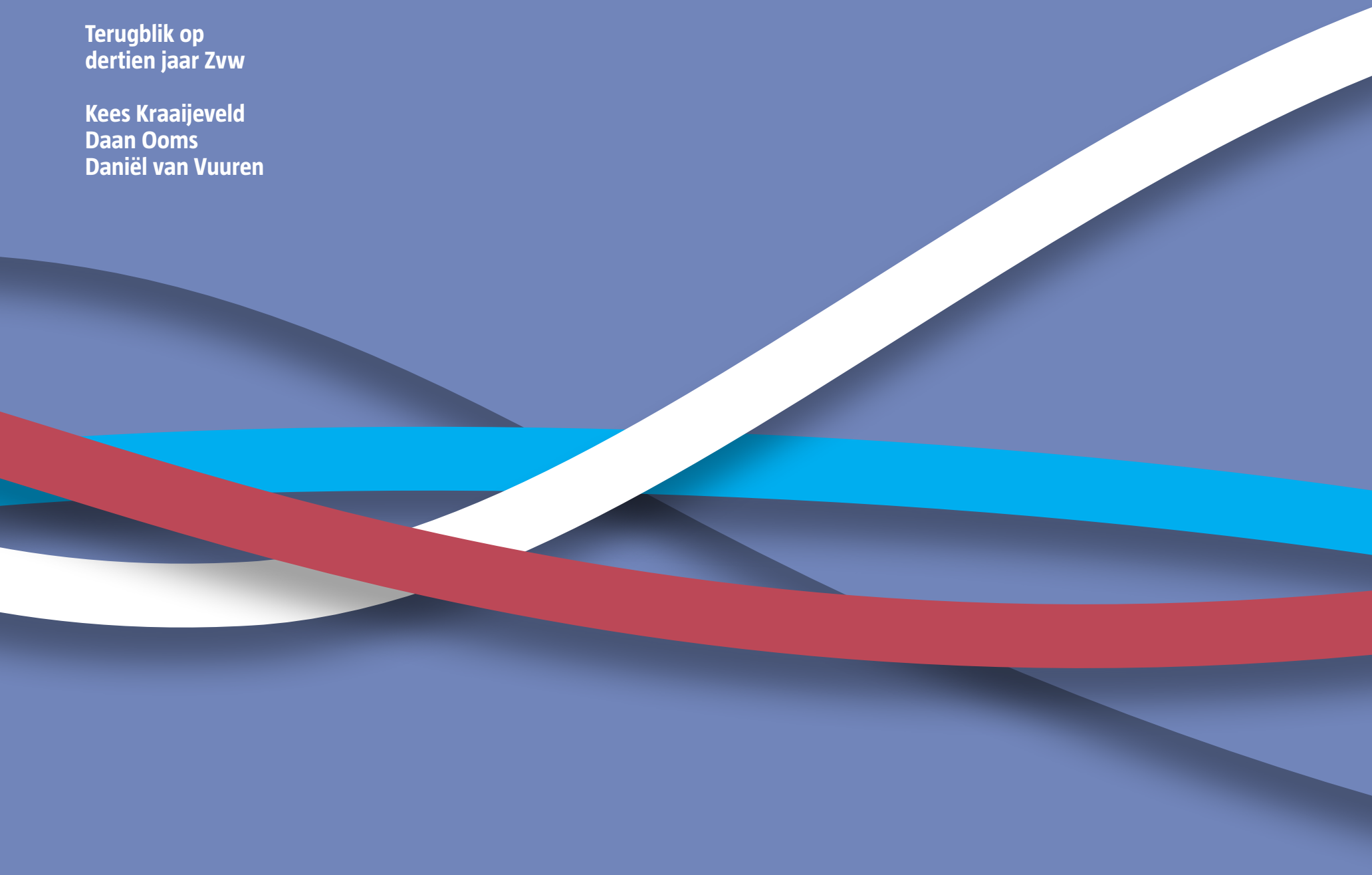


De Zorgverzekeringswet in perspectief

Terugblik op
dertien jaar Zvw

Kees Kraaijeveld
Daan Ooms
Daniël van Vuuren



Colofon

De Zorgverzekeringswet in perspectief

Terugblik op dertien jaar Zvw

Auteurs

Kees Kraaijeveld

Daan Ooms

Daniël van Vuuren

Redactie

Gertrude van Driesten

Ontwerp

Willem van den Goorbergh

Leonie Lous

De Argumentenfabriek

© 2020

www.argumentenfabriek.nl

In opdracht van



Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvattingskaart	5
Inleiding	6
Verantwoording	7
I Doelstellingen van de Zorgverzekeringswet	8
II Europese vergelijking	9
III Ontwikkeling van Zvw-uitgaven	12
IV Effect uitbreiding basispakket Zvw	14
V Beleidseffecten op de Zvw	15
VI Aanvullend beleid	17
Conclusie	18
Bronnen	19

Voorwoord

Zonder systeemwereld is er geen goede leefwereld mogelijk. Daarom is sleutelen aan een stelsel een hachelijk gebeuren. Het gaat altijd met inschattingen van gedragseffecten gepaard. Die inschattingen zijn gebrekkig, juist omdat de zorg zo complex is. Er wordt wel gezegd dat the devil in the detail zit. Dat is waar. Maar het geldt ook voor de zegeningen. Ook die zitten hem vaak in de details. Die vooraf in kaart brengen, is een hele tour. Daarom is het belangrijk om af en toe terug te kijken en te leren. Voldeden systeemveranderingen aan de verwachtingen? Ondersteunden ze de kwaliteit, de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg? Of niet?

Deze publicatie geeft daar een antwoord op: op macro-niveau. Elk gezondheidssysteem kent zijn macro-uitkomsten. Zij zijn ook belangrijk: op zijn minst als indicatoren voor de richting die is ingeslagen. Met het voorbehoud dat kwaliteit, toegang tot de zorg en de doelmatigheid in eerste aanleg gedragen worden door mensen die in de zorg werken: de verpleegkundigen, de huisartsen en de specialisten. Goede scores zijn vooral hun verdienste.

Nederland doet het op veel onderdelen heel goed. Dat zeggen ook externe autoriteiten: de OESO, het Commonwealth Fund, de European Health Consumer Index. Deze publicatie van De Argumentenfabriek zet de cijfers op een rij. Dat de details ertoe doen, bevestigt deze publicatie. Zo kwam de zorgstelselherziening van 2006 bijvoorbeeld pas gaandeweg op stoom. Tussen 2006 en 2010 zijn geleidelijk de prijzen vrijgegeven voor overleg en onderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars. In 2009 is de bekostiging van specialisten stevig herzien.

