS (2019) *A call for action: climate change as a source of financial risk*, april. Network for Greening the Financial System. Te vinden op www.ngfs.net.
- Reinhart, C.M. en K.S. Rogoff (2008) *This time is different: a panoramic view of eight centuries of financial crises*. NBER Working Paper, 13882.

De solidariteitsreserve in het nieuwe pensioenstelsel hoort overheidsfonds te zijn

De solidariteitsreserve maakt het nieuwe pensioenstelsel node-loos ingewikkeld en moeilijk uitlegbaar. Is het niet beter om die reserve als een overheidsfonds in te richten?

IN HET KORT

- De solidariteitsreserve in het nieuwe pensioenstelsel heeft het karakter van een omslagstelsel.
- Het onderbrengen in een door de overheid gefinancierd fonds draagt bij aan de handhaving van het sociale contract.
- Bij de huidige lage rente is de financiering van het fonds goedkoop, terwijl de beleggingsopbrengst toch aanzienlijk kan zijn.

FRANK DEN BUTTER

Hoogleraar aan de Vrije Universiteit

In het nieuwe pensioenstelsel zorgt het persoonlijke pensioenpotje – ‘een persoonlijk voor uitkering gereserveerd vermogen’ – voor meer duidelijkheid en transparantie wat betreft de band tussen premie-inleg, beleggingsuitkomst en pensioenuitkering. Zo kan er beter dan in het oude stelsel getoond en begrepen worden wat men aan pensioen krijgt en welke onzekerheden er zijn.

Een opmerkelijke innovatie in het nieuwe stelsel is de inbouw van een solidariteitsreserve (Kamerbrief, 2020). Deze geeft een concrete invulling aan de economische argumentatie dat intergenerationele risicodeling welvaartsvoordelen oplevert. Maar juist deze nieuwigheid zorgt weer voor onduidelijkheid nu ieder pensioenfonds zijn eigen solidariteitsreserve kan opbouwen, waarbij allerlei discretionaire beslissingen van het fondsbestuur invloed hebben op de opbouw en verdeling van de reserve tussen en binnen generaties. Mede vanuit dat perspectief wordt in dit artikel ervoor gepleit om de solidariteitsreserve in een overheidsfonds onder te brengen.

Intergenerationele risicospreiding

De vraag of, en zo ja hoe, het uitsmeren van pensioenbeleggingen over de verschillende generaties een welvaartsvoordeel zou kunnen opleveren, is onderwerp van een lang en intensief debat. Een belangrijk ijkpunt in dit debat is het rapport *Generatiebewust beleid* van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR, 1999), dat op

basis van theoretisch onderzoek – door onder meer Robert Merton en Paul Samuelson, en een scenario-analyse van Boender et al. (2000) – een vorm van intergenerationele solidariteit in het pensioenstelsel bepleit. Boender (2001) formuleert het beginsel als volgt: “Indien een generatie de beschikking heeft over een buffer, (...) en deze niet consumeert maar doorgeeft aan een volgende generatie, dan kan elke volgende generatie in verwachting met onmiddellijke ingang, en zonder additionele premie-inleg, een significant aandelenbelang aanhouden, waardoor tegen relatief lage kosten een relatief goed pensioen kan worden opgebouwd.”

In feite zijn er twee redenen waarom dit uitsmeren van beleggingen tussen generaties een welvaartsvoordeel kan opleveren. In de eerste plaats, zoals het citaat van Boender aangeeft, omdat men alvast voor de volgende generatie gaat beleggen, zodat deze generatie een langere beleggingshorizon heeft. Bij dit in aandelen ‘voorbeleggen’ (Teulings, 2018) wordt er extra risico genomen ten behoeve van de toekomstige generaties deelnemers. Maar toch is er welvaartswinst omdat de risicopremie opweegt tegen het extra risico (Boelaars, 2019).

Ten tweede kunnen beleggingsopbrengsten tussen generaties gedeeld worden, waarbij de generaties met pech gecompenseerd worden door die met geluk. Nadrukkelijk gaat het daarbij niet om intergenerationele risicosolidariteit: vooraf (ex ante) is niet bekend welke de generatie met geluk en welke die met pech is. Natuurlijk valt er ex post wel te berekenen welke overheveling van vermogen tussen de generaties heeft plaatsgevonden. Maar in plaats van intergenerationele solidariteit is het beter om te spreken van intergenerationele risicospreiding (Den Butter, 2019).

Solidariteitsreserve in het nieuwe stelsel

Na 2000 heeft het debat over de intergenerationele risicospreiding vooral plaatsgevonden in het kader van de herinrichting van het pensioenstelsel. Dat heeft nu dus geresulteerd in de toevoeging van een solidariteitsreserve aan het pensioenstelsel. Toch was er veel discussie tussen de deskundigen over hoe men de verdeling van risico's over generaties het beste zou kunnen vormgeven. En of het uiteindelijk veel welvaartswinst zou opleveren. Boelaars (2019) laat zien dat de inschattingen van de te behalen welvaartswinst variëren van betrekkelijk gering tot zo'n dertig procent, zie ook Boelaars en Bovenberg (2018).

In het nieuwe pensioenstelsel wordt het bijhouden van een persoonlijk vermogen, in plaats van persoonlijke ‘aanspraken’, als oplossing gezien om de onzekerheid over het toekomstige pensioen in het stelsel inzichtelijk te maken. De vraag is dan hoe deze individualisering van het pensioenvermogen valt te rijmen met de notie van solidariteit en ‘intergenerationele risicodeling’. De nu ingebouwde solidariteitsreserve is te zien als het compromis in deze discussie. Het betekent wel dat alle generaties verplicht zijn mee te doen aan deze collectieve regeling voor risicospreiding. Opportunistisch gedrag wanneer men denkt te behoren tot de generatie met geluk, dient te worden vermeden.

Invulling

Ook al zijn de kaders gedefinieerd, het nieuwe pensioenstelsel laat de besturen flink wat ruimte om concrete invulling te geven aan de solidariteitsreserve. Deze discretionaire keuzes betreffen opvulling van de reserve en uitdeling van de reserve. Metselaar et al. (2020) maken dat concreet in de doorrekening van een aantal scenario's naar de gevolgen van de verschillende beslissingen over deze opvulling en uitdeling van de reserve.

Verschillen in invulling tussen fondsen maken het administratief ingewikkeld, en evenzeer moeilijk uitlegbaar. Hoe is het bijvoorbeeld aan gepensioneerden duidelijk te maken dat het pensioen lager dan verwacht wordt, omdat de bijdrage uit de solidariteitsreserve is achtergebleven? Ook ontnemen deze keuzes het zicht op de overhevelingen van gelden binnen en tussen generaties die via de solidariteitsreserve plaatsvinden.

Rekenaars gaan uit van de zogenaamde ‘maatmens’, en daarbij blijft de complicatie buiten beeld dat individuele pensioendeelnemers verschillende (ex ante) levensverwachtingen hebben en ook verschillende carrièrepaden bewandelen (steile versus vlakke inkomensprofielen). Uiteraard doen die complicaties er wel toe bij de bepaling van de pensioenpremie op basis van de gewenste pensioenuitkering, en bij de administratie van het persoonlijke restvermogen na pensionering. Wanneer een deel van de premie-inleg en het beleggingsrendement gebruikt wordt voor de solidariteitsreserve, dan vertroebelt dit nog eens extra het inzicht in de relatie tussen premie en eigen pensioenuitkering.

Maak overheidsfonds van solidariteitsreserve

Al deze gesignaleerde onzekerheden en problemen met een pensioenstelsel waarin ieder pensioenfonds een eigen solidariteitsreserve aanhoudt en daarvoor verantwoordelijk is, voeden de gedachte dat de intergenerationele risicospreiding beter via een overheidsfonds kan worden ingericht.

Dan leent de overheid geld op de kapitaalmarkt en belegt dat alvast voor de komende generaties, volgens de daarbij geldende optimale risicospreiding. Het overrendement – dat wil zeggen het behaalde rendement boven de rente op staatsleningen – wordt naar rato van de uitstaande vermogens over de verschillende pensioenfondsen verdeeld. In geval van onderrendement, hetgeen sporadisch zal voorkomen, wordt bijstorting uit de pensioenfondsen verlangd. Dit alles betekent dat het solidariteitsfonds slechts eenmaal via een extra staatsschuld moet worden opgebouwd, en dat daarna herfinanciering gegarandeerd is.

De wijze waarop de uitkeringen uit dit overheidsfonds aan de deelnemers van de pensioenfondsen worden doorgegeven, kan dan door de fondsen zelf worden bepaald. Wel ligt het voor de hand dat dit binnen de door de toezichthouder opgestelde regels gebeurt. Zo zal er, vanuit het argument van ‘voorbeleggen’, een deel van het overrendement gestort moeten worden in het pensioenpotje van de jonge generatie pensioendeelnemers, terwijl desgewenst een deel ook kan worden gebruikt als bijdrage aan het vermogen van generaties met pech. Dit laat aan de pensioenfondsen de ruimte voor een eigen invulling van de solidariteit met de jongeren en met de generaties met pech.

Het publiek organiseren van de solidariteitsreserve creëert draagvlak voor het pensioenstelsel

Beleggen met geleend geld

Hoewel sommige economen, zoals Ilja Boelaars en Lans Bovenberg, betwijfelen of beleggen met geleend geld voor toekomstige generaties ooit politieke steun zal krijgen, zijn er toch flink wat argumenten om dit via een overheidsfonds wel te doen. Ik noem er hier vijf.

Omslagement

Het belangrijkste argument voor een overheidsfonds is dat een deel van de solidariteitsreserve gereserveerd is voor de toekomstige deelnemers. Hiermee bevat het nieuwe pensioenstelsel een omslagement. De oudere generaties geven een deel van de solidariteitsreserve door aan de jongere generatie, met de voorwaarde dat dit ook weer aan de volgende generatie wordt doorgegeven. Dit impliceert een sociaal contract, net zoals bij de AOW waar de jongere generatie premie voor de gepensioneerden betaalt, in de veronderstelling dat hun kinderen ook voor hen na pensionering de AOW-premie zullen blijven opbrengen. Voor de handhaving van dit sociale contract is het nodig om de voorziening via de overheid te laten lopen. Dat geldt voor de AOW, en het zou ook voor de solidariteitsreserve moeten gelden.

Opvullen van solidariteitsreserve

Verwant aan het eerste argument is het argument dat bij aanvang de solidariteitsreserve moet worden opgevuld. Volgens het pensioenakkoord zou dit uit het huidige pensioenvermogen moeten gebeuren. Dat betekent een directe overdracht van de oudere naar de jongere generatie.

Ten tijde van de publicatie van het WRR-rapport *Generatiebewust beleid* in 1999 was dit niet zo'n groot probleem omdat indertijd de dekkingsgraden ver boven de 100 procent lagen, en er toch al sprake was van een doorgave van de buffers van oude naar jonge generaties. Tegenwoordig is dit veel moeilijker, nu de vermogens van veel grote

pensioenfondsen – zij het volgens de lage rekenrente – niet voldoende dekking bieden voor de toekomstige uitkeringen. Vandaar dat opvulling via een overheidsfonds in de rede ligt.

