

Zorgverzekeringswet helpt om zorguitgaven in toom te houden

Om de zorg kwalitatief hoogwaardig, toegankelijk en betaalbaar te houden introduceerde de Zorgverzekeringswet 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 Zorgverzekeringswet 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 Zorgverzekeringswet (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 (Schippers, 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 en Duitsland, maar onder Frankrijk (figuur 1b). Nederland daalde tussen 2011 en 2017 wel twee plaatsen in de rangorde, door de relatief betere prestaties van Luxemburg 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

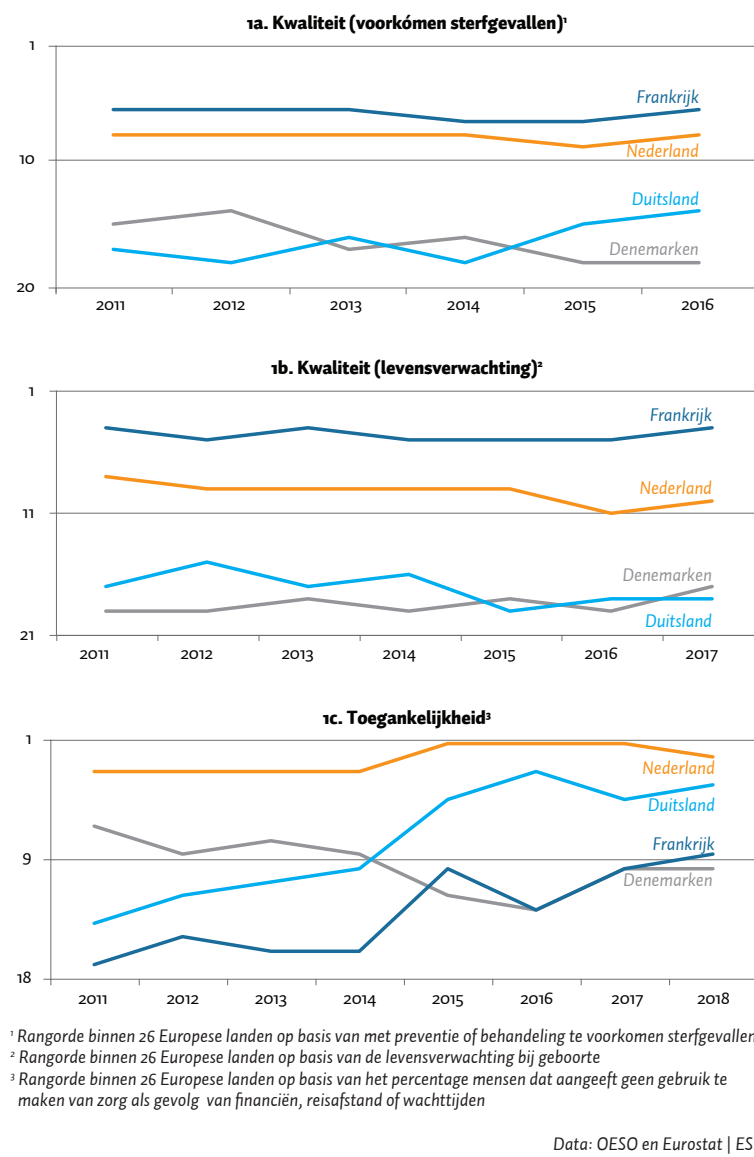
Nederland heeft dus, in vergelijking met andere landen, een zorg die (ruim) bovengemiddeld kwalitatief en toegankelijk is. Maar lukt het ook om de zorg betaalbaar te houden? Figuur 2 laat zien dat de Zvw-uitgaven, los van budgetverschuivingen, grosso modo stabiel zijn gebleven over de tijd (figuur 2). 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

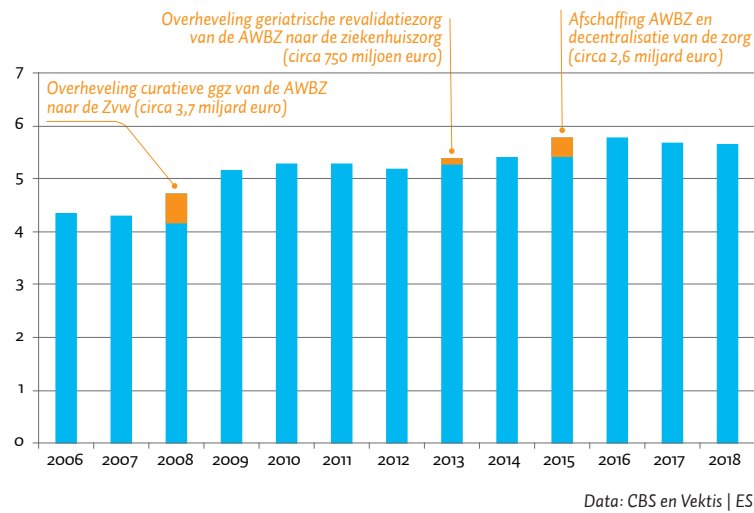
Ontwikkeling kwaliteit en toegankelijkheid zorg ten opzichte van andere landen

FIGUUR 1



Ontwikkeling zorguitgaven als percentage van het bruto binnenlands product

FIGUUR 2



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.

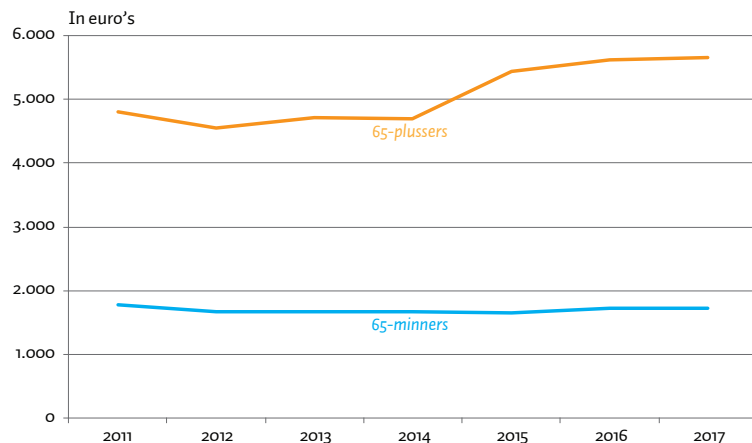
Tussen 2008 en 2013 zijn de zorguitgaven als percentage van het bbp in Nederland en veel andere landen gestegen vanwege het eerder genoemde noemereffect (daling van het bbp na de economische crisis van 2008/2009). De stijging van de zorgkosten als percentage van het bbp is in deze periode in Nederland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

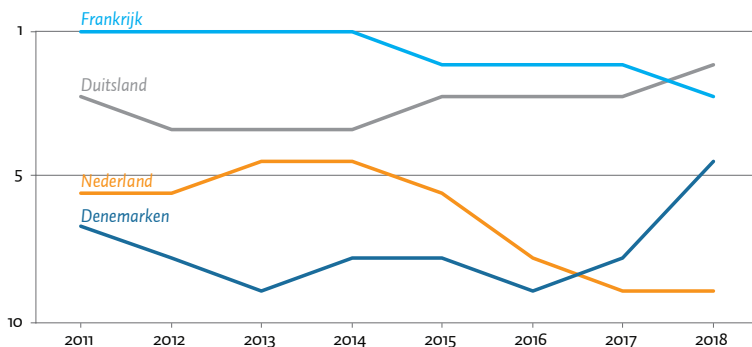


¹ Gemiddelde Zvw-uitgaven per persoon, in euro's van 2015

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 2020-000012811, 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.