Vanaf 2010 is gewerkt aan het voltooiën van de ‘vrije prijsvorming’ en zijn verzekeraars meer risicodragend geworden. De werking van het stelsel komt vanaf die tijd op gang. Kosten kregen we in de greep, zonder dat dit ten koste ging van de kwaliteit van de zorg. Het stelsel, dat Hans Hoogervorst qua wetgeving realiseerde, bewijst zich meer en meer. Ook al zijn er zeker nog veel verbeterpunten, in vergelijking met andere stelsels levert het goede resultaten.

Wat we ook hebben gezien, is dat er een goed samenspel is ontstaan tussen de resultaten die zorgaanbieders en zorgverzekeraars realiseren en die van de landelijke overheid. De vele innovaties in dit stelsel hebben geleid tot de combinatie van betere zorg (gedreven door intrinsiek gemotiveerde artsen die de zorg vernieuwden) en betere betaalbaarheid. Dit is opgenomen in de hoofdlijnenakkoorden, die vervolgens weer – in globale termen – kaders vormden voor alle aanbieders van zorg. Het is belangrijk dat te melden: de hoofdlijnenakkoorden leven en leveren bij gratie van de dynamiek van het stelsel. Innoverende aanbieders (de koplopers) en zorgverzekeraars zetten de toon. Het Nederlandse stelsel biedt daarvoor de ruimte, omdat er geen centrale en regionale regie is van de overheid. Innovaties kunnen lokaal, per verzekeraar soms, ontstaan, waarna er via de contractering landelijk opschaling plaatsvindt. Via de contracten die verzekeraars landelijk sluiten en omdat collega-verzekeraars en aanbieders snel goede voorbeelden overnemen en kopiëren. Dit stelsel biedt zo ruimte voor snelheid (trial and error) en opschaling (contractering en vriendschappelijke competitie). Niet het grijze gemiddelde, maar de koplopers worden de maatstaf en dat past bij Nederland. Het is een van de details die gemakkelijk over het hoofd wordt gezien. Hoofdlijnenakkoorden zonder voeding zullen niet-werkende dictaten worden. Ruimte voor verscheidenheid, voor koplopers, voor contractinnovatie en voor een klimaat waarin aanbieders en verzekeraars ‘de beste’ willen zijn, is essentieel.

Die ruimte koesteren en versterken en deze niet weg-organiseren via regio's met veel consolidaties van bestaande verhoudingen: dat lijkt me een belangrijk devies voor de komende jaren. Juist omdat verzekeraars en aanbieders de kaders van de hoofdlijnenakkoorden weten te verslaan (minder kosten en dus lager dan geraamde premies, gepast gebruik realiseren en dus minder volume maken dan geraamd), presteert dit stelsel goed. Dat ze onder de kaders weten te contracteren, illustreert de kracht van verscheidenheid, trial and error en van opschaling. Die kracht vraagt ook om het vermogen geduld te hebben. Innovaties kosten tijd en opschaling is niet te realiseren via een centraal programma of dictaat. Daarmee is gezegd dat de kracht van het Nederlandse stelsel ook te danken is aan het vermogen van politici en beleidsmakers om terughoudend te zijn, ook als de neiging om snel te willen verzilveren groot is.

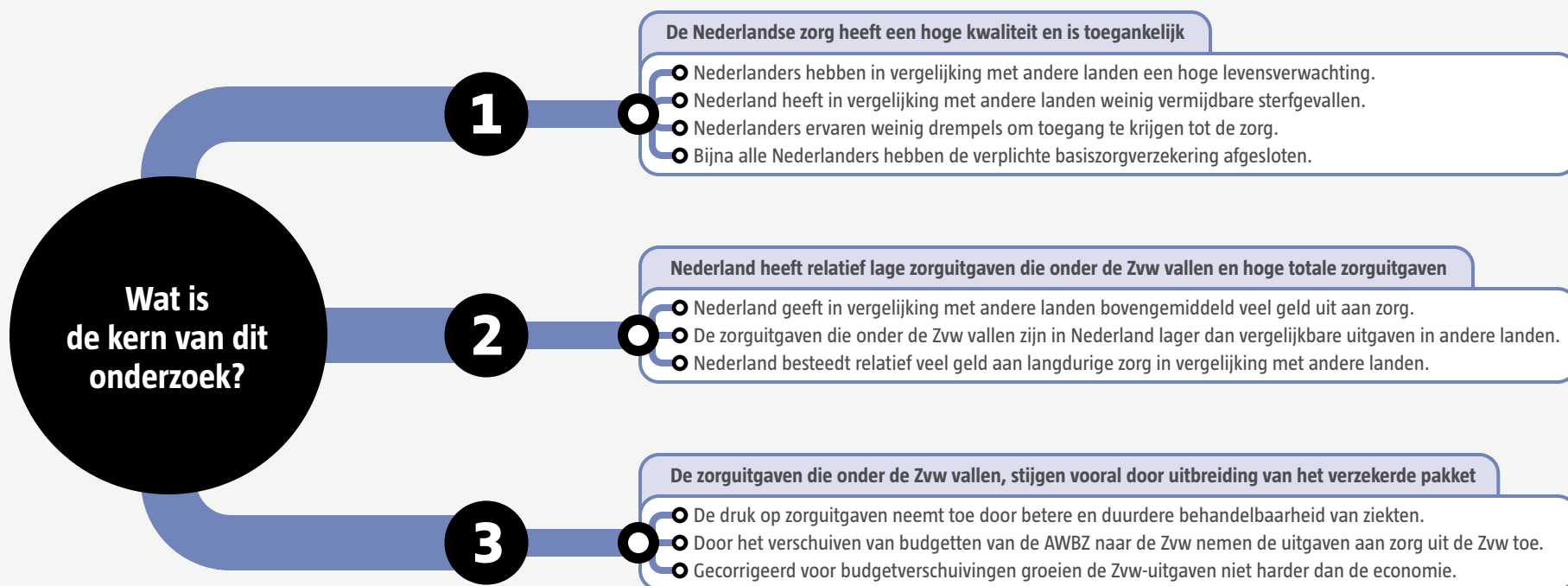
Deze mooie feitelijke en cijfermatige publicatie van De Argumentenfabriek ondersteunt de conclusie dat, ook al blijft er werk aan de winkel, Nederland een goed functionerend stelsel heeft: een stelsel dat de potentie heeft innovatief te blijven en maatschappelijke uitdagingen aan te gaan.