De vraag daarbij is wel hoe groot het fonds zou moeten zijn. In de varianten volgens Metselaar et al. (2020) ligt de omvang van de solidariteitsreserve tussen de twee en tien procent van het gereserveerd vermogen. Met name in de varianten waarin naast voorbeleggen spreiding van het

ren zonder financieel onderpand. Bij het overheidsfonds speelt die vraag niet.

Benutten van lage rente op staatsleningen

Ten slotte wordt, bij het nu opvullen van het overheidsfonds, de lage en zelfs negatieve rente benut waartegen de overheid op de kapitaalmarkt kan lenen. Dat rijmt met de opvatting van Teulings (2020) dat de overheid momenteel, via de staatschuld, de private sector risicovrije buffers kan aanbieden. Daarbij ‘rendeert’ volgens Teulings de staatschuld. De verzekeringspremie die de overheid ontvangt, kan in dit geval worden doorgegeven aan de jongere generatie in de vorm van extra pensioenbeleggingen. Het is aannemelijk dat de financiële markten deze (eenmalige) extra overheidsinvestering niet zodanig risicovol vinden dat hierdoor de rente omhoog zal gaan. Daarbij leveren de hogere pensioenen in de (verre) toekomst bovendien meer belastinginkomsten op.

Er zijn wel garanties nodig dat de overheid geen greep uit het fonds doet

beleggingsrisico het oogmerk van de solidariteitsreserve is, is de behoefte aan de reserve hoog. Wel wordt er een zeer geleidelijke opvulling van de solidariteitsreserve voorzien. Iets dergelijks zou ook voor de opvulling van het overheidsfonds kunnen gelden, waarbij er zou kunnen worden begonnen met zo’n twee à vier miljard euro.

Continuïteit solidariteitsreserve

Bovenberg en Van Ewijk (2012) noemen – als voordeel van het via de overheid laten lopen van de intergenerationele risicodeling, in plaats van via de pensioenfondsen – dat er bij pensioenfondsen het risico is van discontinuïteit en van de mate waarin stortingen in de reserve kunnen worden opgebracht.

Bij het laten lopen van de solidariteitsreserve via een overheidsfonds achten ze de kans dat de politiek er mee aan de haal gaat groter dan via de pensioenfondsen. Bij het overheidsfonds is daarom een wettelijke garantie nodig dat de politiek geen greep uit het fonds doet. De bestemming moet goed worden vastgelegd, en zowel het bestuur als het beheer van het fonds moet op afstand van de politiek worden geplaatst. Te denken valt bijvoorbeeld dat in plaats van beleggen in eigen beheer, het beleggen wordt uitbesteed aan de pensioenbeheerders van de grote fondsen. Dat levert dan ook weer risicospreiding op.

Geen ex ante herverdeling via pensioenfondsen

Het principe van het pensioenakkoord is dat er geen ex ante herverdeling tussen deelnemers en generaties plaatsvindt. Maar via de solidariteitsreserve vindt er wel herverdeling plaats van oud naar jong. Zo’n herverdeling is in beginsel een politiek vraagstuk. Ook daarom ligt er een overheidsfonds voor de hand om deze herverdeling te regelen, waarbij wel tijdsconsistentie nodig is. Bij een op afstand van de politiek geplaatst fonds is dat het geval.

Het plaatsen van de solidariteitsreserve in een overheidsfonds lost ook een geschilpunt op tussen Bovenberg en Teulings (2019) over intergenerationele overdrachten in het pensioenstelsel. Het betreft de vraag in hoeverre ouderen zonder veel kredietrisico geld kunnen lenen aan jonge-

Tot besluit

Het opvullen en beheren binnen een overheidsfonds van de solidariteitsreserve, zoals deze nu in het pensioenakkoord is opgenomen, heeft een aantal voordelen boven het toevoegen van deze reserve aan het vermogensbeheer en de discretionaire bevoegdheden van de pensioenfondsen. Zo’n fonds vervult de rol van buffer, waarmee voor jonge generaties alvast pensioenvermogen wordt opgebouwd via beleggingsrendementen, en waarmee bovendien desgewenst generaties met pech in de pensioenopbouw kunnen worden gecompenseerd. In feite gaat het hier om een omslagstelsel van oud naar jong, waarbij via ‘zelfbinding’ door de overheid gezorgd moet worden voor de handhaving van het sociale contract en elke generatie het fonds doorgeeft aan de volgende.

Literatuur

Boelaars, I. (2019) Intergenerationele risicodeling: zin of onzin. In: *Pensioenen voor de toekomst*, Wim Drees Fonds / Koninklijke Hollandse Maatschappij der Wetenschappen, Seminar 14 maart. Te vinden op khmw.nl.

Boelaars, I. en A.L. Bovenberg (2018) Voordelen risicodeling onzeker. *ESB*, 103(4762), 262–264.

Boender, C.G.E. (2001) De economische waarde van solidariteit en risicodeling in de pensioenopbouw: de pensioenpolder of pensioenterp. In: R.M.A. Jansweijer en A.C.J.M. Winde (red.), *Intergenerationele solidariteit en individualiteit in de tweede pensioenpijler: conferentieverlag*. WRR Werkdocument, W116, p. 9–22.

Boender, C.G.E., S. van Hoogdalem, R.M.A. Jansweijer en E. van Lochem (2000) *Intergenerationele solidariteit en individualiteit in de tweede pensioenpijler: een scenario-analyse*. WRR Werkdocument, W114. Te vinden op wrr.archiefweb.eu.

Bovenberg, L. en C. van Ewijk (2012) Designing the pension system: conceptual framework. In: L. Bovenberg, C. van Ewijk en E. Westerhout (red.), *The future of multi-pillar pensions*. Cambridge: Cambridge University Press, 142–183.

Bovenberg, L. en C. Teulings (2019) Waarover wij het eens en oneens zijn in de pensioendiscussie. *ESB* 104(4771), 126–129.

Butter, F. den (2019) Geen risicosolidariteit in het pensioenstelsel. In: *Pensioenen voor de toekomst*. Wim Drees Fonds / Koninklijke Hollandse Maatschappij der Wetenschappen, Seminar 14 maart. Te vinden op khmw.nl.

Kamerbrief (2020) *Uitwerking pensioenakkoord*. Kamerbrief, 6 juli. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.

Metselaar, L., A. Nibbelink en P. Zwaneveld (2020) *Het doorontwikkelde contract: uitdeel- en vulopties voor de solidariteitsreserve*. CPB Achtergronddocument, juni.

Teulings, C. (2018) Geen goed pensioen zonder intergenerationele verzekering. *ESB*, 103(4762), 258–261.

Teulings, C. (2019) Discussie over inrichting collectieve contracten is nog niet voorbij. *ESB*, 104(4777), 408–409.

Teulings, C. (2020) De private sector verlangt een hogere staatsschuld en dat levert ook nog wat op. *ESB*, 105(4788), 364–367.

WRR (1999) *Generatiebewust beleid*. Rapporten aan de Regering, 55. Den Haag: Sdu.

Hans de Boer (1955–2021)

Econoom die zichzelf bleef

De student Hans de Boer gedroeg zich al net zo als de latere VNO-NCW-voorzitter. Recht voor zijn raap, altijd in voor een – toegegeven, soms wat botte – grap en volstrekt onafhankelijk in zijn denken.

Plaats van handeling was indertijd de Vrije Universiteit, midden jaren zeventig. Van de economiestudenten was er nog geen twee procent vrouw. Studenten waren onderverdeeld in algemeen economen en bedrijfseconomen. De eersten waren links en aangesloten bij de Vereniging van Economiestudenten aan de Vrije Universiteit (VESVU). De tweede groep bestond uit ‘rechtse ballen’, die zich meer thuis voelden bij de Vrije Universiteit Studenten Organisatie (VUSO), waarin Jan-Peter Balkenende (geschiedenis) en Robin Linschoten (rechten) actief waren. Hans behoorde tot de eerste groep – maar hij zou Hans niet geweest zijn als hij niet regelmatig een opinie vertolkte die tegen het linkse zere been was.

Zo vond hij de protesten tegen een collegegeldverhoging maar niks. Studenten kwamen immers vooral uit de elite, dus waarom zou hun opmaat naar een mooie carrière hun (of liever gezegd hun ouders) niet iets mogen kosten? Het was ook de tijd waarin traditionele rolpatronen werden doorbroken. Van politiek correcte symboliek moest Hans niets hebben. Hij kreeg een keer een bos bloemen van een mannelijke medestudent: een bulderlach – Hans wilde gewoon een fles jenever.

Hans was in 1977, samen met de latere *ESB*-redacteur Hans Kamps, een van de organisatoren van een VESVU-symposium gericht op “de meer beleidsmatige aspecten van de werkgelegenheidsproblematiek”, aldus de aankondiging in *ESB* (*ESB*, 62(3090), p. 152). Ruud Lubbers, de toen nog piepjonge minister van Economische Zaken, zou spreken. Hans bedwong de zenuwen door een grap te maken over de gezichtsbehandling van de excellentie: moesten we misschien een ruimte zoeken waar hij zich even kon scheren?

Terugblikkend was het congresprogramma een voorbode van de latere loopbaan van Hans: na de minister spraken namelijk topmannen uit het bedrijfsleven, een vertegenwoordiger van de vakbeweging, en de directeur Algemeen Economische Politiek van het Ministerie van EZ – kortom de polder. Eenmaal afgestudeerd werd Hans eerst medewerker bij het Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven en daarna adviseur, onder andere op zijn geliefde Curaçao. In 1986 werd hij ondernemer en richtte hij met Hans Kamps het Bureau voor Economische Argumentatie (BEA) op. Kantoor: een zolderkamer in Badhoevedorp.

BEA beloofde opdrachtgevers om te komen met een onderbouwing voor de door hen gewenste conclusie. Dat leek cynisch,



maar voor elk plan en voorstel zijn er nu eenmaal argumenten aan te dragen – en dat deed het BEA uitstekend. Niet alleen waren de twee Hansen goed in argumenteren, ook hadden zij een, organisch gegroeide, strategie om klanten voor zich te winnen en te behouden. De ene Hans – de lezer mag raden wie – ‘speelde’ de zakelijke, no-nonsense doener, en de andere afficheerde zich als de verstrooide, originele denker. De formule bleek succesvol, en leidde in 1994 tot zo’n goede deal met KPMG dat Hans verzuchtte: “ik hoef nooit meer te werken”.

Niet werken, dat lukte natuurlijk niet. En dus kwamen er het voorzitterschap van MKB-Nederland (1997–2003) en de vele ondernemersavonturen op het raakvlak van overheid en privé, waarbij de vermenging van die laatste twee soms nogal wat wenkbrauwen deed fronsen, zoals bij het Vakcollege. Uiteindelijk wilde Hans op een gegeven moment toch weer eens echt “ergens bij horen – en dat gebeurde toen hij voorzitter werd van VNO-NCW.

