

Lessen van vijftig jaar KOSTEN beheersings BELEID

Karel-Peter Companje
Patrick Jeurissen



Nijmegen, juli 2023

Lessen van vijftig jaar kostenbeheersingsbeleid



Inhoud

Samenvatting 3

1.	Inleiding	6
2.	Historisch-institutionalisme als methode	6
3.	Overheidsregulering	7
4.	Het begin van de kostenbeheersing	8
4.1	Kostenbeheersing door budgettering	9
4.2	Kostenbeheersing door bouwplafonds	10
4.3	Kostenbeheersing door beddenreductie	11
4.4	Eigen betalingen en eigen bijdrageregelingen	11
5.	Transitiekosten: de eerste poging om met gereguleerde marktwerking in de curatieve zorg de kosten te beheersen mislukt, 1986-1992	12
6.	Kok-I 1994-1998: volumegroei maximaal 1,3% en Zuinig met Zorg	13
6.1	Pakketverkleining door overheveling van fysiotherapie en tandheelkunde	14
6.2	Het Budgettair Kader Zorg (BKZ)	14
7.	Wachlijstproblematiek en financiële onbeheersbaarheid	15
8.	Overgangswetgeving	17
9.	Zorgverzekeringswet: kostenbeheersing met gereguleerde marktwerking	18
10.	Wet marktordening gezondheidszorg en het macrobeheersinstrument	20
11.	Wet marktordening gezondheidszorg en de beschikbaarheidsbijdrage	21
12.	Bestuurlijke akkoorden	21
13.	De AWBZ, de Wmo, de Wlz en kostenbeheersingsbeleid	22
14.	Conclusies	24
	Eindnoten	28



Samenvatting | Lessen van vijftig jaar kostenbeheersingsbeleid

Het Integraal Zorg Akkoord, IZA, van september 2022, afgesloten tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de meeste maatschappelijke organisaties in de zorg zet in op passende zorg om de toegankelijkheid tot zorg te waarborgen en deze betaalbaar te houden.

Het is ook een volgende stap in vijftig jaar kostenbeheersingsbeleid in de zorg. De essentie van dit beleid is het steeds opnieuw vaststellen van de manier waarop de verantwoordelijkheden voor financiering en organisatie van zorg tussen de overheid en de private veldpartijen als verzekeraars en zorgaanbieders verdeeld zijn. De lessen over vijftig jaar kostenbeheersingsbeleid in de zorg bieden hiertoe beleidsmatig inzichten en handvatten.

Aanbodregulering

Lange tijd (jaren zeventig tot negentig) gold aanbodregulering als adagium, waarbij de overheid tarieven en volume van zorg vaststelde en de veldpartijen verantwoordelijk waren voor de uitvoering ervan. Budgettering en tariefregulering waren beproefde middelen voor kostenbeheersing.

De precieze effectiviteit van instrumenten zoals de functiegerichte budgettering, de beddenreductie en de bouwregulering was moeilijk te beoordelen. Complexiteit, onervarenheid, uitvoerbaarheid, maatschappelijke acceptatie, belangen, bevoegdheden en competenties waren vaak belemmerende factoren. De budgettering, ingevoerd vanaf begin jaren tachtig lijkt succesvoller te zijn geweest, maar zou ook een redelijk bot instrument blijken: de besparingen daalden via oplopende wachtlijsten vooral neer op het zorgvolume en dit bleek uiteindelijk politiek niet haalbaar. Eigen betalingen voor geneesmiddelen en specialistische hulp bleken maar gedeeltelijk bij te dragen aan kostenbeheersing. Eerstgenoemde ingreep leidde tot afwentelingsgedrag, met kostenstijging als gevolg. De tweede ingreep leverde wel een besparing op, maar door politieke en maatschappelijke druk werden alsnog beide regelingen afgeschaft.

De kosten van de gezondheidszorg bleven in de periode 1973-1992 stijgen. Het blijft de vraag hoe hoog de kosten zouden zijn geweest of zijn gegroeid zonder de inzet van genoemde beleidsinstrumenten. De combinatie van maatregelen zorgde ervoor dat alleen in het begin van de jaren tachtig de zorg onder de groei van het bruto binnenlands product bleef.

Gereguleerde marktwerking

Gereguleerde marktwerking als kostenbeheersingssysteem werd vanaf 1987 ontwikkeld en in de periode 2006-2010 voltooid met de WTZi, de Zvw en de Wmg ter vervanging van de aanbodregulering door de overheid. Dit betrof vooral de curatieve zorg. Gereguleerde marktwerking betekent dat kostenbeheersing primair wordt uitgevoerd door risicodragende zorgverzekeraars. Deze situatie bestond de facto vanaf 2012.

De overheid had wel instrumenten om de publieke belangen budgettair te reguleren onder andere met de Wbmg, beschikbaarheidsbijdragen en een macrobeheersinstrument. Daarnaast ordende het bestel van bestuurlijke akkoorden de onderlinge verhoudingen, inhoudelijke agenda's en de budgettaire doelen. Akkoorden zijn nuttige instrumenten om de bestuurlijke verhoudingen te kanaliseren en op hoofdlijnen afspraken te maken. Het IZA past in deze traditie. Verzekeraars sturen hard op de kosten. Deze elementen zijn echter geen volledige garanties voor blijvende optimalisering van kostenbeheersing. Het is het continu veranderende geheel van wetgeving, maatregelen, toezicht en convenanten en de manier waarop de overheid en de veldpartijen met elkaar omgaan dat kostenbeheersingsbeleid doet slagen of mislukken.



Het BKZ en macrobudgettering

Het Budgettair Kader Zorg (BKZ), ingevoerd in 1994, betekende dat de zorg per kabinetsperiode voor vier jaar werd begroot met een scheiding tussen de inkomsten/premies en de uitgaven.

Samen met de gereguleerde marktwerking stond het BKZ bekend als kostenbeheersende factoren in de zorg. Het BKZ vormde de macrobudgettering voor de gehele zorg. Hieruit werden op sector-niveau sectorbudgetten vastgesteld. Bij overschrijdingen van het uitgavenkader zorg moest de betreffende minister maatregelen treffen om binnen het kader te blijven. Dit laatste mislukte in de zorg van jaar op jaar: het BKZ werd tot 2012 min of meer elk jaar veelal ruim overschreden. Deze overschrijdingen werden veelal gecompenseerd uit overschotten op de sociale zekerheid.