Ab Klink,
Lid Raad van Bestuur Coöperatie VGZ
april 2020

Samenvattingskaart

De Zorgverzekeringswet (Zvw) is ingevoerd in 2006. De Zvw is een verplichte verzekering voor curatieve zorg (onder meer de ziekenhuiszorg, de huisarts en de wijkverpleging). Het doel van de Zvw is om de zorg in

Nederland kwalitatief hoogwaardig, toegankelijk en betaalbaar te houden. Samen met VGZ vraagt De Argumentenfabriek zich af hoe het gaat met deze drie doelen.



Afbeelding 1

Inleiding

De Zorgverzekeringswet (Zvw) is in 2006 ingevoerd ter vervanging van de Ziekenfondswet. De Zvw verplicht alle Nederlanders zich te verzekeren en alle Nederlanders hebben recht op zorg uit het basispakket. In dit pakket zitten onder meer de ziekenhuiszorg, de huisarts, de wijkverpleging en de tandarts voor jeugd tot 18 jaar.

Doel van de Zvw was om de zorg in Nederland kwalitatief hoogwaardig, toegankelijk en betaalbaar te houden (zie afbeelding 2 op pagina 8). Hoe staat het daar nu mee? Hoe werkt de Zvw als we kijken naar de afgelopen dertien jaar? Zorgverzekeraar VGZ heeft De Argumentenfabriek gevraagd dit te bekijken en te beschrijven.

We doen dit door de volgende vragen te behandelen:

- Hoe doet de Nederlandse zorg het in Europa op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid?
- Hoe doet Nederland het in vergelijking met Denemarken?
- Hoe ontwikkelen de zorguitgaven zich sinds de invoering van de Zvw?
- Hoe ontwikkelen de kosten voor de Zvw zich voor verschillende leeftijdsgroepen?
- Hoe beïnvloeden budgetverschuivingen de Zvw-uitgaven?
- Wat is het effect van beleid op de Zvw-uitgaven?

Verantwoording

Voor een genuanceerd debat is kennis van feiten en cijfers nodig. In deze publicatie presenteren we feiten en cijfers over de Zvw op basis van openbare bronnen.

We maken gebruik van data van de Organisatie voor Economische samenwerking en ontwikkeling (OESO), het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en Vektis. Deze presenteren we in eigen visualisaties, deels op basis van eigen bewerkingen van de data. Daarnaast maken we gebruik van openbare publicaties die iets zeggen over de Zvw of over de zorg in andere landen. Uit deze onderzoeken presenteren we alleen feiten en cijfers.

Om een beeld te krijgen van de relatieve prestaties van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse zorg, maken we een vergelijking met andere Europese landen. Dit doen we door te kijken naar de rangschikking van Nederland, Denemarken, Duitsland en Frankrijk binnen 26 Europese landen. Dit zijn de landen van de Europese Unie minus Bulgarije, Cyprus, Kroatië, Malta en Roemenië en plus Groot-Brittannië, IJsland, Noorwegen en Zwitserland. Van al deze landen zijn data beschikbaar over de indicatoren die we in deze publicatie gebruiken. Als indicatoren voor kwaliteit gebruiken we de met preventie en zorg te voorkomen sterfgevallen en de levensverwachting. Dit zijn indicatoren die de OESO gebruikt in zijn Country Health Reports.

Politici, beleidsmakers en opiniemakers verwijzen vaak naar het Deense model waarin de zorg wordt ingekocht door regionale overheden. Dit wijkt af van het Nederlandse model. Bij de internationale vergelijking gaan we daarom in op de verschillen tussen Nederland en Denemarken.

Om te kunnen beoordelen hoe goed het Nederlandse systeem daadwerkelijk is, volstaat het niet om landen onderling te vergelijken, maar is (quasi-)experimenteel bewijs nodig. Zulk onderzoek is echter geen onderdeel van deze publicatie. In deze publicatie beschrijven we alleen feitelijke verschillen tussen indicatoren van zorg in verschillende landen.

In dit onderzoek definiëren we zorguitgaven als de uitgaven aan genees-kundige en langdurige zorg. De uitgaven aan welzijn en ondersteuning, jeugdzorg en kinderopvang (WJK) en aan beleids- en beheersorganisaties zien we niet als zorguitgaven. We wijken op dit punt af van de definitie van het CBS. Sinds de invoering van de Zvw is de wet op onderdelen aangepast. Daarnaast is er aanvullend beleid dat van invloed is op de Zvw. Beide typen veranderingen bespreken we in samenhang met de uitgaven aan de Zvw.

We sluiten de publicatie af met een beknopte conclusie over de werking van en uitgaven aan de Zvw. Wat kunnen we concluderen op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg?

Kees Kraaijeveld, Daan Ooms en Daniël van Vuuren
De Argumentenfabriek

I Doelstellingen van de Zorgverzekeringswet

Het doel van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is om de zorg in Nederland kwalitatief hoogwaardig, toegankelijk en betaalbaar te houden. In het boek *Zó werkt de zorgverzekering* zijn deze doelstellingen verder uitgewerkt(1).

Hieronder staat de overzichtskaart van de doelstellingen van de Zvw uit dat boek.



Afbeelding 2
Bron: Platform Zó werkt de zorg, 2019. ¹

II Europese vergelijking

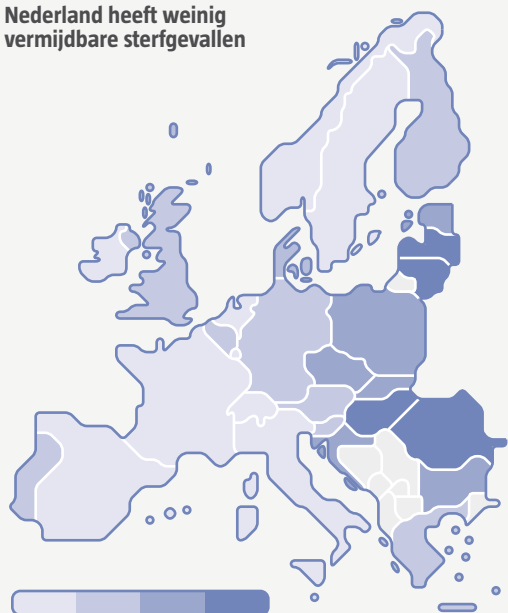
Nederland in Europa

Nederland presteert goed op kwaliteit (uitgedrukt in vermijdbare sterfgevallen) en toegankelijkheid (uitgedrukt in percentage mensen dat zegt geen gebruik te maken van zorg door geldgebrek, reisafstand of wacht tijden). Bijna alle Nederlanders hebben een zorgverzekering afgesloten. Eind

2017 waren slechts 17.240 mensen (van de ruim 17 miljoen Nederlanders) onverzekerd voor de Zvw. Nederland geeft een bovengemiddeld deel van het nationaal inkomen uit aan zorg, maar zit niet bij de top van landen die het meest uitgeven.