Hans had daar door zijn karakter een stroeve start. Zijn uitspraak dat honderdduizenden mensen met een uitkering ‘labbekakken’ zouden zijn viel niet in goede aarde. Hij maakte snel excuses voor het woordgebruik, en had spijt van het interview – maar zijn boodschap dat hoogopgeleide werklozen zich niet te min zouden moeten voelen om werk ver onder hun opleidingsniveau te doen (zoals aspergesteken) was zo gek nog niet. Het was ook geen verrassing voor wie bekend was met hoe Hans in zijn studentenjaren aankeek tegen jongeren uit welgestelde milieus die vonden dat ze wel uit de staatsruif mochten eten. Maar zijn imago van rechtse bal klopte niet met de werkelijkheid, en daar was Hans zeker niet blij mee.

Hans de Boer hield lang het idee dat de achterstand van vrouwen aan de top vanzelf zou verdwijnen. Het toont zijn kracht dat hij niet alleen publiekelijk erkende dat hij het mis had gehad, maar zelfs zijn steun uitsprak voor een wettelijk vrouwenquotum. Dat gebeurde van harte – en het wetsvoorstel is er dan ook het afgelopen jaar gekomen.

Af en toe was er een reünie van de VESVU, zo ook in oktober 2013. Vlak daarvoor overleed op 61-jarige leeftijd Ronald Gerritse, voorzitter van de AFM én een oud-VESVU-bestuurslid. Hans stelde voor om de reünie te laten voor wat die was. Uit respect en ook omdat hij verdrietig was dat Ronald voortijdig was gestorven. Nu is hij zelf ook veel te vroeg heengegaan. Hij had zeker nog heel graag zijn handen uit de mouwen willen steken.

HENRIËTTE PRAST

Hoogleraar aan Tilburg University



Gemeten inflatie loopt uiteen met inflatieperceptie

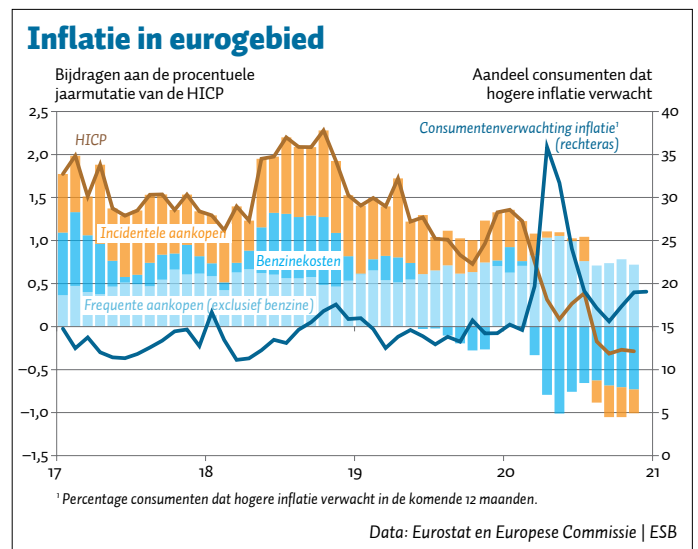
CONJUNCTUUR

Consumenten blijken vaak een ander – hoger – beeld van inflatie te hebben dan de inflatiemaatstaf waar de Europese Centrale Bank (ECB) op stuurde (HICP; *harmonised index of consumer prices*). Uit enquêteresultaten van de Europese Commissie blijkt dat ondanks de dalende totale inflatie, meer dan 35 procent van de consumenten dit voorjaar tijdens de eerste coronagolf juist rekening hield met fors stijgende prijzen. In de zomer daalde dit percentage, om in het najaar opnieuw naar bijna twintig procent te stijgen (figuur). Het percentage consumenten dat deflatie verwacht, bleef in deze gehele periode beneden de vijf procent.

Recent Amerikaans onderzoek wijst uit dat het inflatiebeeld van consumenten beïnvloed wordt door het dagelijkse uitgavenpatroon, waarbij hogere prijzen een sterker beeldbepalend effect hebben dan lagere prijzen. In de figuur is daarom onderscheid gemaakt tussen frequente en incidentele aankopen, met de Eurostat-prijsindex. De frequente aankopen zijn dagelijkse boodschappen, benzinekosten, kranten en diensten zoals kappers en openbaar vervoer. Exclusief benzine hebben deze producten en diensten een relatief stabiel prijsverloop (figuur). Dit voorjaar tijdens de eerste coronagolf stegen de prijzen van vooral supermarktproducten waardoor de bijdrage van deze goederengroep aan het totale inflatiecijfer kortstondig tot circa één procentpunt toenam. De lagere benzineprijzen hadden in deze periode nauwelijks invloed op de verwachtingen.

In het recent gehouden luisterevenement van De Nederlandsche Bank, waarin vertegenwoordigers van maatschappelijke organisaties hun zorgen en verwachtingen over de economie uitspraken, kwamen ook de huizenprijzen, die niet in het inflatiemandje zitten, naar voren als mogelijke

oorzaak van het verschil tussen de wijze waarop inflatie door consumenten ervaren wordt en de officiële HICP-inflatie. Alle centrale banken in het eurogebied organiseren de komende maanden luisterbijeenkomsten. Inflatieverwachtingen van consumenten zijn ook voor centrale banken van belang. De raad van bestuur van de ECB neemt de resultaten van deze bijeenkomsten daarom mee in de lopende evaluatie van de monetaire strategie. ■ **Martin Admiraal** (DNB)



Coronasparen verkleint financieringsgat banken

FINANCIËLE MARKTEN

De deposito's bij Nederlandse banken bedragen al lange tijd minder dan de leningen, wat betekent dat ze hun financiering elders moeten aanvullen, bijvoorbeeld op de internationale kapitaalmarkt. Met deze hoge lening-deposito-ratio, verschillen Nederlandse banken van die in het buitenland. De hoge lening-deposito-ratio is in belangrijke mate een weerspiegeling van de hoge hypotheek van Nederlandse huishoudens.

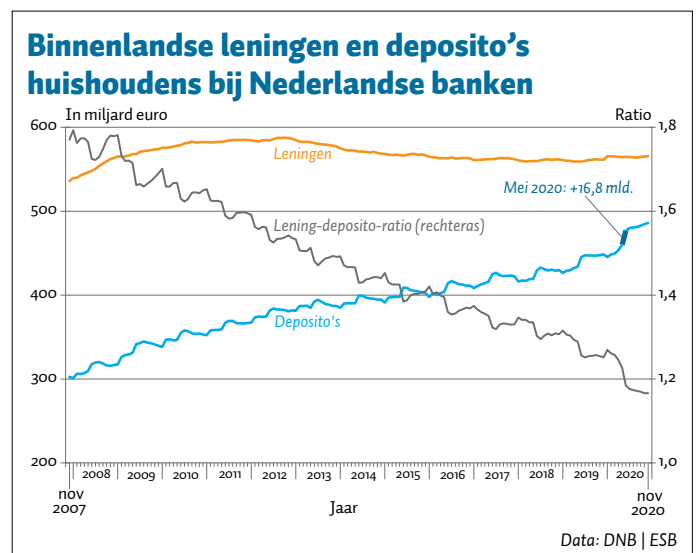
Het financieringsgat tussen leningen en deposito's is echter sinds 2007 aan het afnemen, en dit is in een stroomversnelling gekomen door de coronacrisis. Hierdoor verkleint de afhankelijkheid van de internationale kapitaalmarkt, en de kosten en risico's die daarmee gepaard gaan. In november 2020 waren de schulden van huishoudens aan Nederlandse banken 80 miljard euro hoger dan de deposito's en was de lening-deposito-ratio 1,17 (figuur). Dat is een grote daling ten opzichte van 2007, toen er een financieringsgat was van 232 miljard euro (lening-deposito-ratio van 1,77).

De verkleining van het financieringsgat is met name het gevolg van de hogere besparingen van huishoudens. Tussen november 2007 en november 2019 stegen de deposito's met 12,1 miljard euro per jaar. Tijdens de coronacrisis zijn huishoudens nog meer gaan sparen. Tussen november 2019 en november 2020 stegen de deposito's met 37,6 miljard euro, met een uitschieter in mei 2020 van 16,8 miljard euro. Ongetwijfeld heeft hieraan bijgedragen dat er vakantiegeld werd bijgeschreven, terwijl de (vakantie)uitgaven werden beperkt door coronamaatregelen.

Tegelijkertijd heeft de coronacrisis tot nog toe weinig zichtbaar effect gehad op de kredietverlening aan huishoudens (teller van de lening-depo-

sito-ratio). Sinds 2007 zien we bij de huishoudensleningen een trendombuiging van stijgend naar vlak. Hier zijn meerdere mogelijke verklaringen voor. Met name in de hypotheekmarkt zijn ingrijpende wijzigingen doorgevoerd, waaronder het afschaffen van belastingvoordelen op nieuwe aflossingsvrije hypotheek, en strengere eisen voor de onderpandwaarde. Daarnaast zijn niet-bancaire aanbieders van hypotheek toegetreden.

■ **Geert Schreurs** (DNB)



Vooral kleinere investeerder koopt koopwoningen op

WONEN

Er is veel aandacht voor het groeiende aandeel van particuliere investeerders op de woningmarkt en de vraag of zij eigenaren-bewoners van de markt drukken door koopwoningen op te kopen. Investeerders verkopen echter ook woningen aan eigenaren-bewoners, waardoor de koopwoningvoorraad toeneemt, en aan elkaar.

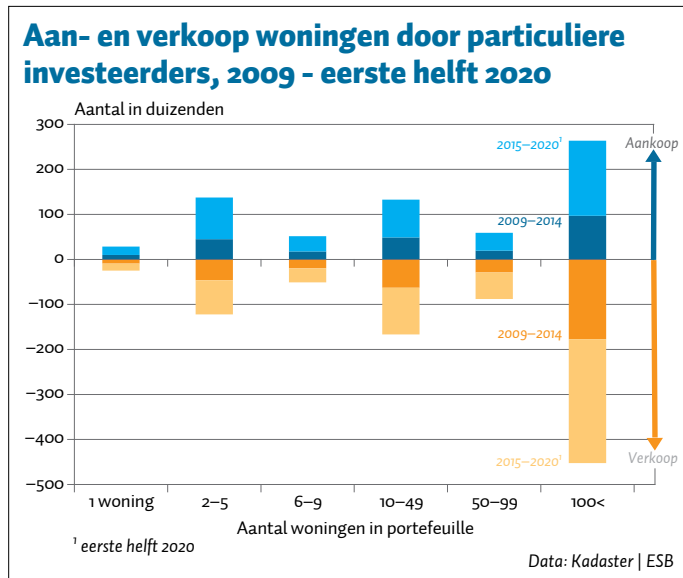
In de registraties van het Kadaster worden gekochte en verkochte woningen getypeerd op basis van de eigenaar en de bewoning van de woning. Particuliere investeerders kopen woningen om te verhuren; zij kunnen natuurlijke personen zijn, maar ook juridische entiteiten (uitgezonderd woningcorporaties, want dat zijn geen investeerders).