Pakketuitdunning en het eigen risico

Tandheelkundige zorg voor volwassenen en fysiotherapie werden in 1995 en 1996 van de collectieve lasten naar de private sector overgeheveld. Beide pakketverkleiningen bleken gevolgen te hebben voor het zorggebruik. In de loop der jaren kozen geleidelijk steeds minder mensen voor een aanvullende verzekering. Desalniettemin kwam daar waar het huishoudboekje van de staat werd ontlast, die er bij de burger veelal weer net zo hard bij. De collectieve zorgkosten werden ontlast, maar dit gold niet of veel minder voor de totale zorgkosten.

Stringent pakketbeheer werd in 2013 ingevoerd om zorg, waarvan het effect niet vaststaat en die medisch niet noodzakelijk is, uit het basispakket van de Zvw te halen. De budgettaire effecten vielen veelal tegen. De Tweede Kamer bleef voorstander, maar dan zou de doorzettingsmacht van de minister groter moeten zijn. Terugdringen van niet-gepaste zorg zou de kwaliteit van zorg ten goede komen en op den duur kunnen bijdragen aan de financiële houdbaarheid van het stelsel. Maar ook dit kan tot moeilijke politieke discussies leiden waardoor het risico op niet-doorgevoerde maatregelen, zoals indertijd met de Trechter van Dunning uit 1991, altijd op de loer ligt.

De effecten van het eigen risico in de basisverzekering zijn dubbel gebleken: enerzijds heeft het een beperkte dempende invloed op de premielast en zorggebruik. Anderzijds dragen chronisch zieken en ouderen in de regel een relatief zwaardere financiële last. En omdat de zorgkosten structureel al sneller groeien dan de inkomens van mensen, is de (politieke) ruimte om deze groei op te vangen met hogere eigen betalingen van de zorggebruikers beperkt.

Hervorming van kostenbeheersingsbeleid in de langdurige zorg

Vanaf 2007 werd kostenbeheersingsbeleid voor de care ingezet door AWBZ-verzekerde verstrekkingen om te zetten in door gemeenten verstrekte voorzieningen. De bezuinigingen van 2015 door decentralisatiewetgeving met de herziene Wmo, de jeugdzorg en de participatiewetgeving en de vervanging van de AWBZ door de Wlz waren hierbij het hoogtepunt.

Vervanging van zorg in verzorgingshuizen door extramuralisering van de zorgzwaartepakketten 1-3 was al eerder ingezet, maar werd vanaf 2015 versterkt door intramurale zorg te beperken tot zzp-5 en hoger. Intramurale zorg in verpleeghuizen werd beperkt tot zorg voor zeer zware medische risico's als gevorderde dementie en somatische multimorbiditeit.

De financiële beheersbaarheid van de langdurige zorg verbeterde uiteindelijk niet. Door extra forse middelen om de kwaliteit van zorg te verbeteren, bleek de Wlz vanaf 2017 weer stevig te groeien. Aan de structurele zorgvraag kon slechts marginaal worden gesleuteld.

Conclusies

Inzicht in vijftig jaar kostenbeheersing in de zorg maakt duidelijk hoe moeilijk dit vraagstuk is te



temmen. De kostengroei lag al die tijd min of meer boven de groei van de economie. Met één belangrijke uitzondering: sinds 2012 zien we deze quote stabiliseren door substantiële onderschrijdingen in delen van de curatieve zorg, met name de geneesmiddelen, thuiszorg, ggz en in mindere mate de eerste lijn. Risicodragendheid blijkt een sterke prikkel om de kosten te beheersen. Structurele onderschrijdingen – afwezig in gebudgetteerde stelsels – vormen daarvoor een sterke indicatie.

Risicodragende verzekeraars drukten dus de kostengroei. Dit vormt echter geen blijvende garantie voor succesvolle kostenbeheersing. Daar zitten, bijvoorbeeld op straffe van wachtlijsten, limieten aan. Ook drukt de beheersing door de verzekeraars in de praktijk voornamelijk het volume van zorg, met uitzondering van de geneesmiddelen waar prijzen zijn afgenomen door aanbesteding. Zolang dit aantoonbaar ongepaste of ineffektieve zorg betreft, zullen de effecten op de kwaliteit van zorg beperkt zijn. Echter, in een vergrijzende samenleving kan uiteindelijk niet steeds minder zorg worden geleverd.

Zolang structureel gevoerd kostenbeheersingsbeleid in staat is om de reële groei van de zorguitgaven in een gezonde verhouding met de economische groei te brengen, kan met enige zekerheid worden gezegd dat dit beleid succesvol is. De onderliggende vraag is of dit ook in balans blijft met de stijgende zorgvraag. Daarvoor moet de zorg steeds doelmatiger worden geleverd, dicht bij de patiënt en voor een gunstige prijs. Dat gaat alleen lukken als de arbeidsproductiviteit in de zorg sterk wordt opgevoerd. De trage opschaling van (sociale) innovaties en de hoge administratieve lastendruk zijn daarvoor belangrijke belemmeringen.



1. Inleiding

Door vergrijzing in combinatie met groeiende co-morbiditeit en chronische ziekten neemt de druk op zorg toe met financiële- en personele problemen als gevolg. Het Integraal Zorg Akkoord, IZA, van september 2022, afgesloten tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de meeste maatschappelijke organisaties in de zorg heeft twee doelstellingen: het waarborgen van de toegankelijkheid tot zorg en deze betaalbaar te houden.¹ Door middel van transitie naar en invoering van *passende zorg*, ofwel gepast gebruik en passende organisatie van zorg, zou dit doel moeten worden bereikt. Voor de langdurige zorg (WOZO), de arbeidsmarkt (TAZ) en de volksgezondheid (GALA) gelden gelijksoortige trajecten. Of deze akkoorden tot effectieve beheersing van de zorgkosten leiden, moet worden afgewacht. Eerder is gebleken dat bij sommige convenanten effectief kostenbeheersingsbeleid mogelijk was, en bij andere niet. De specifieke context speelt daarbij een grote rol.² Een historisch-institutionele analyse biedt zicht op het belang van deze context en de complementariteit daarvan met traditionele instrumenten van kostenbeheersing: budgettering, volumebeheersing, tariefbeheersing en overleg. Met deze analyse willen we op basis van het verleden, duurzame lessen trekken voor een effectief beleid van kostenbeheersing.