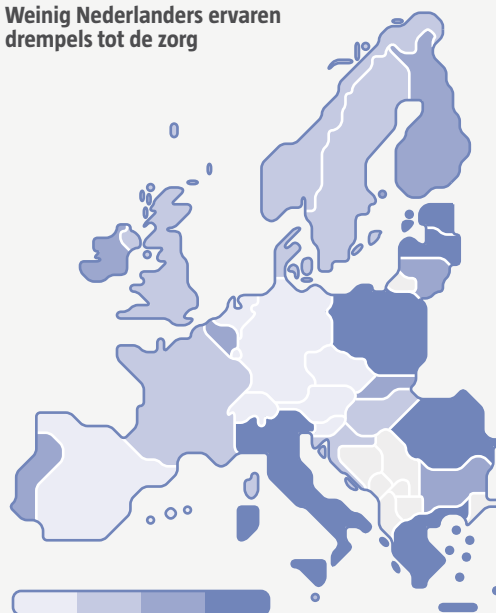
Hoe doet de Nederlandse zorg het in Europa op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid?

Nederland heeft weinig vermijdbare sterfgevallen



Aantal met preventie of behandeling te voorkomen sterfgevallen per 100.000 inwoners in 2017, gecorrigeerd voor leeftijdsopbouw.
Bron: OESO/Eurostat 2019

Weinig Nederlanders ervaren drempels tot de zorg



Percentage mensen dat in 2016 aangaf geen gebruik te maken van zorg door geldgebrek, reisafstand of wachttijden.
Bron: EU/SILC enquête, OESO/Eurostat 2018

Nederland geeft bovengemiddeld veel geld uit aan zorg



Zorguitgaven als deel van het nationaal inkomen in 2018
Bron: OESO/Eurostat 2020

Afbeelding 3

II Europese vergelijking

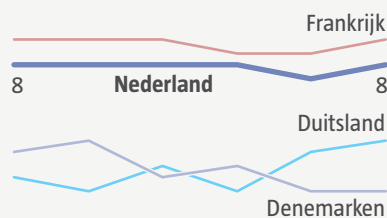
Ontwikkeling van kwaliteit en toegankelijkheid

In de rangorde van Europese landen die we in dit onderzoek bekijken (zie verantwoording), staat Nederland al jaren rond de 8^e plaats op het gebied van potentieel te voorkomen sterfgevallen. Hierbij geldt, hoe hoger de rang, hoe minder sterfgevallen potentieel voorkomen kunnen worden door preventie of behandeling. Nederland presteert vergelijkbaar met Frankrijk en beter dan Denemarken en Duitsland. In de rangorde op basis van de levensverwachting staat Nederland stabiel boven Denemarken, Duitsland en Frankrijk. Nederland gaat tussen 2011 en 2017 in de rangorde wel van plek 6 naar plek 8. In die periode is Nederland ingehaald door

Noorwegen en Ierland. Om de toegankelijkheid van de zorg te vergelijken, kijken we naar het percentage mensen dat in een enquête van Eurostat aangeeft geen gebruik te maken van zorg door financiën, reistijd of wachttijden. Ook hier geldt dat hoe minder mensen aangeven geen gebruik te maken van zorg, hoe hoger de rang. Nederland staat al jaren hoog in deze rangorde. Sinds 2015 presteert Nederland als beste of op één na beste van de bekeken landen. Duitsland maakt in de periode 2011 tot 2017 een inhaalslag op het gebied van toegankelijkheid en nadert Nederland in de positie op de ranglijst.

Hoe ontwikkelen kwaliteit en toegankelijkheid van zorg zich in vergelijking met andere landen?

Nederland presteert in het voorkomen van sterfgevallen bovengemiddeld goed en stabiel

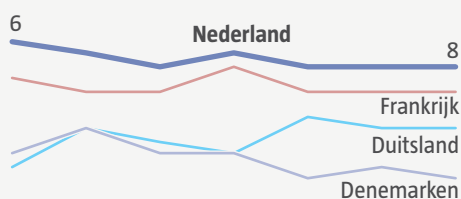


2011 2016

Rangorde binnen 26 Europese landen op basis van met preventie of behandeling te voorkomen sterfgevallen.
Bron: OESO/Eurostat 2019

Afbeelding 4

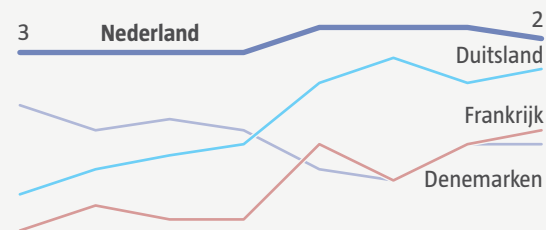
Nederlanders hebben een hogere levensverwachting dan Denen, Duitsers en Fransen



2011 2017

Rangorde binnen 26 Europese landen op basis van de levensverwachting bij geboorte.
Bron: OESO/Eurostat 2019

Nederland is een van de landen met de beste toegang tot zorg



2011 2018

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.
Bron: OESO/Eurostat 2018

II Europese vergelijking

Nederland en Denemarken

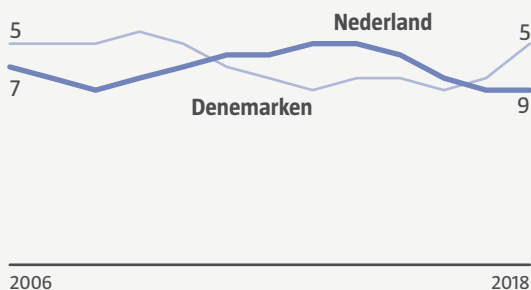
Politieke partijen, zorgverzekeraars en kennisorganisaties in Nederland vragen aandacht voor het Deense zorgmodel. Denemarken heeft een ander zorgstelsel dan Nederland. Van oudsher is de Deense overheid zelf de zorgaanbieder (analoog aan het Britse Beveridge-systeem), terwijl in Nederland private partijen de zorg verlenen (het Duitse Bismarcksysteem). Denemarken heeft de zorg in 2007 gedecentraliseerd. Het aantal ziekenhuizen is verminderd.² De ziekenhuisproductiviteit is sindsdien toegenomen met 2 à 3 procent per jaar. De kosten bleven stabiel.³ Daardoor is Denemarken in de periode 2009-2013 gedaald in de rangorde van Europese landen. Sinds 2016 stijgen de zorgkosten in Denemarken en daarmee ook de plek van de Denen in de rangorde.