De figuur geeft informatie over de aan- en verkopen van bestaande woningen door particuliere investeerders over de periode januari 2009 tot en met juni 2020. We maken onderscheid naar grootte van de woningportefeuille. Niet echt opzienbarend is dat particuliere investeerders in de crisisjaren 2009–2014 minder woningen kochten en verkochten dan in de vijf jaren erna toen de economie aantrok. We zien wel verschillen naar grootte van de verhuurportefeuille. Kleine investeerders kopen de laatste vijf jaar meer dan dat ze verkopen. Zo kochten de investeerders met een verhuurportefeuille van twee tot en met vijf woningen in de laatste vijf jaar 17.000 woningen meer dan dat ze verkochten.

De grotere particuliere investeerders verkopen meer bestaande woningen dan dat ze aankopen. Dat komt vooral omdat zij zelf woningen bouwen die ze na een aantal jaar verkopen, waardoor het saldo voor deze groep negatief is. Een andere verklaring is dat ze in eerdere jaren woningen hebben aangekocht die ze de laatste jaren verkopen.

Particuliere investeerders handelen vooral onderling. Slechts twintig procent van al hun aankopen zijn woningen van eigenaren-bewoners. Het zijn vooral de kleinere particuliere investeerders tot en met vijf woningen die koopwoningen opkopen.

• Lianne Hans en Paul de Vries (Kadaster)



Bijstelling schooladvies vaak gerechtvaardigd

ONDERWIJS

Het schooladvies dat leerlingen aan het eind van de basisschool meekrijgen, is in grote mate bepalend voor hun verdere onderwijsloopbaan. Het schooladvies is gebaseerd op het oordeel van docententeams en kan eventueel naar boven bijgesteld worden als het resultaat op de eindtoets daar aanleiding toe geeft.

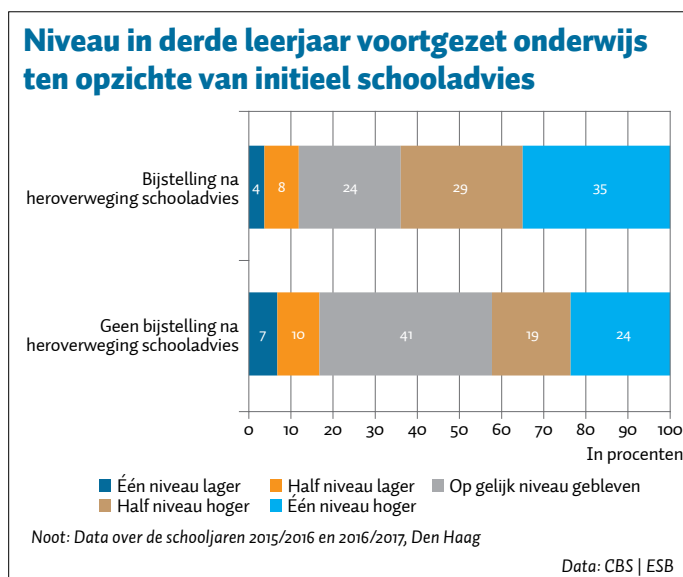
Als een leerling beter scoort op de eindtoets dan het schooladvies, dan is de school verplicht het schooladvies te heroverwegen. Een leerling met een vmbo tl-schooladvies die op de eindtoets op havo-niveau scoort, maakt zo bijvoorbeeld nog kans op een vmbo tl/havo-advies of een havo-advies.

De figuur laat zien dat Haagse leerlingen die door middel van een bijstelling het voordeel van de twijfel krijgen, het vertrouwen grotendeels waar maken. Leerlingen met een bijstelling zitten aan het einde van de onderbouw van het voortgezet onderwijs vaker op een hoger onderwijsniveau dan hun initiële schooladvies vóór bijstelling, in vergelijking met leerlingen die na heroverweging geen bijstelling hebben gehad van hun schooladvies. Van de leerlingen met een bijstelling zit 64 procent op een hoger niveau dan het initiële schooladvies, terwijl dat van de leerlingen zonder bijstelling 43 procent is.

Bij twijfel zouden docenten er goed aan doen om het schooladvies naar boven bij te stellen om daarmee leerlingen de kans te geven het hoogst haalbare te bereiken. De resultaten pleiten voor 'kansrijk adviseren', waartoe de PO-raad de scholen heeft opgeroepen.

Daar komt bij dat door het wegvallen van de eindtoets vorig schooljaar het schooladvies uitsluitend gebaseerd is op het oordeel van docenten. De eindtoets, en dus de mogelijkheid op een bijstelling, is belangrijk. Het maakt voor sommigen uit groep 8 het verschil tussen vmbo en havo, of tussen havo en vwo, en is daarmee ook bepalend voor het niveau van vervolgonderwijs: mbo, hbo of wo.

• Koen van der Ven en Paul Bisschop (SEO Economisch Onderzoek)



Politieke partijen zetten in op reparatie kapitalisme

Het aandeelhouderskapitalisme ligt in toenemende mate onder vuur. Die zorgen zien we terug in de verkiezingsprogramma's van vrijwel alle partijen voor de komende Tweede Kamerverkiezingen. Leidt dit nu ook tot voorstellen voor concrete maatregelen? En welke ideeën hebben in de kabinetsformatie kans van slagen?

IN HET KORT

- Alle partijen pleiten voor een vorm van kapitalisme die mens, natuur en samenleving kan dienen.
- Er zijn slechts meerderheden voor een digitaks en het aanpakken van belastingontwijking door multinationals.
- Er is meer politieke overeenstemming en ambitie nodig om bedrijven echt maatschappelijk verantwoord te laten opereren.

RUTGER CLAASSEN

Hoogleraar aan de Universiteit Utrecht

KEES COOLS

Fellow bij het Public Governance Department aan Tilburg University

Het aandeelhouderskapitalisme ondervindt meer en meer kritiek, niet alleen bij werknemers, maar ook bij CEO's (zoals Paul Polman, Feike Sijbesma, Peter Bakker en de onlangs overleden Kees van Lede) en zelfs bij aandeelhouders zoals Larry Fink van 's werelds grootste investeringsmaatschappij Blackrock. Die kritiek komt niet alleen vanuit 'de linkse kerk', maar ook van rechts van het politieke midden; niet alleen van maatschappelijke ngo's, maar ook van conventionele internationale instellingen als het Internationaal Monetair Fonds, de Wereldbank en de Wereldhandelsorganisatie; niet alleen van gedragseconomen, maar ook van (neo)klassieke economen; niet alleen vanuit de Verenigde Staten, maar ook uit Europa; en niet alleen van jongeren, maar ook van ouderen.

Die kritiek op het aandeelhouderskapitalisme komt niet uit de lucht vallen. Inkomens- en vermogensongelijkheid nemen steeds verder toe (Alvaredo et al., 2018). De monopoliekracht van grote bedrijven – met name van big tech, big pharma, big banks – wordt steeds groter (IMF, 2019). Salarisverhoudingen van CEO's ten opzichte van de gemiddelde werknemer nemen groteske proporties aan (Mishel en Wolfe, 2019). En de politieke macht van grote ondernemingen is groter dan die van alle burgers tezamen (Gilens en Page, 2014). Winst is voor de meeste bedrijven nog steeds leidend, niet hun maatschappelijke verantwoordelijkheid – en de meeste multinationals betalen nauwelijks belasting (Dover et al, 2015).

De klimaatcrisis is grotendeels veroorzaakt doordat de klimaat- en andere externe kosten niet in de marktprijzen zijn meegenomen, maar afgewenteld worden op de samen-

leving. Sterker, het afwentelen van kosten op de maatschappij leidt tot hogere winsten, en wordt op kapitaalmarkten daarom juist beloond, niet afgestraft.

Het maatschappelijk disfunctioneren van het grootbedrijf, is tijdens de coronacrisis nog eens extra zichtbaar geworden. Zo hadden de 32 meest winstgevendste bedrijven van de wereld tot september 2020 94 procent van hun 195 miljard dollar winst uitgekeerd aan aandeelhouders en 0,5 procent ervan besteed aan COVID-19 (Oxfam International, 2020).

Doordat het aandeelhouderkapitalisme meer en meer ter discussie staat, zijn er veel ideeën ontstaan om het tij te keren en de markt en het bedrijfsleven op een andere leest te schoeien (kader 1). Hoe speelt de Nederlandse politiek daarop in? Welke creatieve voorstellen worden er door welke partijen op dit vlak gedaan?

In dit artikel analyseren we voor de thema's markt en onderneming de verkiezingsprogramma's 2021 van de acht grootste partijen in de december-peilingen: VVD, PVV, CDA, CU, PvdA, D66, GroenLinks en SP. De PVV zult u in de rest van het artikel echter nauwelijks meer tegenkomen omdat ze in haar programma niets zegt over de onderzochte onderwerpen.

Met onze methode onderschatten we mogelijk de steun voor specifieke voorstellen. Sommige partijen hebben wellicht bepaalde, voor hen minder belangrijke, ideeën niet opgenomen in hun verkiezingsprogramma. Men mag er echter van uitgaan dat alle zaken die de partijen van belang achten in de verkiezingsprogramma's zijn opgenomen, en omgekeerd zijn de programma's ook bij uitstek de partijteksten waarop de kiezers hun keuze kunnen baseren.

Kapitaliseretoriek in de programma's

Allereerst de openingsretoriek in de verkiezingsprogramma's. Door alle partijen wordt er een sterk signaal afgegeven over de scheuren in de kapitalistische economie. Alle partijen, inclusief de VVD, pleiten nu voor een sterke(re) overheid, benadrukken dat bedrijven de samenleving moeten dienen, en zijn kritisch over de vrije markt.

De VVD vindt dat "de overheid de rafelranden van het kapitalisme actief bij [zal] moeten schaven", en dat de balans moet worden hersteld tussen "winst maken en de samenleving dienen". Het CDA pleit voor het Rijnlandse model, zonder dit verder te definiëren, en constateert een stille revolutie in de vorm van de "coöperatieve samenleving"; een economie die niet draait om concurrentie en eigenbelang, maar waarbij mensen initiatieven ontplooiën zodra ze denken zelf iets beter te kunnen dan de overheid of de markt. De CU stelt dat "het vrijemarktkapitalisme

voor een deel is losgeslagen van zijn ankers (...) en te veel en te vaak ontaard [is] in sprinkhaankapitalisme”, terwijl ze eveneens pleit voor een herwaardering van het Rijnlandse model.