Onze analyse begint meer dan vijfenvijftig jaar geleden. In 1966 werd door de ministeries van Financiën en Volksgezondheid geconstateerd: *gelet op de beperkte mogelijkheden en de noodzakelijkheid van een evenwichtig overheidsbeleid in het algemeen en op het gebied van de volksgezondheid in het bijzonder is een prioriteitenafweging noodzakelijk.*³ In 1973 omschreef staatssecretaris Hendriks kostenbeheersingsbeleid als *het vaststellen van maatregelen tot matiging van de groei van de kosten van de gezondheidszorg.*⁴ Volgens Hendriks zou het overigens onmogelijk zijn om de kostengroei tot nul terug te brengen en daar kreeg hij gelijk in.⁵

De kwaliteit van kostenbeheersingsbeleid kan vanuit het langetermijnperspectief worden beoordeeld door middel van een historisch-institutionele benadering: een analytische beschrijving van de kostenbeheersing in de periode 1966-2020: de effectiviteit van dit beleid in zijn institutionele context.⁶ We starten met een korte beschrijving van deze methode (paragraaf 3). Paragraaf 4 beschrijft hoe de overheid lange tijd probeerde om de hele zorg in een planningskader onder te brengen. Dit mislukte uiteindelijk, maar als onderdeel daarvan ontwikkelde men een uitgebreid instrumentarium om de kosten te beheersen (paragraaf 5). Paragraaf 6 behandelt de eerste poging om tot een meer marktgericht stelsel te komen en de transactiekosten die daarmee gemoeid waren. Paragraaf 7 bespreekt vervolgens de meest stringente beheersingsmaatregelen die de zorg tot nu toe te verwerken kreeg, die van het eerste Paarse Kabinet (1994 – 1998). Paragraaf 8 maakt duidelijk dat dit mislukte omdat de negatieve effecten daarvan (wachlijsten) uiteindelijk op hun maatschappelijke grenzen zijn gestuit. De paragrafen 9 tot en met 12 bespreken vervolgens hoe de komst van gereguleerde marktwerking tot nieuwe modellen van kostenbeheersing hebben geleid. Paragraaf 13 bespreekt hoe aan de kostenbeheersing ook vaak convenanten en afspraken worden gekoppeld. Dit kan de werking van beide instrumenten versterken. De kostenbeheersing van de langdurige zorg komt in paragraaf 14 aan de orde. Paragraaf 15 sluit af met de belangrijkste conclusies.

2. Historisch-institutionalisme als methode

De kwaliteit van kostenbeheersingsbeleid kan vanuit het langetermijnperspectief worden beoordeeld door middel van een historisch-institutionele benadering: het verhaal van de ontwikkeling



van financiering en structurering van het zorgbestel in de periode 1966-2020, waarbij de effectiviteit van dit beleid in zijn maatschappelijke, economische en politieke context de rode draad is. De onzekerheid en onduidelijkheid voor de duiding van het kostenbeheersingsbeleid is volgens de Engels-Australische bestuurskundige Kay te ondervangen door het narratief van dit beleid op te bouwen in te volgen stappen.⁷ *The thick historical description, the emphasis on conjunctural contingencies and strategic agency are the core elements of a narrative: this is what needs to be made sense.*

Het kostenbeheersingsbeleid staat lange tijd in het teken van de groeiende beslissingsmacht van de overheid voor planning, budgettering, volume- en tarievenbeleid. Geleidelijk komt de sturing door gereguleerde marktwerking steeds meer op de voorgrond. Dit betekende in de praktijk voortdurende verschuivingen in de relatie tussen de overheid, verzekeraars en zorgaanbieders. Dit ging ook na de totstandkoming van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en de regeling van de kapitaal-lastenproblematiek in de periode 2006-2016 voor de cure en de care door tot de gebeurtenissen van de Covid-epidemie in 2020. Zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders in de cure en de care zouden als veldpartijen onder toezicht van de Nederlandse Zorgautoriteit moeten onderhandelen over tarieven, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Deze verhoudingen werden vanaf 1998 onderling gereguleerd door meerjarenafspraken en convenanten of bestuurlijke akkoorden tussen veldpartijen, brancheorganisaties en VWS.

3. Overheidsregulering

In de periode 1961-1965 werden de sterk stijgende zorgkosten voor het eerst als een groot probleem gezien: groeiende vraag naar zorg, stijgende medisch-technologische kosten en 'exploderende' loonkosten.⁸ De bouwproductie was van 1965 tot 1967 gestegen van f 170 tot f 245 miljoen. Door de komst van de AWBZ (1968) zou de bouwexpansie verder toenemen. In reactie hierop werd regelgeving ontwikkeld om de zorg beter te reguleren. In 1965 was de Wet Ziekenhuistarieven (WZT) van kracht geworden met het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ) waarmee de prijzen voor zorg werden gereguleerd. In 1971 volgde de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV): uitbreiding van intramurale capaciteit werd afhankelijk van een vergunningstelsel, getoetst aan regionale en landelijke behoeften.

De overheid had hiermee voor de eerste keer instrumenten in handen voor beleid, gericht op samenhangende beheersing van volume en kosten van intramurale zorg. Dit zou moeten worden uitgebreid tot een planningssysteem voor de hele zorg. Dit systeem moest worden afgestemd op de feitelijke behoefte aan zorg in de regio: *Wil de gezondheidszorg adequaat functioneren, dan dienen intra- en extramurale voorzieningen op zeer nauwe wijze samen te werken, waartoe duidelijk omschreven functie-omschrijvingen en samenwerkingsregelingen onontbeerlijk worden geacht.*⁹ Dit zou moeten resulteren in een Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG).¹⁰ Hierbij zouden organisatie, volume- en tarieven op regionale basis en met reorganisatie van de verzekering van zorg¹¹ in een kaderwet worden samengevoegd. Het onderbrengen van alle zorg in een beleidscircuit zou het sturen van geldstromen en mogelijkheden tot kostenbeheersing moeten vergroten.