Nederland stijgt in de rangorde van zorguitgaven tussen 2008 en 2013 en daalt sinds 2014. Denemarken is een van de Europese landen die het meest uitgeven aan curatieve zorg. Nederland geeft hier relatief weinig aan uit. Nederland en Denemarken behoren echter beide tot de landen in Europa die het meeste uitgeven aan langdurige zorg. Nederland was tot 2015 het land met de hoogste uitgaven aan langdurige zorg.

Het Deense systeem blijft achter bij Nederland als we kijken naar het aantal te voorkomen sterfgevallen en levensverwachting (zie afbeelding 3 op pagina 9). In afgelegen gebieden klagen Denen over de toegankelijkheid van de zorg.³

Hoe doet Nederland het in vergelijking met Denemarken?

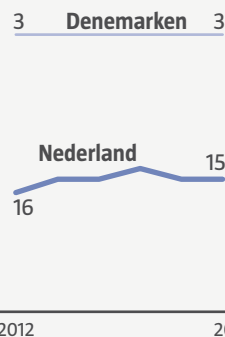
Nederland stijgt in de rangschikking van zorguitgaven tot 2013 en daalt daarna weer



Rangorde binnen 26 Europese landen op basis van zorguitgaven als percentage van het nationaal inkomen.

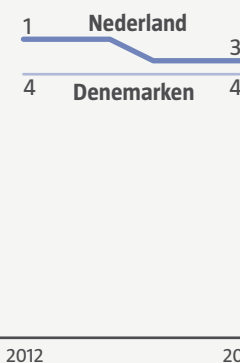
Afbeelding 5
Bron: OESO, 2020.

De uitgaven aan curatieve zorg zijn in Nederland relatief laag en in Denemarken relatief hoog



Rangorde binnen 26 Europese landen op basis van uitgaven aan intra- en extramurale curatieve zorg als percentage van het nationaal inkomen.

Nederland en Denemarken staan in de top als het gaat om uitgaven aan langdurige zorg



Rangorde binnen 26 Europese landen op basis van uitgaven aan langdurige zorg als percentage van het nationaal inkomen.

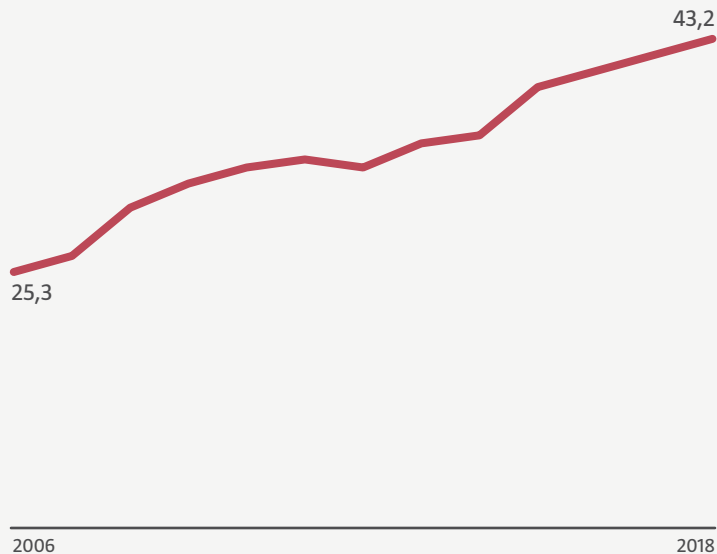
III Ontwikkeling van Zvw-uitgaven

De druk op de zorguitgaven neemt toe door vergrijzing, technologische ontwikkelingen, duurdere medicijnen en betere behandelbaarheid van ziekten. Sinds de invoering van de Zvw in 2006 stijgen de uitgaven elk jaar, behalve in 2012. De stijging van de Zvw-uitgaven verloopt met sprongen. Op de oorzaken van deze sprongen gaan we op pagina 14 verder in.

Het vergelijken van absolute uitgaven zegt niets over het relatieve belang van de Zvw-uitgaven in de Nederlandse economie. De ontwikkeling van de Zvw-uitgaven als deel van het nationaal inkomen laat een gematigder groei zien. Er zijn ook jaren waarin de Zvw-uitgaven als deel van het nationaal inkomen dalen, zoals in de periode 2015-2018.

Hoe ontwikkelen de Zvw-uitgaven zich?

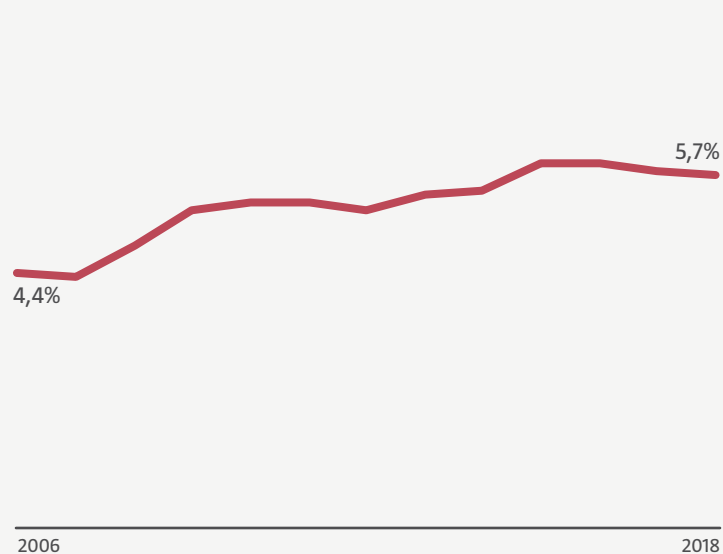
In euro's groeien de Zvw-uitgaven ...