GroenLinks en de PvdA willen afscheid nemen van het aandeelhouderskapitalisme. GroenLinks wil als alternatief bouwen aan een “democratische economie”, en de PvdA kiest voor “samenwerking in plaats van kille concurrentie”. D66 spreekt van ongebreidelde marktwerking die leidt tot een ongelijke welvaart, ongelijkheid in kansen en zeggenschap, en tot steeds grotere machtsconcentraties. Zij wil daarom een “nieuw progressief kapitalisme, met markten die werken voor iedereen.”

Kortom, aan mooie woorden geen gebrek, en er is bovendien sprake van een breuk met het verleden. CDA en PvdA zijn de enige partijen die ook in 2017 over deze thema's iets opmerkten. Vrij plotseling is er nu een Kamerbrede scepsis over marktwerking en geloof in een sterke overheid. Dit is opmerkelijk, aangezien er de afgelopen vier jaren geen grote ongelukken zijn gebeurd in het economische systeem. Blijkbaar hebben al langer lopende zorgen over klimaat, ongelijkheid, machtsconcentraties en dergelijke zich opgehoopt, en resulteren ze nu in een collectieve heroverweging.

Concrete maatregelen

Maar wordt er ook boter bij de vis geleverd? We lopen de programma's na op zes thema's die raken aan marktmacht en bedrijfsleven.

Marktmacht en mededinging

Wat betreft het thema marktmacht pleiten VVD en D66 voor een sterkere rol voor de overheid als marktmeester, om machtsconcentraties en misbruik van klanteninformatie te voorkomen. Zo wil de VVD geen versoepeling van het Europese mededingingsrecht (“Europese kampioenen”), maar een interne markt waarin concurrentie centraal staat. Ook wil ze meer bevoegdheden voor de Autoriteit Consument & Markt om dominante marktposities te voorkomen, en komt ze met maatregelen tegen de dominantie van big tech. In het kader van verduurzaming, wil D66 wel samenwerking toestaan tussen bedrijven waar dit nodig is.

Het is opvallend dat bij de andere partijen mededinging nauwelijks aandacht krijgt. Het past natuurlijk goed bij liberale partijen om de concurrentie te bewaken, maar toch zou men ook van linkse partijen verwachten dat ze marktmacht willen bestrijden. De PvdA noemt wel het belang van een sterke marktmeester, en wil “aanpassing van de Europese aanbesteding- en mededingingsregels waarbij mensen en planeet centraal staan” maar werkt dit niet verder uit.

Bij GroenLinks, CU, CDA en SP is er zelfs nog minder aandacht voor marktmacht en mededinging. Met uitzondering van de techbedrijven, waarvoor vrijwel alle partijen wel specifieke maatregelen in gedachten hebben, variërend van ‘opbreken’ (PvdA en CDA) tot invoering van een digitaals (VVD, CDA, GroenLinks en SP).

Overheidsinvesteringen

Een belangrijke vraag wat betreft de reikwijdte van de vrije markt is de rol van de staat bij het investeren in innovatie. Onder het kopje “De ondernemende staat” ziet de VVD

Hervormingsvoorstellen

KADER 1

De laatste jaren zijn er vele voorstellen ontwikkeld om het kapitalisme te hervormen, zoals *Reforming Business for the 21st century* (British Academy, 2019) of het *Purpose of the Corporation Project* (Veldman et al., 2016). In de VS was er het wetsvoorstel *The Accountable Capitalism Act* van senator Elisabeth Warren (Warren, 2018) of de vergaande voorstellen van Leo Strine, nota bene de voormalige *chief justice* van de Supreme Court of Delaware, waar 65 procent van de Amerikaanse beursfondsen statutair gevestigd is (Strine Jr., 2020). Prominente academici, zoals Lynn Stout (2012), Colin Mayer (2018), Rebecca Henderson (2020) en Alex Edmans (2020), schreven boeken waarin ze eveneens hervormingsvoorstellen doen.

Veel aandacht kreeg het statement van de *Business Roundtable*, waarmee in 2019 de Amerikaanse bedrijfselite het aandeelhouderskapitalisme inruilde voor de gelijkheid van alle stakeholders en voor “an economy that serves all Americans”. Ook zijn er internationale initiatieven ontstaan voor de standaardisatie van *integrated reporting*, waarmee bedrijven verslag doen van niet-financiële prestaties en externe effecten. En deze maand in eigen land werkgeversorganisatie VNO-NCW die in haar nieuwe Visie 2030 “de kloof met de maatschappij wil dichten” door een “duurzame en inclusieve samenleving te waarborgen”, onder meer door werknemers vaker te laten meedelen in de winst.

een rol voor de overheid bij het investeren in de uitbouw van groeiende, veelbelovende ondernemingen – met name om te voorkomen dat geavanceerde kennis in buitenlandse handen komt wanneer start-ups deels gefinancierd worden met overheidsgeld. PvdA en CU zien een rol voor de overheid bij investeringen in baanbrekend, innovatief onderzoek en doorbraaktechnologieën, want dat “kunnen we niet overlaten aan de markt” (PvdA).

Maatschappelijke verantwoordelijkheid bedrijven

Hoe vertaalt men de fraaie teksten over bedrijven die ‘de samenleving moeten dienen’ naar concrete maatregelen met betrekking tot de doelstellingen en verantwoordelijkheden van ondernemingen?

D66 zet in op één duidelijk kader voor (internationaal) maatschappelijk verantwoord ondernemen, op een zorgplicht voor bedrijven en zo nodig op een wettelijk vastleggen dat het bestuur expliciet de verantwoordelijkheid heeft om de belangen van alle stakeholders af te wegen. D66 en CU willen verder multinationals verplichten om de OESO-richtlijnen van internationaal maatschappelijk verantwoord ondernemen te implementeren als ze voor overheidssteun of aanbestedingen in aanmerking willen komen, waarbij de CU wil dat de overheid helpt om sectorcodes voor verantwoord ondernemen te ontwikkelen.

Ter linkerzijde wil GroenLinks dat bedrijven een wettelijke plicht krijgen om zich maatschappelijk verantwoord te gedragen. PvdA stelt: “sociaal en groen ondernemerschap wordt de norm”. Concrete voorstellen daarbij zijn dat dergelijke ondernemingen voorrang krijgen bij overheidsaanbestedingen, en dat alle bedrijven worden verplicht om hun maatschappelijke missie vast te leggen. “Bedrijven die winst maken ten koste van mens en planeet hebben geen bestaansrecht”, schrijft de PvdA, maar wat dat precies betekent wordt niet duidelijk.

De PvdA vindt verder dat salarisstijgingen aan de top gelijke tred moeten houden met de CAO-lonen, de CU zegt dat bedrijven inzicht dienen te geven in de productgeschiedenis, en D66 verlangt inzicht in de circulaire prestaties.

D66, en enigermate ook de CU, hebben voorstellen uitgewerkt om markten beter te laten functioneren door

informatieverschaffing verplicht te stellen over (verborgen) externe kosten die schade toebrengen aan klimaat, milieu en mens. Er zou volgens D66 een Agentschap Externe Effecten moeten komen dat eerlijke prijsberekeningen kan verlangen, en daarvoor sectorbrede hervormingen initieert en begeleidt.

Tegenover deze vier partijen staan er vier andere zonder concrete voorstellen met betrekking tot maatschappelijk verantwoord ondernemen: de SP, het CDA, de VVD en de PVV. De VVD wil de norm op dit gebied juist verlagen: “Schrappen van normen voor maatschappelijk verantwoord ondernemen bij exportkredietverzekeringen als deze strenger zijn dan wat andere Oeso-landen doen. (...) Zo krijgen Nederlandse ondernemers een eerlijke kans tegenover buitenlandse bedrijven.”

Corporate governance

Doelstellingen en verantwoordelijkheden van bedrijven moeten, om effectief te zijn, vertaald worden naar de corporate governance – de rechten en plichten van de direct bij de onderneming betrokken partijen. Welke hervormingen worden er nu genoemd op het gebied van ondernemingsbestuur?

Bij de linkse partijen staan er twee thema's centraal. Op de eerste plaats zeggenschap. De PvdA, GroenLinks en SP geven werknemers instemmingsrecht bij belangrijke bedrijfsbeslissingen, voor de PvdA is dat inclusief de maximale loonverschillen tussen de hoogst- en laagstbetaalden. Bovendien willen SP en GroenLinks beide de helft van alle commissarissen laten benoemen door werknemers. De SP gaat langeretermijn-aandeelhouderschap stimuleren door daar dubbel stemrecht aan te koppelen.

Ten tweede: winstdeling. PvdA, GroenLinks en SP willen werknemers laten meedelen in de winst. Zij willen een verplichte betaling aan werknemers koppelen aan dividenduitkering. SP voegt daaraan toe dat alle medewerkers een gelijke winstuitkering moeten ontvangen, en dat een minimale winstdeling wettelijk moet worden vastgelegd.

De verhoudingen binnen de onderneming komen bij de andere partijen nauwelijks aan bod. Het CDA wil alleen een werknemerscommissaris voor staatsdeelnemingen of deze bij noodsteun verplicht stellen (dat is al wettelijk verplicht voor structuurvennootschappen), en dan evenals de PvdA ook voorwaarden stellen aan bonussen en topsalarissen.

D66, CU en CDA stellen wel voor een reeds aangekondigde nieuwe vennootschapsvorm voor 'sociale ondernemingen' in te voeren: de maatschappelijke onderneming (BVM). Die is bedoeld voor maatschappelijke initiatieven zonder winstoogmerk, maar met de mogelijkheid van extern eigen vermogen. D66, CU en CDA stellen voor om die ondernemingsvorm in te voeren; door de andere partijen wordt dit niet expliciet genoemd. Vooralsnog is deze vennootschapsvorm echter geen alternatief voor reguliere, op winst gerichte ondernemingen.

Belastingen

Met fiscale maatregelen wordt gedrag niet afgedwongen, maar middels financiële prikkels in een bepaalde richting gestuurd. Alle partijen, met uitzondering van D66, maken daarvan gebruik om een eerlijkere en beter functionerende

vrije markt te creëren. Zij willen de fiscale constructies tegengaan waarmee met name multinationals belastingen kunnen ontwijken. VVD, PvdA en GroenLinks willen ook minimumbelastingen in OESO- of Europees verband afspreken. De PvdA en GroenLinks vullen dat aan met een hogere winstbelasting, en de CU vindt dat bedrijven geconsolideerd minstens vijftien procent winstbelasting moeten betalen. VVD, CDA, GroenLinks en CU willen winsten belasten in landen waar de winst daadwerkelijk wordt gerealiseerd.

Het CDA houdt als enige partij een pleidooi voor fiscale aftrekbaarheid van eigen vermogen en wil tegelijkertijd de fiscale prikkel afbouwen om zo veel mogelijk te lenen. CU vindt als enige dat de inkoop van aandelen fiscaal hetzelfde moet worden behandeld als de uitkering van dividend, en ook dat de salarissen boven de Balkenendenorm niet langer aftrekbaar mogen zijn.