Intra- en extramurale zorg zouden aan een vergunningenstelsel worden onderworpen waarbij 13.000 tandartsen, huisartsen, specialisten en talloze andere zorgverleners een erkenning moesten krijgen. Dit leverde de nodige onrust op, vooral bij de ±5000 huisartsen. Na 11 jaar van advisering,



debatten en politieke stemmingen werd de WVG op 7 september 1982 door de Eerste Kamer aangevaard.¹² De wettelijke grondslag voor het kader van planning, structurering, tarifiering en financiering leek gelegd.

Het liep anders. De ambities waren te hoog en de complexiteit bleek te groot. Net als nu ontstond er veel discussie over de meest geschikte regio-indeling.¹³ En ondanks dat de WVG in de toegang tot financiering voorzag, bevatte zij zelf geen financieringsparagraaf. Het ontbreken van financiële kaders vormde een implementatierisico en was bepalend voor het draagvlak. Door zware bezuinigingen die het kabinet Lubbers-I (1982-1986) doorvoerde nam de bereidheid van gemeenten en provincies om als WVG-uitvoerders te fungeren af. Staatssecretaris van der Reijden vond het vervolgens in 1984 geen probleem de invoering van de WVG te vertragen: *planning zonder dat men weet hoeveel geld men ter beschikking heeft* had geen zin.¹⁴ De politieke weerstand tegen de complexiteit van de uitvoering en de onduidelijkheid en bevoegdheden bij de regiovorming groeide. In 1986 was de stemming over de WVG sterk negatief. De aansluiting tussen planning en financiering was het heetste hangijzer. De WVG was vastgelopen en werd uiteindelijk in 1996 na een *slapend karakter* ingetrokken. Het beleidsparadigma van overheidsregulering was ter ziele door een combinatie van onduidelijkheid van doelen en verregaande detaillering en integratie. Dit verhulde echte problemen, zoals inhoudelijke beheersing van ziekenhuiszorg in combinatie met planning en spreiding van topzorg en andere centrumvoorzieningen als wijkgezondheidscentra.¹⁵ In plaats van die zorg te plannen die echt gepland moest worden, wilde men bijna alles plannen en dat bleek onmogelijk.

4. Het begin van de kostenbeheersing

Terwijl de voorbereidingen van de WVG zich voortsleepten, kwam er wel beleid om de kosten te beheersen: verbetering van inzichten in de financiering en kosten van zorg, regulering van tarieven gevolgd door budgettering van intramurale zorg, een kader voor de bouw van intramurale instellingen en vermindering van het aantal bedden.

De economische crisis dwong vanaf 1973 tot kostenbeheersingsbeleid. Het kabinet Van Agt-I (1977-1981) ging in *Bestek '81'* op papier uit van stevige bezuinigingen. Hoofdpunten waren terugdringen van de werkloosheid, beperking van het financieringstekort, verlaging van inflatie en stabilisatie van de collectieve lasten.¹⁶ Er moest f 10 miljard worden bezuinigd, waarvan f 6,5 miljard bij de sociale zekerheid, de ambtenarensalarissen en de gezondheidszorg. De collectieve zorg bedroeg in 1978 7% en de totale zorg 10,3% van het bbp.¹⁷ De totale uitgaven aan zorg bedroegen f 14,652 miljard.¹⁸ Ombuigingen in de zorg zouden echter negatieve gevolgen kunnen hebben voor de wankel werkgelegenheid en dat werd onderkend: *een zekere nuancering van het stringente tarievenbeleid werd aanvaardbaar geacht [door het ministerie van Financiën] om knelpunten bij bepaalde personeelscategorieën op te heffen*.¹⁹ Ombuigingen in de zorg moesten f 2 miljard opbrengen.

Het Financieel Overzicht Gezondheidszorg (FOG) uit 1977 maakte een papieren invulling mogelijk, doordat voor de eerste maal een systematisch overzicht van de kosten van zorg met meerjarenraming was opgesteld. Vanaf 1974 groeide de politieke behoefte aan macrocijfers voor de zorg.²⁰ Het FOG²¹ bleef onder verschillende benamingen bestaan tot 2003. Daarna werden begroting en jaarverslag van VWS als bronnen voor macrocijfers beschouwd. Er kwamen nu kostenoverzichten met kwantificering van de effecten van beleid en van voorgenomen beleidswijzigingen. In 1983 volgde de status van het FOG als taakstellende budgettaire richtlijn.²² De data, verzameld met behulp van vele organisaties, werden op het ministerie beoordeeld en afgestemd in *rekengroepen*.



De overzichten waren een spiegel van zowel de stand van de zorg als van de problemen voor politiek, beleid en het veld. Hierbij schuurde altijd dat de kosten werden gefinancierd uit collectieve middelen, terwijl het aanbod door private instellingen en beoefenaars werd geleverd. De kostenbeheersing was daardoor complex en beleidsmaatregelen van de overheid werden lang niet altijd uitgevoerd door private actoren. Gereguleerde marktwerking, het vanaf 1987 in ontwikkeling zijnde nieuwe beleidsparadigma, zou dit door een nieuwe balans tussen overheid, verzekering, aanbod en vraag naar zorg moeten verbeteren.