Jaarlijkse Zvw-uitgaven in miljard euro.
Bron: CBS, 2020

Afbeelding 6

... maar als deel van het nationaal inkomen is die groei gematigder



Jaarlijkse Zvw-uitgaven als percentage van het bbp.
Bron: CBS, 2020

III Ontwikkeling van Zvw-uitgaven

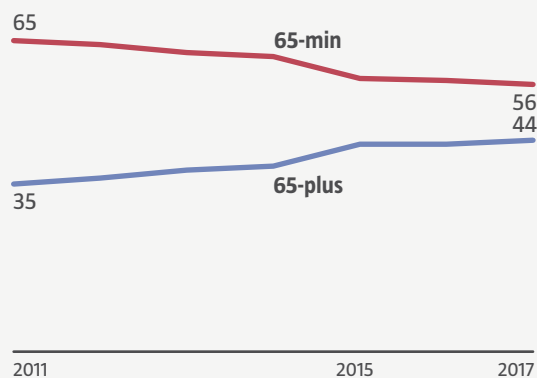
Voor 65-minners en 65-plussers

Mensen jonger dan 65 jaar gebruiken een steeds minder groot deel van het Zvw-budget. Eén van de verklaringen is, dat de bevolking steeds ouder wordt waardoor het aandeel 65-minners afneemt op de totale populatie. De andere verklaring is dat de gemiddelde reële Zvw-uitgaven van

65-minners stabiel zijn, terwijl die van 65-plussers stijgen. In 2015 is de sprong van de gemiddelde reële Zvw-uitgaven per persoon voor 65-plussers groot door de overheveling van de wijkverpleging van de AWBZ naar de Zvw in dat jaar.

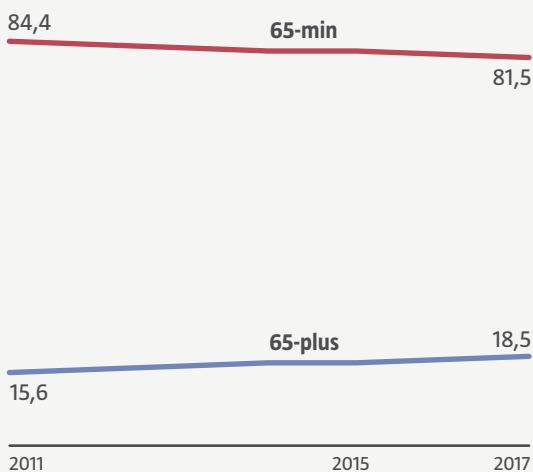
Hoe ontwikkelen de Zvw-uitgaven zich voor 65-minners en 65-plussers?

Een steeds kleiner deel van het Zvw-budget wordt gebruikt door 65-minners ...



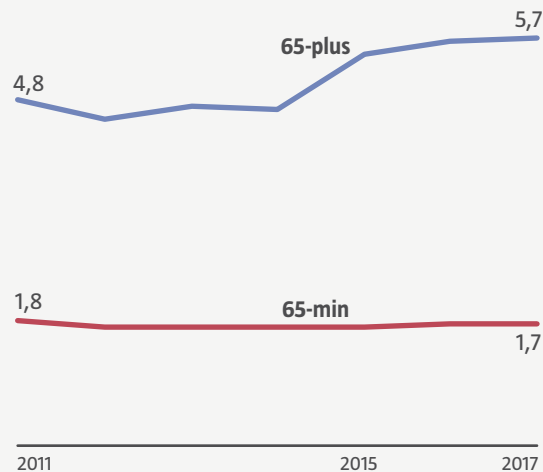
Percentage van het Zvw-budget naar leeftijdsgroep

... omdat hun aandeel in de bevolking daalt ...



Percentage personen jonger dan 65 jaar en 65 jaar of ouder in de Nederlandse bevolking

... en omdat hun reële uitgaven per persoon relatief laag en stabiel zijn



Gemiddelde Zvw-uitgaven in euro's x 1.000 (prijspeil 2015) per verzekerd jaar, per persoon

Afbeelding 7
Bron: CBS, 2020 en Vektis, 2020.

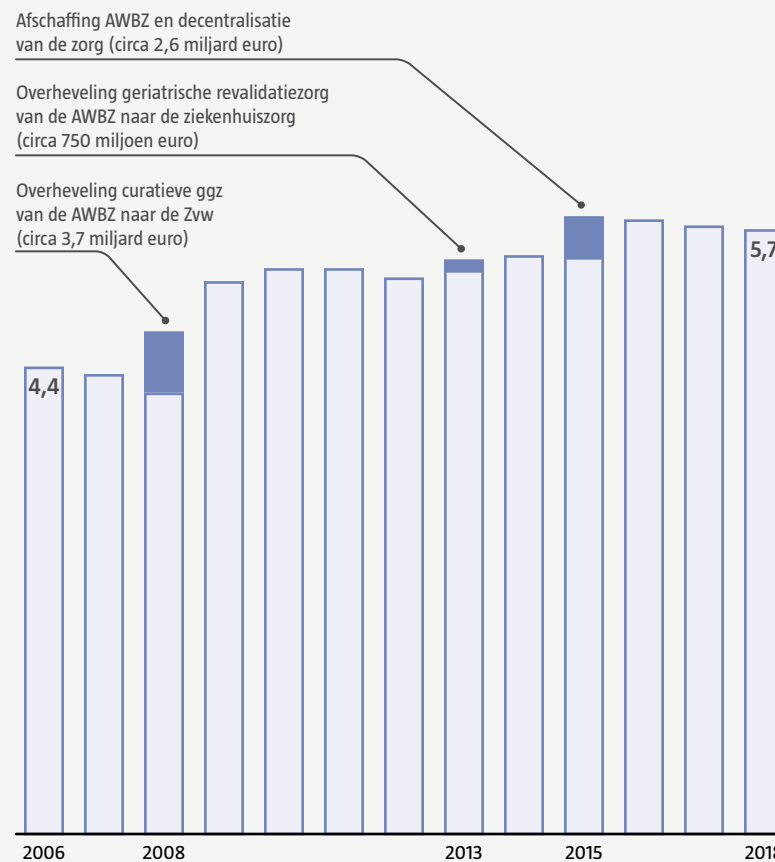
IV Effect uitbreiding basispakket Zvw

De uitgaven aan de zvw nemen elk jaar toe. Het basispakket van de in de Zvw verzekerde zorg groeit hierdoor. Zonder die budgetverschuivingen zien we dat de Zvw-uitgaven een stabiel of krimpend deel van het nationaal inkomen vormen. De relatief grote toename in uitgaven van 2008 naar 2009 is te verklaren door de economische crisis van dat moment: Het nationaal inkomen kromp, maar de Zvw-uitgaven bleven gelijk.