CDA en CU zijn ook de enige partijen die iets zeggen over het belang van familiebedrijven, en maken dit concreet door, in geval van bedrijfsopvolging, het lagere belastingtarief bij vermogensoverdracht te behouden respectievelijk nog verder te verlagen.

Klimaat

Wat betreft het klimaat hebben ondernemingen tegenwoordig een maatschappelijke verantwoordelijkheid, met name vanwege hun CO₂-emissie. Alle partijen behalve de PVV onderkennen het klimaatprobleem, en willen meewerken aan de klimaatdoelen van Parijs en de gemaakte EU-afspraken.

De meeste partijen, met uitzondering van VVD en CDA, ondersteunen de CO₂-heffing die op 1 januari jongstleden, mede door VVD en CDA, is ingevoerd. D66 wil geen gratis emissierechten meer uitdelen, en steunt het EU-voorstel voor CO₂-heffing aan de EU-grenzen.

D66, PvdA en CU willen nu, in tegenstelling tot vier jaar geleden, de uitzonderingspositie van de luchtvaart aanpakken, door opheffing van de btw-vrijstelling op vliegtickets en door accijns te heffen op kerosine. Alle drie willen zij, wat betreft zowel de lucht- als de scheepvaart, klimaat-schade beprizen of daarvoor normen stellen.

Discussie

Vrijwel alle partijen vinden dat het vrijmarktkapitalisme reparatie behoeft en komen met maatregelen. Maar zijn de voorgestelde maatregelen voldoende om de economie op een pad te zetten waarbij de markten, mensen en het milieu onderling in een duurzame en eerlijke balans komen? We zien hierbij twee problemen.

Het eerste probleem is dat er, op basis van de verkiezingsprogramma's, voor geen van de voorstellen direct een meerderheid te vinden is, met uitzondering van de digitaks en het aanpakken van belastingontwijking door multinationals. Zo is het thema marktmacht en mededinging nu alleen te vinden bij D66 en VVD. Aanzetten tot een verplichte verbreding van doelstellingen en verantwoordelijkheden van bedrijven zijn alleen te vinden bij GroenLinks, PvdA, CU en D66. Inzicht in externe effecten, afgedwongen door de overheid, wordt nu alleen bij D66, en enigermate bij de CU, concreet geagendeerd. Meer zeggenschap in de corporate governance voor stakeholders staat alleen bij GroenLinks,

SP en PvdA op het menu. De introductie van de maatschappelijke onderneming wordt alleen genoemd door D66, CDA en CU, en alleen het CDA spreekt over afbouwen van renteaftrek voor vreemd vermogen.

Wat ook opvalt is het beperkte aantal concrete voorstellen van de drie grootste partijen in de peilingen: PVV, VVD en CDA (de twee laatste hebben met name fiscale voorstellen), en daarnaast ook van de SP. Dat baart zorgen voor de slagingskans van zo'n maatschappelijk en economisch urgente agenda. Een nieuwe agenda voor corporate governance en verantwoord ondernemen krijgt met name handen en voeten bij GroenLinks, PvdA, CU en D66 – waarbij D66 en ook wel CU boven de andere uitsteken wat betreft de uitwerking van de voorstellen.

Het tweede probleem is dat er – in het licht van de rapporten en de maatschappelijke problemen die we aan het begin noemden en van de eigen retoriek van de partijen zelf – een meer integrale en ambitieuze aanpak vereist is.

Voor het aanpakken van bijvoorbeeld milieu- en andere problemen in Nederland, en van kinderarbeid en slavernij in derdewereldlanden alsmede van wereldwijde monopolies, biodiversiteit en klimaat, is bijvoorbeeld het verbreden van de doelstelling van bedrijven in abstracto of het inzichtelijk maken van de maatschappelijke kosten op zichzelf niet voldoende. Er is bij dit soort problemen sprake van externe effecten die bedrijven niet vanzelf in hun kostprijzen meenemen.

Er zijn mechanismen nodig die kosteninternalisering op grote schaal kunnen afdwingen, ten behoeven van goede prijsvorming, een gelijk speelveld en daarmee mens, milieu en maatschappij. Alleen zo kan er worden voorkomen dat het ongelimiteerde winststreven van aandeelhouders en concurrentie zullen blijven leiden tot kostenexternalisering.

We denken aan vier typen mechanismen. Ten eerste het versterken van de zeggenschap van stakeholders. Alleen de linkse partijen schenken hier nu aandacht aan, en dan ook alleen wat betreft de werknemers. Er zou ook gedacht kunnen worden aan meer zeggenschap van onder andere klanten of belangengroeperingen. Als we bijvoorbeeld willen dat Facebook maatschappelijk verantwoord onderneemt, dan moeten ook (potentiële) Facebook-gebruikers een stem krijgen, en niet alleen zijn werknemers. Verdergaande voorstellen in die richting, zoals de introductie van een Maatschappelijke Raad (Loonen en Mulder, 2020), ontbreken in de programma's.

Ten tweede kunnen we de kaarten zetten op de rol van de aandeelhouders. De politieke partijen besteden hier nauwelijks aandacht aan. Middels verplichtingen voor institutionele beleggers om te investeren op basis van ESG-criteria (*environmental, social and governance*), of ten minste transparant zijn over de beleggingscriteria, kunnen aandeelhouders zelf een *force for the good* worden.

Ten derde kan er gedacht worden aan de volledige afschaffing van de renteaftrek op schulden. Die aftrek subsidieert de enorme maatschappelijke risico's van te hoge schuldfinanciering en er is bovendien geen enkele economische rechtvaardiging voor. Het CDA wil de renteaftrek voor bedrijven afbouwen en tegelijkertijd aftrekmogelijkheden voor eigen vermogen introduceren. Alleen een einde maken aan de renteaftrek is beter en simpeler.

Tot slot kan de overheid middels heffingen of financiële prikkels maatschappelijke risico's beperken. De voorstellen in de partijprogramma's blijven op dit punt vrij beperkt. Met name voorstellen die het fundamentele probleem van het onbeperkte rendementsstreven van aandeelhouders indammen ontbreken, zoals een progressieve winstbelasting (De Kam et al., 1980) of variabele beloningen voor topmanagers die gericht zijn op maatschappelijke verantwoordelijkheid en de belangen van alle stakeholders. Of een beoordeling van bedrijven door een panel van burgers of deskundigen, die leidt tot boetes of bonussen als ze slecht respectievelijk goed presteren op maatschappelijke waardecreatie (Claassen, 2021).

Conclusie

Het besef dat de 'vrije markt' en ons aandeelhouderkapitalisme in meer of mindere mate scheuren vertoont, is bij alle politieke partijen, uitgezonderd de PVV, doorgedrongen en wordt vertaald in meer of minder concrete maatregelen.

Voor vrijwel geen van die maatregelen zijn echter direct meerderheden te vinden, dus is het maar de vraag welke voorstellen in het volgende regeringsprogramma terecht zullen komen. Daarnaast ontbreken ideeën om het onbeperkte winststreven van aandeelhouders in te tomen en de internalisering van externe effecten nog verder af te dwingen.

De klok tikt en veel maatschappelijke kosten stijgen. Daarom geen tijd te verliezen voor *Reimagining capitalism in a world on fire*, zoals de titel luidt van het recente boek van Harvard-hoogleraar Rebecca Henderson.

Literatuur

- Alvaredo, F., L. Chancel, T. Piketty et al. (2018) *World Inequality Report 2018*. Te vinden op wir2018.wid.world.
- British Academy (2019) *Reforming business for the 21st century: a framework for the future of the corporation*. Londen: The British Academy.
- Claassen, R. (2021) Een regelmatige 'social audit' dwingt tot ondernemen gebaseerd op maatschappelijke waarde. ESB, verschijnt in maart.
- Dover, R., B. Ferrett, E. Jones en S. Merler (2015) *Bringing transparency, coordination and convergence to corporate tax policies in the European Union*. Te vinden op op.europa.eu.
- Edmans, A. (2020) *Grow the pie: how great companies deliver both purpose and profit*. Cambridge, VK: Cambridge University Press.
- Gilens, M. en B.I. Page (2014) Testing theories of American politics: elites, interest groups, and average citizens. *Perspectives on Politics*, 12(03), 564–581.
- Henderson, R. (2020) *Reimagining capitalism in a world on fire*. New York: PublicAffairs.
- IMF (2019) *World Economic Outlook 2019*. Washington, DC: IMF.
- Kam, C.A. de, W.A. Vermeend en R. Goudriaan (1980) Een progressieve vennootschapsbelasting? ESB, 65(3256), 628–633.
- Loonen, N. en H. Mulder (2020) *Hoog tijd voor een maatschappelijke raad in bedrijfsbesturen*. Artikel op www.duurzaam-ondernemen.nl, 28 januari.
- Mayer, C. (2018) *Prosperity: better business makes the greater good*. Oxford: Oxford University Press.
- Mishel, L. en J. Wolfe (2019) *CEO compensation has grown 940% since 1978; typical worker compensation has risen only 12% during that time*. Economic Policy Institute. Rapport te vinden op epi.org.
- Oxfam International (2020) *Power, profits and the pandemic: from corporate extraction for the few to an economy that works for all*. Oxfam Policy Paper, 10 september.
- Stout, L.A. (2012) *The shareholder value myth*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Strine Jr., L.E. (2020) *Toward fair and sustainable capitalism*. Roosevelt Institute Working Paper, 13 augustus.
- Veldman, J., F. Gregor en P. Morrow (2016) *Corporate governance for a changing world: report of a Global Roundtable Series*. Brussel/Londen: Frank Bold/Cass Business School. Te vinden op www.purposeofcorporation.org.
- Warren, E. (2018) *Accountable Capitalism Act*. Te vinden op www.warren.senate.gov.

Niet kiezen in de begroting, is kiezen voor meer zorg en minder onderwijs

De periode van verkiezingsprogramma's, doorrekeningen, formen en het regeerakkoord staat voor de deur. In deze tijd worden de effecten van de politieke beleidsplannen voor de komende jaren in kaart gebracht. Alle aandacht gaat daarbij uit naar de effecten van de plannen zelf. Is dat terecht?

IN HET KORT

- Het basispad in de doorrekeningen gaat uit van ongewijzigd beleid, ofwel relatief hogere zorg- en lagere onderwijsuitgaven.
- De politiek moet zich over deze keuze, die wel zichtbaar is in jaar-op-jaar effecten, uitspreken en deze desgewenst veranderen.