4.1 Kostenbeheersing door budgettering

Van oudsher waren verpleegdagen en verrichtingen de belangrijkste financiële parameters om zorg te bekostigen. In het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) moesten vertegenwoordigers van ziekenfondsen, particuliere verzekeraars, ziekenhuizen en andere instellingen in *Kamers* onderhandelen over de hoogte van deze tarieven. Deze werden door het COTG-bestuur vervolgens als richtlijnen vastgesteld.²³ Bekostiging van verpleegdagen en verrichtingen bevatten een sterke volume prikkel om meer zorg te leveren. Om deze prikkel te verminderen en de kosten beter te beheersen werden in de jaren tachtig de richtlijnen omgevormd tot budgetten. De eerste *richtlijn voor aanvaardbare kosten* werd in 1983 uitgevaardigd.²⁴

Budgettering werd beschouwd als middel voor substitutie. Instellingen kregen nu de vrijheid om binnen hun budget te schuiven, bijvoorbeeld door dure intramurale zorg om te vormen naar poliklinische hulp en dagverpleging. Budgetten introduceerden een materieel financieel risico voor de zorginstellingen (voordien werden alle kosten in de tarieven verrekend). Nu moest men de tering steeds meer naar de nering zetten. Eventuele problemen door de nieuwe budgettering moesten in gezamenlijkheid worden opgelost. Het advies van de Commissie Bredero werd hiervoor de leidraad: een model dat onderscheid maakte tussen capaciteits- en productiegebonden kosten. Instellingen mochten overschotten houden, terwijl ze tekorten zelf moesten oplossen.

De eerste richtlijn volgens de *systematiek-Bredero* werd afgegeven op 11 januari 1984.²⁵ De verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen en inrichtingen voor geestelijk gehandicapten werden gebudgetteerd conform deze methodiek, de ziekenhuizen volgden vanaf 1985. Het FOG gaf financiële kaders voor de intramurale zorg volgens de richtlijnen van het COTG. De gemiddelde groei van de sector bleef beperkt tot 2% (1986).²⁶ De taakstelling van het kabinet, 2% krimp, werd echter niet gehaald. In 1988 werd voor de ziekenhuizen overgegaan op *functiegerichte budgettering*. Deze werd ingericht met specifieke budgettaire parameters, aan de hand van²⁷:

- De beschikbaarheidscomponent, feitelijk een vorm van populatiebekostiging, gebaseerd op de populatie van het verzorgingsgebied
- De capaciteit, gebaseerd op het aantal erkende bedden en specialistenplaatsen
- Specifieke locatie-gebonden kosten zoals goedgekeurde kapitaallasten
- Productie-gebonden componenten, gebaseerd op afspraken over opnames, verpleegdagen, eerste polikliniekbezoeken, en bijzondere voorzieningen als hemodialyse

Het budget was taakstellend en mocht niet worden overschreden. De erkende specialistenplaatsen creëerden de meeste discussie. De financiële belangen bij de uitbreiding hiervan waren groot. Het niet invullen van erkende specialistenplaatsen en herschikken tussen hoger en lager gewaardeerde specialistenfuncties waren beproefde middelen om meer vrije ruimte binnen het budget te



krijgen.²⁸ Het bleek echter niet haalbaar om vrijgevestigde medisch specialisten te integreren met de functiegerichte bekostiging in een integraal budget.

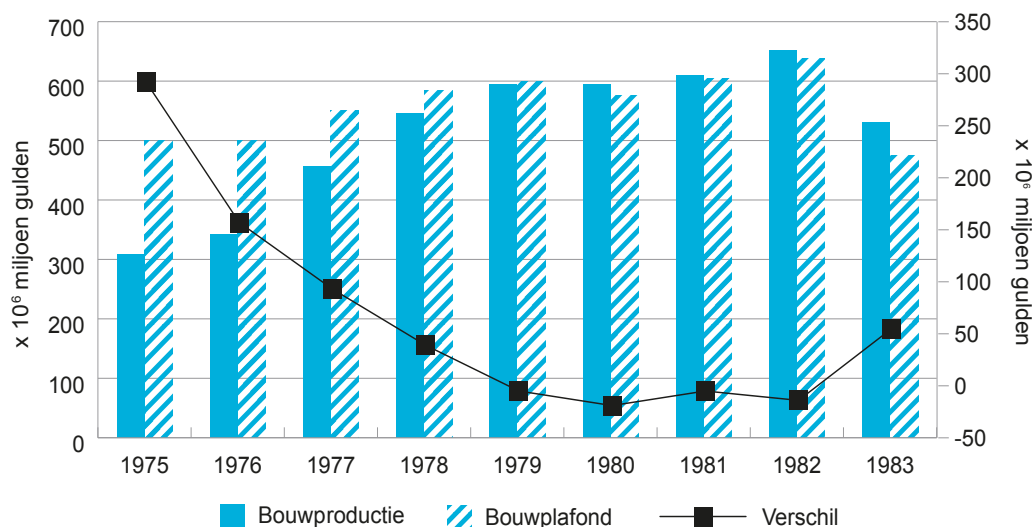
De functiegerichte budgettering dempte weliswaar het tempo van de uitgavenstijgingen, maar jaarlijkse overschrijdingen waren nog steeds de norm. De functiegerichte budgettering droeg verder bij aan verbetering van ziekenhuisadministraties. En lokaal budgetoverleg tussen verzekeraars en ziekenhuisdirecties verbeterde de onderlinge relaties en bood voorbereiding op meer actieve inkoop. Daar waar ziekenhuizen door budgettering geprikkeld werden om hun volume af te remmen, bleven de vrijgevestigde medisch-specialisten een sterke productieprikkel houden. Dit leidde tot een complex spel waarbij ziekenhuizen veelal gedwongen werden om ook de kosten per behandeling te beperken, terwijl de specialisten te maken kregen met ex post tariefkortingen bij overschrijding van het budget. Deze tegenstelling in de bekostigingsprikkel tussen ziekenhuizen (budget) en specialisten (volume), zou uiteindelijk pas in 1995 met een lumpsum financiering voor de specialisten meer met elkaar in lijn worden gebracht.

4.2 Kostenbeheersing door bouwplafonds

De intramurale zorg bestond in 1989 uit 733 instellingen met 161.063 bedden: ziekenhuizen, verpleeghuizen, psychiatrische instellingen en inrichtingen voor zwakzinnigen.²⁹ De exploitatiekosten bedroegen f 20,1 miljard; de investeringen beliepen 1,6 miljard. Naast budgettering was beheersing van het bouw- en beddenvolume het belangrijkste middel tot beheersing van de kosten van intramurale zorg.