In 2008 en 2013 zijn budgetten uit de Awbz overgeheveld naar de Zvw. De bedragen staan per jaar vermeld in de afbeelding hiernaast. De budgetverschuiving van per saldo €2,6 miljard naar de Zvw in 2015 is het samengestelde effect van de volgende aanpassingen in het kader van de herziening van de bekostiging van de langdurige zorg:⁴

- Overheveling van verpleging en verzorging (wijkverpleging) van AWBZ naar Zvw (circa 3 miljard euro)
- Overheveling van de jeugd-GGZ van de Zvw naar de naar de Jeugdwet, die onder gemeenten valt (circa 950 miljoen euro)
- Overheveling van extramurale behandeling zintuigelijke gehandicapten van AWBZ naar Zvw (circa 170 miljoen)
- Overheveling tweede en derde jaar tweedelijns GGZ van AWBZ naar Zvw (circa 300 miljoen euro)
- Overheveling eerstelijns kortdurend verblijf van AWBZ naar Zvw (circa 100 miljoen euro)

Hoe ontwikkelen de Zvw-uitgaven zich ten opzicht van het nationaal inkomen?



Afbeelding 8
Zvw-uitgaven als percentage van het nationaal inkomen.
Bron: CBS, 2020 en Vektis, 2020 (10jaarzwv.nl).

V Beleidseffecten op de Zvw

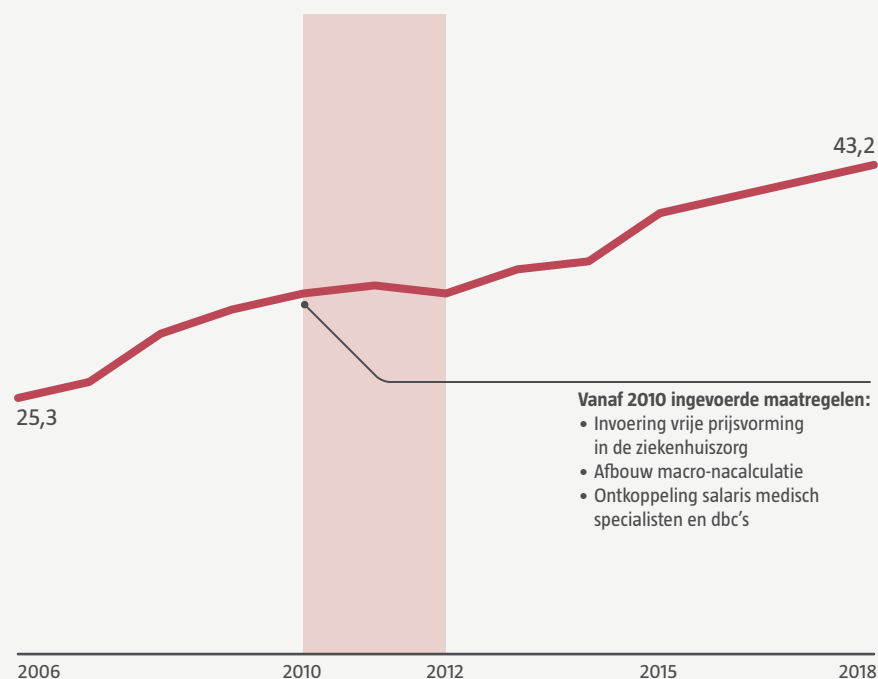
De eerste jaren na invoering Zvw in 2006 kunnen we beschrijven als een introductieperiode waarin relatief weinig is veranderd. Vanaf 2010 heeft de politiek aan aantal beleidswijzigingen doorgevoerd, bedoeld om de gereguleerde marktwerking in de Zvw zijn werk te laten doen. Na die beleidswijzigingen groeien de Zvw-uitgaven tijdelijk minder hard. Door de invoering van meerdere veranderingen tegelijk zien we geen duidelijk effect van afzonderlijke beleidswijzigingen op de Zvw-uitgaven.

Grootste beleidswijzigingen in de Zvw:

- Vanaf 2010 wordt de vrije prijsvorming in de ziekenhuiszorg stapsgewijs uitgebreid. Inmiddels zijn vrijwel alle prijzen vrij onderhandelbaar.
- In 2010 is de koppeling tussen salarissen van medisch specialisten en de dbc's losgelaten. Dit had een daling van de specialistensalarissen tot gevolg.
- Vanaf 2012 was er sprake van afbouw van macro-nacalculatie over het voorgaande financiële jaar. Vanaf 2011-2012 lopen verzekeraars hierdoor meer risico en hebben ze een sterkere prikkel om scherp in te kopen.

In 2008, 2013 en 2015 stijgen de Zvw-uitgaven door budgetverschuivingen, zoals we al hebben gezien in afbeelding 8 op pagina 14.

Hoe ontwikkelen de uitgaven zich na veranderingen in de Zvw?



Afbeelding 9
Zvw-uitgaven in miljard euro per jaar.
Bron: CBS, 2020.

V Beleidseffecten op de Zvw

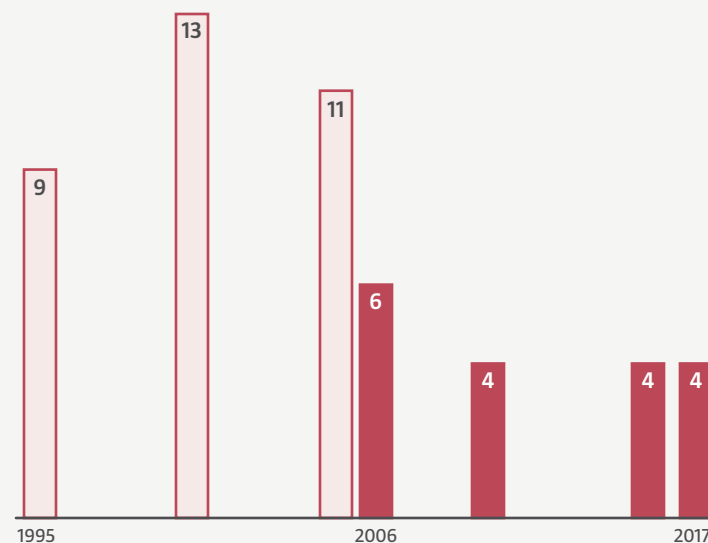
Concurrentie tussen zorgverzekeraars

Een van de doelen van invoering van de Zvw was dat zorgverzekeraars onderling gaan concurreren. Zorgverzekeraars zijn efficiënter gaan werken door de invoering van de Zvw. Dit blijkt uit analyse van De Nederlandse Bank (DNB).⁹ DNB vergeleek de operationele kosten en marge van particuliere zorgverzekeraars vóór de invoering van de Zvw in 2006 met die van zorgverzekeraars ná de invoering van de Zvw.