KARLIJN KERSTEN

Secretaris van de Studiegroep Begrotingsruimte (SBR)

TOEP VAN DIJK

Senior beleidsmedewerker bij het Ministerie van Financiën (MinFin)

WOUTER HOGERVORST

Senior beleidsmedewerker bij MinFin

NIELS MUSELAERS

Secretaris van de SBR

RENS NISSEN

Directeur Algemene Financiële en Economische Politiek bij MinFin

In maart 2021 zullen de verkiezingen plaatsvinden voor de Tweede Kamer. Politieke partijen zijn dus al volop bezig met hun verkiezingsprogramma's. Traditiegetrouw worden die verkiezingsprogramma's doorgerekend door het Centraal Planbureau (CPB) in *Keuzes in Kaart*. Aan de basis van die doorrekening staat het zogenaamde basispad van het CPB. Dit wordt op Prinsjesdag gepubliceerd in de *Macro Economische Verkenningen*, met daarin de middellangetermijnverkenning, en heeft onlangs in de voorbereiding op *Keuzes in Kaart* een update gekregen. Het basispad bevat voor de komende kabinetsperiode de raming van de economische vooruitzichten – zoals economische groei, werkloosheid en de ontwikkeling van overheidsuitgaven en -inkomsten. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat er geen beleidswijzigingen optreden. Of anders gezegd: dat het huidige beleid onveranderd wordt voortgezet – wat dus 'het basispad' genoemd wordt.

Het basispad speelt een belangrijke rol in de besluitvorming. De politieke realiteit is dat er, mede door de zeer invloedrijke uitkomsten van de raming voor de middellangetermijnverkenning, bij de doorrekeningen en politieke besluitvorming over regeerakkoorden namelijk vooral gefocust wordt op en gecommuniceerd wordt over de mutaties ten opzichte van het basispad. Niet alleen in de media wordt er op deze manier gekeken naar verkiezingsprogramma's en regeerakkoorden, ook in de jaarlijkse miljoenennota en andere begrotingsstukken is dit de wijze waarop men communiceert. Dat de aandacht met name op de mutaties ligt, is niet verwonderlijk. De beleidsaanpas-

singen omvatten immers de invloed die de politiek op dat moment kan uitoefenen op het al bestaande beleid.

Maar het basispad is niet volledig neutraal in uitkomsten. Uit figuur 1 wordt duidelijk dat er in de komende kabinetsperiode bij geen beleidswijzigingen in feite gekozen zal worden voor 0,3 procent van het bruto binnenlands product (bbp) extra voor de zorg, en voor 0,2 procent van het bbp minder bij het onderwijs. Hoewel een deel van het verschil in uitgavenontwikkeling verklaard kan worden door vergrijzing – wat in de zorg een opwaarts effect teweegbrengt, en in het onderwijs juist een neerwaarts effect – is er evident sprake van een verschil. Een politieke partij die zou kiezen voor 'geen beleid', kiest daarmee dus wel degelijk: namelijk voor meer zorg en voor minder onderwijs.

Zorg bevoordeeld in basispad

De beleidsarme wijze waarop het CPB het basispad raamt, is op zich zuiver – het CPB verzint dan immers niet zomaar beleidswijzigingen. Dat deze raming anders uitpakt voor zorguitgaven dan voor de overige uitgaven categorieën hangt samen met de wijze waarop de gezondheidszorg is georganiseerd in Nederland. Door de huidige systematiek van gereguleerde marktwerking is het zorguitgavenniveau het resultaat van decentrale onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars. In de Nederlandse zorgwetgeving heeft iedereen recht op zorg op het niveau dat wetenschap en praktijk, oftewel de medische beroepsgroepen, effectief achten. De zorgsector is hierin uniek, omdat er anders dan bijvoorbeeld bij onderwijs, naast de demografische ontwikkeling en sociaal-culturele trends, ook voor kwaliteitsverbeteringen automatisch middelen beschikbaar worden gesteld. Een expliciete inschatting of de kwaliteitsverbeteringen wel opwegen tegen de daarmee gepaard gaande uitgavenstijging vindt voor veel zorg namelijk niet plaats.

Beeldvorming en realiteit verschillen

Door te focussen op mutaties in het basispad worden de keuzes van politici zichtbaar. De mutatie is immers de invloed die de politiek op dat moment uitoefent. De samenleving ervaart echter het *gehele* beleid, in plaats van alleen het effect van de beleidswijziging. Dit alles zou in zekere zin geen groot probleem zijn als er geen discrepantie was tussen het effect van de beleidswijzigingen en het onderliggende basispad. Meer zorguitgaven kunnen simpelweg het legitieme resultaat zijn van het politieke besluitvormingsproces.

Maar soms zijn de beeldvorming en de realiteit wat betreft de budgettaire effecten met elkaar in tegenspraak. Zie bijvoorbeeld de middelste kolom in figuur 2 voor de weergave van het regeerakkoord-Rutte III, en de laatste kolom voor de daadwerkelijke uitkomsten. Hier is het teken zelfs omgekeerd: in het regeerakkoord wordt de suggestie gewekt dat er bezuinigd is op de zorg, maar de realiteit bewijst dat de zorguitgaven tijdens Rutte III de grootste stijger zijn geweest. Langjarig zie je dit fenomeen terug (figuur 3): de zorg heeft over de jaren een steeds groter aandeel gekregen in de totale collectieve uitgaven.

Het voorgaande fenomeen speelt niet alleen bij de collectieve uitgaven, maar geldt evenzeer voor de collectieve lasten. Het kabinet ‘verlicht’ in de beeldvorming de lasten als gevolg van de maatregelen uit het regeerakkoord. In werkelijkheid compenseert de lastenverlichting niet voor de lastenverzwaringen die al in het basispad zaten. Bij de start van Rutte III was het eindresultaat dat burgers en bedrijven een dunnere en geen dikkere portemonnee kregen. De stijgende lasten waren vooral het gevolg van stijgende zorgpremies. Omdat er gedurende Rutte III aanvullende maatregelen werden genomen, is er nu sprake van een lastenverlichting voor burgers en een lastenverzwaring voor bedrijven.

Wijze van communiceren cruciaal

Dat beeldvorming en realiteit zo ver uit elkaar liggen, zou op zichzelf al genoeg reden zijn om iets te veranderen. Er zijn echter ook flinke politieke consequenties. Als het in de politieke budgettaire besluitvorming vooral gaat over de mutaties ten opzichte van het basispad, en er onderliggend in het basispad sprake is van een scheve ontwikkeling tussen uitgavenposten, dan is er van integrale budgettaire besluitvorming geen sprake.

Anders gezegd: politieke inzet voor x miljard extra aan onderwijs of infrastructuur is dan in feite het bijsturen van een dalende trend. Politieke inzet voor het ‘snijden’ in de zorguitgaven is in feite het minder hard laten groeien van de zorguitgaven die per saldo nog steeds het hardst stijgen. Er is dus sprake van een ongelijke behandeling van verschillende collectieve uitgaven.

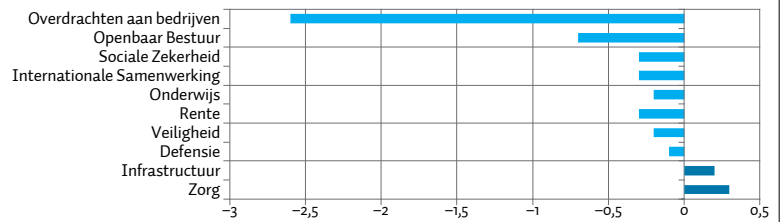
Nog minder eufemistisch gesteld: de partij die opkomt voor onderwijs of veiligheid vecht tegen de bierkaai. Idem geldt dit voor de partij die vecht voor lagere lasten. Langjarig kan deze praktijk er mede toe bijgedragen hebben dat, waar we in de jaren negentig nog grofweg evenveel uitgaven aan zorg en onderwijs, we nu ongeveer twee keer zoveel uitgeven aan zorg vergeleken met onderwijs.

Communiceren én acteren

De 16^e Studiegroep Begrotingsruimte stelt voor om met ingang van de komende kabinetsperiode niet alleen te communiceren over de aanpassingen uit het regeerakkoord, maar om in ieder geval ook over het totaal te communiceren (MinFin, 2020). Dat betekent dat het dus meer moet gaan over de veranderingen van jaar op jaar, in plaats van over de mutaties ten opzichte van het basispad. En ook het CPB zal bij *Keuzes in Kaart* meer rapporteren over de ontwikkeling van jaar op jaar (CPB, 2020). De afgelopen jaren is er ook in de miljoenennota steeds meer aandacht geweest

Uitgavenontwikkeling 2021–2025 als percentage van het bbp

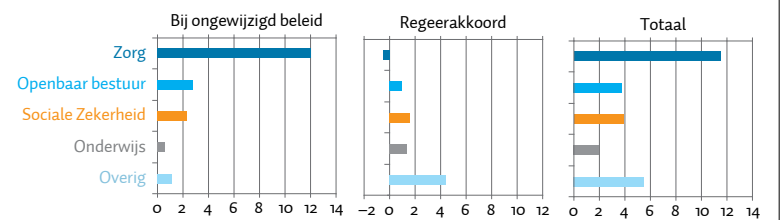
FIGUUR 1



Bron: Middellangetermijnverkenning 2022–2025 van het CPB | ESB

Uitgavenontwikkeling in miljarden euro's

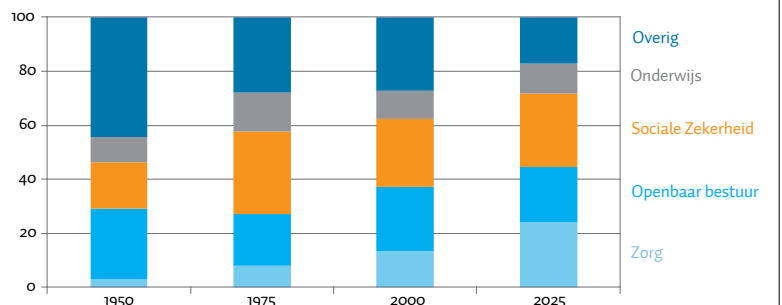
FIGUUR 2



Bron: Startnota Kabinet Rutte III | ESB

Aandeel van de totale collectieve uitgaven

FIGUUR 3



Bron: Bijlage bij de Middellangetermijnverkenning 2022–2025 van het CPB | ESB

voor de ontwikkeling van jaar op jaar van de uitgaven en inkomsten.

Nog belangrijker is dat er niet alleen beter gecommuniceerd wordt, maar daar ook naar gehandeld wordt. Een gelijke uitgangspositie bij de aanvang van de formatie kan zijn dat uitgaven per beleidsterrein als percentage van het bbp gelijk blijven, gecorrigeerd voor de demografische ontwikkeling. Afhankelijk van het beleidsterrein vergt dit maatregelen (bijvoorbeeld voor onderwijs en defensie) of een meer wezenlijke systematiekwijziging (voor de zorg). Dit is een opdracht aan de beleidsvoorbereiders om de discussies en debatten ook op die manier voor te bereiden.

Bovenal is dit ook een grote opdracht aan de politiek: kijk en handel bij programma's, doorrekeningen en straks bij onderhandelingen niet alleen naar de effecten van beleidswijzigingen, maar juist naar het daadwerkelijke van jaar-op-jaar-effect dat de samenleving ervaart.













Literatuur

CPB (2020) *Startnotitie Keuzes in Kaart 2022–2025*. CPB Notitie, september.