Het bouwplafond was in 1975 ingevoerd.³⁰ In 1976 was er voor f 7,5 miljard aan projecten bij het ministerie van volksgezondheid in behandeling, terwijl een jaarlijks maximum van circa f 500 miljoen werd ingesteld (figuur 1). Hierdoor was in 1983 een stuwmeer van 900 bouwprojecten ontstaan, waarvoor goedkeuringsverklaringen waren afgegeven, maar die niet konden worden uitgevoerd.³¹ De noodzaak tot zware bezuinigingen waren in 1983 voor redenen voor een verguningsstop en verlaging van het bouwplafond.

Figuur 1. *Bouwproductie en bouwplafond 1975-1983 (Companje et al., I, 91)*





In 1984 kreeg het bouwplafond een nominale- (vervanging van bestaande bouw) en een volumecomponent (uitbreiding infrastructuur). In theorie bood dit meer ruimte voor nieuwe voorzieningen. Desondanks bleven er problemen met achterstanden, vooral bij verpleeghuizen. Bovendien ontstonden er variaties tussen regionale behoeftes en het kwalitatief op peil houden van gebouwen. De instelling van een exploitatieplafond in 1990 om investeringen te koppelen aan gebouwgebonden exploitatie zodat er doelmatiger zou worden geïnvesteerd, bleek ook weerbarstig door late besluitvorming, vertragingen en hoge exploitatiekosten in de beginjaren.³² De investeringskosten stegen van f 1272 miljoen in 1990 tot f 2430 miljoen in 1995. Efficiënte budgettaire regulering met bouwplafonds bleek een moeizame praktijk. De kern van deze problematiek was dat zorgaanbieders geen tot weinig risico liepen over hun investeringen. Dit leidde tot erg veel aanvragen met een hoog niveau van afwerking. De bouwplafonds zorgden in de praktijk voor lange procedures voor bouwvergunningen met veel onvrede tot gevolg. Periodiek werden de beschikbare opgehoogd om hieraan tegemoet te komen. Het gevolg was dat de investeringsquote van de Nederlandse zorg medio 2000 – 2010 tot de hoogste in Europa behoorde. In die zin kon er dan ook niet van een succesvolle beheersing gesproken worden.

4.3 Kostenbeheersing door beddenreductie

Reductie van bedden werd vanaf 1974 een instrument voor kostenbeheersing. In 1974 waren er 13,5 miljoen Nederlanders en 97.191 ziekenhuisbedden, meer dan 7 bedden per 1000 inwoners.³³ Het terugbrengen van het aantal ziekenhuisbedden tot 4 op 1000 inwoners in 1980 moest worden bereikt door sluiting van afdelingen, fusies en aanpassingen in het bouwplafond. Deze sanering moest samengaan met de ontwikkeling van extramurale voorzieningen als wijkgezondheidscentra. Het aantal bedden in de psychiatrische-, algemene- en categorale ziekenhuizen liep slechts langzaam terug: van 97.191 in 1974 tot 91.438 in 1979.

Dat gold niet voor de gemiddelde verpleegduur. Deze was in tien jaar tijd gedaald van 16,4 tot 13,4 dagen in 1980. Deze trend bleef zich mede door de technologische vooruitgang continueren en dit had uiteindelijk een veel grotere impact op zowel de kostenontwikkeling als de infrastructuur dan de beddenreductie die hier in de praktijk op achterliep. De procedures voor de planningsadviezen waren moeizaam en verzandde vanaf eind jaren tachtig steeds meer. Tijdens Kamerdiscussies (1987-1988) werd het beschouwd als een voorbeeld van onduidelijke cijfers en van falend kostenbeleid. De beddenreductie werd in 1992 op een laag pitje gezet: *vernieuwing en modernisering van de zorg enerzijds en een geleidelijke daling van de capaciteitsoverschotten [...] worden als aparte processen beschouwd die zich in verschillend tempo voltrekken*. De beddenreductie werd op 31 december 1995 afgeschaft: het instrument liep in de praktijk meer achter de ontwikkelingen aan, in plaats van dat men deze actief stuurde waardoor ook deze vorm van beheersing weinig succesvol was.

4.4 Eigen betalingen en eigen bijdrageregelingen

Minister Veldkamp twijfelde in 1966 aan het nut van eigen betalingen. Zij zouden kunnen bijdragen aan beheersing van de vraag en van de collectieve middelen, maar door verkeerde politieke keuzes kon het gevaar van medische onderconsumptie dreigen.³⁴ In Bestek '81, het akkoord van het kabinet Van Agt-I uit 1978, werden voorstellen gedaan voor hoge eigen bijdragen voor de AWBZ en curatieve zorg, maar deze werden door de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen



als onacceptabel beschouwd: schadelijk voor de gezondheid, administratief te complex en niet in verhouding staande tot het inkomen van de ziekenfondsverzekerden.³⁵ CDA-Kamerlid Lubbers, de latere premier, achtte deze voorstellen voor eigen bijdragen ook in strijd met het beleid om de eerste lijn te versterken.

Voorstellen van staatssecretaris Veder-Smit zoals *f* 30 eigen bijdrage per dag bij bevalling in een ziekenhuis op medische indicatie, een eigen risico van *f* 100 per jaar voor zittend ziekenvervoer, beperking van het recht op fysiotherapie tot 12 gecombineerde behandelingen per jaar en forse eigen betalingen voor cosmetische chirurgie werden in 1979 voor de ziekenfondsverzekering wel ingevoerd.³⁶ De opbrengsten van deze eigen bijdragen en betalingen in de periode 1980-1986 waren volgens de Algemene Rekenkamer echter nauwelijks te berekenen.³⁷ Het effect van eigen bijdrages als kostenbeheersingsinstrument was niet te bepalen. Volgens de Rekenkamer liepen de meningen van de voor- en tegenstanders te veel uiteen om iets zinnigs over de effectiviteit te kunnen zeggen.