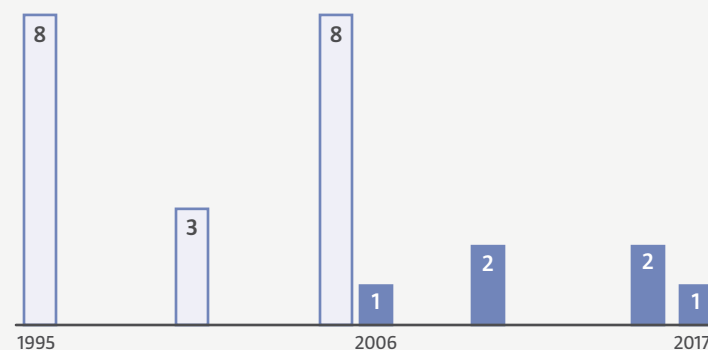
In afbeelding 10 hiernaast zien we dat zowel de operationele kosten als de marge vanaf 2006 lager zijn. Dit wijst erop dat zorgverzekeraars sinds de Zvw efficiënter zijn gaan werken. De onderzoekers zien dit als blijk van toegenomen concurrentie.

Hoe ontwikkelen de kosten en marge van zorgverzekeraars zich na invoering van de Zvw?

De operationele kosten per premie-euro zijn gedaald



De marge per premie-euro is gedaald



Afbeelding 10
Jaarlijkse operationele kosten en marge als percentage van de premie-inkomsten.
Bron: Bikker en Bekooij, Marktwerking heeft geleid tot meer concurrentie, ESB 2020.

VI Aanvullend beleid

Hoofdlijnenakkoorden en zorguitgaven

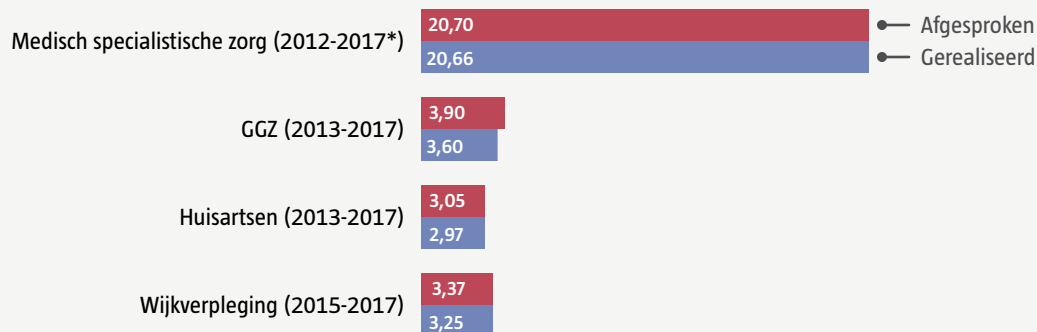
Sinds 2012 zijn er hoofdlijnenakkoorden (HLA's) gesloten tussen VWS, de zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars op het gebied van medisch specialistische zorg, de GGZ, de huisartsenzorg en de wijkverpleging. De HLA's bevatten afspraken over inhoud, kwaliteit en uitgaven van de zorg, met als doel de uitgaven binnen het landelijke budgettaire kader te houden. De gerealiseerde uitgaven komen overeen met het afgesproken budget. Dit kan drie oorzaken hebben:

- (i) Het budget werkt als een deksel op de uitgaven en zorgt ervoor dat de uitgaven beperkt blijven;

- (ii) Het budget werkt als een 'garantiebudget' waarop zorgaanbieders rekenen, waardoor zorguitgaven juist onnodig hoog zijn;
- (iii) Het budget is niet 'kaderstellend', maar een afgeleide van eerdere onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgverleners. In dit laatste geval zouden scherp inkopende zorgverzekeraars een drukkend effect hebben op de in de HLA's afgesproken zorguitgaven.

Of de HLA's kaderstellend zijn of een afgeleide valt niet te zeggen op basis van onderstaande macro-cijfers.

Hoe verhouden de in de hoofdlijnenakkoorden afgesproken budgetten zich tot de gerealiseerde uitgaven?



Afbeelding 11
Gemiddelde jaarlijkse uitgaven in miljard euro.
*jaren waarop de HLA's betrekking hebben.
Bron: VWS, 2018.

Conclusie

De Zorgverzekeringswet (Zvw) is ingevoerd in 2006. Het doel van de Zvw is om de zorg in Nederland kwalitatief hoogwaardig, toegankelijk en betaalbaar te houden.

Op basis van onderzoek van openbare data en publicaties hebben wij de prestaties van de Zvw onderzocht, met nadruk op de betaalbaarheid. De conclusie staat samengevat in afbeelding 12 hieronder.



Afbeelding 12

Bronnen

Publicaties

- ❶ Platform Zó werkt de zorg (2019), ‘Zó werkt de zorgverzekering’
- ❷ Vilans (2019), *Ouderen en gehandicaptenzorg in Scandinavië. Op zoek naar bronnen voor duurzame vernieuwing*
- ❸ T. Christiansen en K. Vrangbæk (2018), *Hospital centralisation and performance in Denmark – Ten years on*, in *Health Policy* 122(4); 321-328.
- ❹ Vektis (2020), *10jaarZvw.nl*
- ❺ J. Bikker en J. Bekooij (2020), *Marktwerking heeft geleid tot meer concurrentie*, in ESB, nog te verschijnen.
- ❻ VWS (2018), *Jaarverslag van het ministerie van VWS (XVI)*

Data

- J. Bikker en J. Bekooij (2020), *Marktwerking heeft geleid tot meer concurrentie*, in ESB, nog te verschijnen.
- CBS (2020), *Statline: zorgaanbieders, zorguitgaven en financiering*
- OESO/Eurostat (2018), *EU/SILC enquête*
- OESO/Eurostat (2019), *Calculations on mortality rates from avoidable causes based on WHO Mortality Database, 2017 (or nearest year)*
- OESO/Eurostat (2019), *Life expectancy at birth*
- OESO/Eurostat (2020), *Health spending (indicator) doi: 10.1787/8643de7e-e*
- Vektis (2020), *Vektis open data op gemeenteniveau*
- VWS (2018), *Jaarverslag van het ministerie van VWS (XVI)*

**Meer weten over de werkwijze
van De Argumentenfabriek?**
kijk op www.argumentenfabriek.nl
of bel 020-412 4001