MinFin (2020) *Koers bepalen: kiezen in tijden van budgettaire krapte*. 16^e Studiegroep Begrotingsruimte. Rapport te vinden op www.rijksoverheid.nl.

STEMBILJET voor de verkiezing van de leden van de Tweede Kamer der Staten-Generaal op 17 maart 2021

1
VVD

 Sophie Hermans 3 Internationale betrekkingen en economie (SFSU)
 Mark Harbers 7 Economie (niet afgerond) (EUR)
 Eelco Heinen 12 Economie (UvA) Politics of money and finance (LSE)
 Queeny Rajkowski 13 Economie (UU)
 Zohair el Yassini 15 Management, Economie & Recht (HvA)
 Daniel Koerhuis 19 Econometrie (UvA)
 Jacqueline van den Hil 25 Economie (EUR)
 Ruben Brekelmans 30 Economie (TU)
 Jan Klink 35 Management, Economics, Policy and Governance (WUR)
 Dorien Verbree 42 Econometrie (UvA)
 Laurens van Doeveren 51 Politieke economie (LSE)
 Sabine Koebrugge 58 Fiscale economie (RUG)

3
CDA

 Pieter Omtzigt 2 Economie (UoE) PhD Economie (EUI Florence)
ESB (2011) Nudge voor beleid. ESB, 96(4603), 84–85, met Gerwin Griffioen
 Mona Keijzer 7 Nederlands recht (UvA)
ESB (2018) Nieuwe platformen, nieuwe uitdagingen. ESB, (103)4768S, 2
 Agnes Mulder 8 Internationale politieke economie (RUG)
 Joba van den Berg 16 Internationale economie (TU)
 Evert Jan Slootweg 18 Algemene economie (VU)
 Frank Meerkkerk 24 Fiscale economie (EUR)

4
D66

 Steven van Weyenberg 7 Algemene economie en Internationale betrekkingen (UvA)
ESB (2020) Een werkbaar alternatief voor het toeslagenstelsel. ESB, 105(4788), 388–391, met Henk Jan Oosterhuis, Dorien Blommers en Robert Witschge
 Hans Vijlbrief 12 Algemene economie (VU) PhD Economie (VU)
ESB (1991) Blijft de loonstijging binnen de perken? ESB, 76(3825), 920–921, met Rob van de Wijngaert
ESB (1989) Minder sociale zekerheid, meer werk? ESB, 74(3688), 10–13 en 19, met B. Compaijen en K.A. Springer
 Joost Sneller 14 International relations & economics (JHU)
ESB (2019) Taai, saai en ambtelijk – maar razend belangrijk. ESB, (104)4772S, 87, met Bart Snels

5
GroenLinks

 Senna Maatoug 5 Economie (UU)
ESB (2021) Coronacrisis, vergrootglas van bestaande verschillen. ESB, 106(4793), 027
ESB (2019) Kansengelijkheid vraagt om aandacht bij beleid en wetenschap. ESB, 104(4780), 568–571, met Rens Nissen, Wouter Hogervorst en Vinzenz Ziesemer
 Bart Snels 6 Economie (TU) PhD Sociologie (UU)
ESB (2019) Taai, saai en ambtelijk – maar razend belangrijk. ESB, (104)4772S, 87, met Joost Sneller
ESB (2006) Eigen huis, eigen vermogen. ESB, 91(4498S), 47–51, met Maarten Vendrik en Mathilde Streefkerk
En nog 4 bijdragen
 Laura Vissenberg 14 Algemene economie (UvA)
ESB (2012) Structureel dalende investeringen in Nederland. ESB, 97(4626), 26–27, met Raoul Leering

6
SP

 Renske Leijten 2 Nederlands en Politicologie (RUG) (niet afgerond)
ESB (2017) Zorgstelsel op basis van samenwerking stelt patiënt centraal. ESB, 102(4745), 26–29, met Gijs van Loef
ESB (2011) Nudge voor beleid: zorg. ESB, 96(4605), 148–149.
 Mahir Alkaya 3 Industrieel ontwerpen (TU Delft)
ESB (2020) Hecht niet teveel waarde aan modellen die de wereld in 2060 voorspellen. Blog op esb.nu, 30 november
ESB (2019) Opties om de macht van aandeelhouders te beperken. ESB, 104(4772), 176–179
 Maarten Hijink 5 Management, economics & consumer studies (WUR)

7
PvdA

 Henk Nijboer 3 Algemene economie (RUG)
ESB (2019) Brede welvaart als nieuwe maatstaf. ESB, 104(4772S), 86
ESB (2008) Sociaal sparen als hervormingsoptie. ESB, 93(4535), 294–297, met Kees Goudswaard
 Julia Bushoff 13 Economie en Bedrijfseconomie (RUG)
 Kavish Bissewar 14 Economie en Politicologie (UU)

Afkortingen

EUI = European University Institute
 EUR = Erasmus Universiteit Rotterdam
 HvA = Hogeschool van Amsterdam
 JHU = Johns Hopkins University
 LSE = London School of Economics
 RUG = Rijksuniversiteit Groningen
 SFSU = San Francisco State University
 TU = Tilburg University
 UoE = University of Exeter
 UU = Universiteit Utrecht
 UvA = Universiteit van Amsterdam
 VU = Vrije Universiteit
 WUR = Wageningen Universiteit

Totstandkoming ESB-economenkieslijst

Van alle kandidaten voor de verkiezing van de Tweede Kamer van 17 maart die op een verkiesbare plaats op de lijst staan, is uitgezocht of ze economie gestudeerd hebben, erop gepromoveerd zijn, of in ESB gepubliceerd hebben. Als dat zo is, zijn ze opgenomen in de ESB-economenkieslijst. 248 kandidaten gelden als verkiesbaar. Een verkiesbare plaats is gedefinieerd als een lijstpositie die hoger is dan 1,5 maal het maximaal aantal zetels, naar boven afgerond in de Peilingwijzer van 18 januari 2021 (voorbeeld: in die peiling krijgt het CDA 17 tot 19 zetels. Alle

CDA'ers tot plaats 28 (19 × 1,5) zijn onderzocht). Voor partijen met minder dan drie zetels is naar de eerste vijf kandidaten op de lijst gekeken. Partijen zonder economen hoog genoeg op de lijst staan niet op het economenstembiljet. Voorbeeld: JA21 heeft Yael Potjer (Economie en Bedrijfseconomie, UU) op plaats 8. Dat is te laag. Informatie over studie en arbeidsverleden komt van tweedekamer.nl, LinkedIn, de website van de partij of een zoekopdracht op internet (in die volgorde). Informatie over publicaties in ESB komt uit het ESB-archief.

ChristenUnie



Carola Schouten 2
Bedrijfskunde (EUR)

ESB

(2020) Economische blik
onmisbaar voor duur-
zame landbouw. ESB,
105(4791S), 1

10

50PLUS



Martin Nijkamp 4
Economie (RUG)

13

FvD



Olaf Ephraim 3
Bedrijfsconomie (UvA)

Wat de redactie is opgevallen

- ▶ Er zijn geen economen die lijsttrekker zijn.
- ▶ Vergeleken met de vorige verkiezingen is het aantal verkiesbare economen toegenomen. Vorige keer waren het er 26, nu staan er 29 economen op een verkiesbare plaats.
- ▶ Ook het aantal ESB-auteurs is toegenomen. Terwijl dit er in 2017 nog negen waren, staan er dit jaar twaalf auteurs op het economenstembiljet.
- ▶ Van de huidige partijen in de Kamer hebben alleen de PVV, de Partij voor de Dieren en DENK geen econoom op een verkiesbare plek staan.
- ▶ Economen staan relatief hoog op de lijst. Van de 248 onderzochte kandidaten zullen er 150 in de Tweede Kamer komen. Dat is 60 procent. Van de 29 economen komen er 23 in de Kamer. Dat is 79 procent.
- ▶ De relatief hoge notering geldt sterker voor ESB-auteurs. Van de twaalf auteurs zouden er elf in de Kamer komen. Dat is 92 procent.
- ▶ Hoewel de VVD de meeste economen verkiesbaar heeft, is vooralsnog geen enkele van hen ESB-auteur. De ESB-auteurs in de huidige Kamerfractie – Jan Middendorp en Roald van der Linde – staan niet opnieuw op de kieslijst.
- ▶ Voor zowel D66 als GroenLinks zijn alle drie de economen ook ESB-auteur.
- ▶ Van de verkiesbare ESB-auteurs heeft Bart Snels, met zes artikelen, de meeste bijdragen aan ESB geleverd.

Colofon

Economisch Statistische Berichten (ESB) signaleert nieuwe ontwikkelingen in de economische wetenschap. Daarnaast worden in ESB economische inzichten toegepast om beleidsrelevante aanbevelingen te doen voor de overheid, maatschappelijke instellingen en bedrijven. Ook analyseert ESB de belangrijkste ontwikkelingen in de Nederlandse economie. Artikelen in ESB verschijnen op persoonlijke titel.

Redactie

Jasper Lukkezen (hoofdredacteur),
Robert Kleinknecht, Yrla van de Ven
en Elisa de Weerd

Redactiemedewerkers:

Thijs Busschots en Erik van de Winkel

Tekstredactie: De Twee Hanen v.o.f.

Vormgeving: Jacques van Schie

Uitgever: Mariska van der Westen

Commissie van redactie

H.G. van Dissel (voorzitter),
P.H.B.F. Franses, E. de Jong, H.J. de Jong,
A. van Witteloostuijn, A.C. Meijdam,
H.P. Møllgaard en J. Plantenga

Rechten

ESB is een uitgave van FD Mediagroep
De Koninklijke Vereniging voor de Staat-
huishoudkunde is houder van de merknaam
ESB

Afbeeldingen: Roger Klaassen;
iStock / Lekkyjustdoit, Redlinevector,
DNY59, vm, chameleonseye,
baranozdemir, IgorZh.

Publiceren

Aanwijzingen voor het aanleveren van kopij
vindt u op www.esb.nu/service/publiceren

Abonneren

U kunt een abonnement online afsluiten op
www.esb.nu/service/abonneren

Adverteren

Neem contact op met Thomas Timmermans,
thomas.timmermans@fdmediagroep.nl of 020 592 8636

Contact

Telefoon redactie: 020 592 87 77

Email redactie: redactie@esb.nu

Telefoon klantenservice: 0800 333 33 34

Email klantenservice: klantenservice@esb.nu

Postadres: Postbus 216, 1000 AE Amsterdam

Bezoekadres: Prins Bernhardplein 173,

1097 BL Amsterdam

Webadres: www.esb.nu

ISSN: 0013-0583



Verschijningsdata ESB:

18 mrt., 15 apr., 14 mei, 10 jun., 15 jul.,
12 aug., 16 sept., 14 okt., 18 nov., 23 dec.



Meer dan 11.000 economen
ontvangen onze wekelijkse nieuwsbrief
www.esb.nu/aanmelden