Het budgettaire effect van eigen bijdragen of betalingen kon bovendien worden verstoord door andere maatregelen. De *receptenknaak*, *f* 2,50 per receptregel, zorgde bij de invoering in november 1982 voor een hamstereffect.³⁸ Vanaf februari 1983 bleek er weliswaar een remmend effect op de receptafleveringen aan ziekenfondsverzekerden te zijn, maar het aantal afleveringen per recept nam toe met 7% per jaar.³⁹ En niet meer vergoede geneesmiddelen werden vervangen door duurere en nieuwere preparaten, ofwel afwentelingsgedrag, met een extra kostenstijging als gevolg: in 1984-1985 met 8,3%.⁴⁰

De receptenknaak werd in 1988 aangevuld met het *specialistengeeltje*, een eigen bijdrage voor ziekenfondsverzekerden van *f* 25 per specialistenconsult. Dit had volgens het Financieel Overzicht Gezondheidszorg van 1990 gezorgd voor een opbrengst van *f* 175 miljoen, maar de publieke en politieke commotie was er niet minder om.⁴¹ In 1990 werden beide regelingen afgeschaft. De FOG's namen vanaf 1985 steeds meer bedragen op voor eigen bijdragen of betalingen voor AWBZ en curatieve zorg, maar daaruit bleek niet of de vraag naar deze zorg werd geremd. Het bleek ook niet wat uiteindelijk de beheerskosten waren voor de inning van eigen bijdragen door de ziekenfondsen, het Centraal Administratiekantoor of de instellingen zelf waren.⁴² In deze periode is over de effectiviteit van eigen bijdragen of betalingen niet te oordelen.

5. Transitiekosten: de eerste poging om met gereguleerde marktwerking in de curatieve zorg de kosten te beheersen mislukt, 1986-1992

Vanaf 1986 werd gedebatteerd over hoe het nieuwe paradigma van gereguleerde marktwerking in de curatieve zorg vorm zou moeten krijgen. De kern was een herschikking van verantwoordelijkheden. De overheid zou niet langer volume, kwaliteit en prijs van zorg opleggen. Verzekeraars en zorgaanbieders moesten hierover met elkaar onderhandelen, waardoor zij de facto en de jure verantwoordelijk zouden zijn voor de kostenontwikkeling. Het werd een decennia durend leerproces.

Premier Lubbers vond het wenselijk om uit oogpunt van kostenbeheersing en bestuurlijke houdbaarheid de zorg op basis van gereguleerde marktwerking te reorganiseren. Op zijn verzoek schreef een commissie onder voorzitterschap van Wisse Dekker in 1987 het rapport *Bereidheid tot verandering*, het ideologisch document voor een grote stelselwijziging.⁴³ Het werd ook gepresenteerd als handleiding voor nieuwe vormen van kostenbeheersing middels actieve zorginkoop. De stelselwijziging mislukte in 1992 door het vastlopen van het Plan Simons; de invulling van de



stelselwijziging in de periode 1989-1994. Door problemen met het inkomensbeleid, het afbrokkelen van politiek en maatschappelijk draagvlak en het voortdurend gehannes met de collectieve lastendruk besloot men te stoppen.⁴⁴ De kosten voor het terugdraaien van de genomen maatregelen zijn geschat op f 4,5 miljard.⁴⁵ Geen grote stelselwijziging zonder transitiekosten, ook niet als deze mislukt.

Toch waren er ook onomkeerbare stappen genomen. In 1989 werd een gedeeltelijke nominale premie in de ziekenfondsverzekering ingevoerd.⁴⁶ Dit zou het mogelijk moeten maken om beperkt risicodragende ziekenfondsen op premie te laten concurreren. In 1991 werd voor hen risicoverevening ingevoerd met in eerste instantie nog 100% nacalculatie.⁴⁷ Ziekenfondsen en particuliere verzekeraars begonnen te fuseren en dit leidde tot geleidelijke convergentie tussen de beide verzekeraarstypen. In november 1991 werden de vastgestelde regionale werkgebieden van ziekenfondsen losgelaten, waardoor men landelijk kon concurreren.⁴⁸ Op 1 januari 1992 werd de contracteerplicht voor ziekenfondsen opgeheven en de mogelijkheid geboden lagere tarieven te vergoeden. Het zou nog jaren duren voordat dit enigszins gangbaar werd.⁴⁹ Zo ontstonden, naast het bestaande instrumentarium, nu in theorie ook nieuwe mogelijkheden voor kostenbeheersing. Het bestaande instrumentarium werd echter niet losgelaten voor de nieuwe instrumenten functioneerden.

6. Kok-I 1994-1998: volumegroei maximaal 1,3% en Zuinig met Zorg

Kostenbeheersing in de zorg kreeg sterke impulsen in het kabinet Kok-I. De partijen, VVD, PvdA en D66, hadden in het Regeerakkoord van 1994 voor de kabinetsperiode 1994-1998 een kader vastgesteld van 1,3% volumeontwikkeling.⁵⁰ Velen twijfelden al meteen aan de haalbaarheid en het kader werd ook voortdurend overschreden. De Taskforce Volumebeheersing en Kostenbeheersing presenteerde in februari 1995 in het rapport *Zuinig met zorg* voorstellen voor beheerste kostengroei.⁵¹

De voorstellen betroffen onder andere:

- Verbetering indicatiestelling AWBZ door onafhankelijke indicatieorganen
- Samenvoeging bestaande subsidieregelingen tot zorgvernieuwingsfondsen voor de GGZ, de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg
- Invoering persoonsgebonden budgetten, de PGB-regeling, met als doel *verschuiving van overheidsgestuurde planning naar regulering van de markt*
- Verbetering ziekenfondsbudgettering met parameters zoals regio en arbeidsongeschiktheid om de nacalculatie te kunnen verlagen
- Invoering waarborgfonds investeringen met achtervangfunctie van de overheid. Zo konden de voorzieningen voor kapitaallasten uit de begroting worden geschrapt. In 1999 werd het Waarborgfonds voor de Zorgsector (Wfz) opgericht.

Volgens de Taskforce zou navolging van haar voorstellen f 1780 miljoen moeten opbrengen en daardoor kon de 1,3% groeionorm intact blijven, maar dat bleek teveel gevraagd.⁵² De norm werd voortdurend overschreden.



6.1 Pakketverkleining door overheveling van fysiotherapie en tandheelkunde

Een van de belangrijkste middelen om in 1995 de beperkte 1,3% volumegroei te realiseren was verkleining van het pakket van de verplichte ziekenfondsverzekering. Tandheelkundige zorg voor volwassenen en fysiotherapie werden in 1995 en 1996 van de collectieve lasten naar de private sector overgeheveld.⁵³ Beide verstrekkingen moesten in het vervolg zelf worden betaald, of werden (gedeeltelijk) vergoed uit de aanvullende verzekeringen van zorgverzekeraars. Aanvankelijk bleek deze pakketuitdunning nauwelijks van invloed op het zorgvolume.⁵⁴ In de loop der jaren lijkt dit te veranderen en de kwaliteit van de Nederlandse gebitten ging er niet op vooruit. Het CBS concludeerde in 2016 dat hoe hoger het inkomen, hoe meer mensen naar de tandarts of de mondhygiënist gingen. Van de Nederlanders uit de laagste twee inkomensklassen was in 2015 slechts 70% naar de tandarts of mondhygiënist geweest.⁵⁵ Dit liep op tot 90% in de hoogste inkomensklasse. De sociale ongelijkheid in de mondgezondheid van 50-plussers bleek in Nederland groter dan in andere Europese landen.⁵⁶ In 2022 was bijna 10% van de bevolking in twee jaar niet meer bij een tandarts geweest, terwijl 1,5 miljoen mensen om kostenredenen met het bezoek aan de tandarts waren gestopt.⁵⁷ Het productiviteitsverlies door tandziektes werd in 2018 op meer dan € 3 miljard geschat.⁵⁸ Ondanks deze cijferingen bleef opname van tandheelkunde in het basispakket een *no go area*. De Tweede Kamer wees een motie van SP-Kamerlid Henk van Gerven hiertoe op 3 december 2020 af.⁵⁹

De overheveling van fysiotherapie had ook verstrekkingen gevolgen. Chronisch zieken verloren hun recht op fysio- en oefentherapie, terwijl deze ook beperkt werden vergoed door aanvullende en particuliere ziektekostenverzekeringen. De *lijst-Borst* bood ruimere of voortdurende verstrekking voor aandoeningen, vanaf 2006 uit de Zvw, en deze lijst werd regelmatig uitgebreid.⁶⁰ In 2023 vermeldde de *Patiëntenmonitor fysio- en oefentherapie* van de Patiëntenfederatie dat bij 72% van de ondervraagden dat behandelingen volledig via de zorgverzekering werd vergoed en bij 17% was er sprake van gedeeltelijke vergoeding.⁶¹

Beide pakketverkleiningen bleken gevolgen te hebben voor zorggebruik en gezondheid, waarbij betaalbaarheid en sociaal-economische status belangrijke factoren waren. De verzekeraarbaarheid bij fysiotherapie was groter dan bij tandheelkundige zorg, maar in beide gevallen hadden de overheveling uit de collectieve sector ook nadelige consequenties. En daar waar het huishoudboekje van de staat werd ontlast, kwam die er bij de burger veelal weer net zo hard bij. De collectieve zorgkosten werden ontlast, maar dit gold niet voor de totale zorgkosten.

6.2 Het Budgettair Kader Zorg (BKZ)

Sinds de recessie van de jaren zeventig en tachtig bestond, in combinatie met de richtlijnen volgens het Verdrag van Maastricht uit 1993, behoefte aan een op de lange termijn gericht stabiel en *trendmatig* begrotingsbeleid. Vanaf 1982 was er wel voortgang geboekt met de vermindering van het financieringsstekort en verbetering van de beheersbaarheid van de collectieve financiën, maar dit proces was onvoldoende gevorderd om aan de normen van de Europese Monetaire Unie te voldoen.⁶²

Sinds 1961 werd het begrotingsbeleid *structureel* gevoerd. De omvang van het structurele begrotingstekort werd afgestemd op het structurele spaarsaldo van de particuliere sector, waarbij rekening werd gehouden met overdrachten aan het buitenland in het kader van ontwikkelingshulp.



Jaarlijkse conjuncturele afwijkingen van deze norm waren toegestaan. Deze wijze van begroten werkte echter niet goed in recessies wanneer het begrotingstekort rigoureuus moest worden teruggedrongen. De collectieve uitgaven stegen van 49% in 1970 naar 66,6% van het Netto Nationaal Inkomen in 1992.

Er bestond behoefte aan een lange termijn stabiel en *trendmatig* begrotingsbeleid. Vanaf 1982 was er wel voortgang geboekt met de vermindering van het financieringstekort en verbetering van de beheersbaarheid van de collectieve financiën, maar dit proces was in 1994 onvoldoende gevorderd om aan de normen van de Europese Monetaire Unie te voldoen.⁶³ Bovendien waren de sociale verzekeringen lange tijd minder strikt gebudgetteerd dan de belastinggefinancierde uitgaven doordat zij eigen fondsen beheerden waarvoor ook veelal dekkende premies dienden te worden vastgesteld. Hierdoor was het aantrekkelijk om uitgaven te verschuiven van de overheid in enge zin naar met name de AWBZ. Tot medio jaren negentig zijn mede hierom uitgavenposten verschoven naar de premiegefinancierde zorgsector, zoals de riagg-en, de thuiszorg en de verzorgingshuizen.

Dit alles veranderde in 1994. Er zou nu een budgettaire norm worden vastgesteld voor de reële ontwikkeling van de totale collectieve uitgaven. Deze norm zou worden toegepast op de rijksbegroting en ook op de sociale fondsen, dus ook voor de zorg. Minister van Financiën Zalm (1994-2002) wilde het tekort volgens EU-normen terugbrengen tot 3% van het bruto binnenlands product. De Zalmnorm betekende voor de zorg dat de financiële ruimte werd vastgesteld door het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Zalm hoopte met het BKZ *frequente bijstellingen in het begrotingsbeleid met ingrijpende besparingsmaatregelen te voorkomen*.⁶⁴

Het BKZ betekende dat de zorg voor vier jaar werd begroot met een scheiding tussen de inkomsten/premies en de uitgaven. Aan de inkomstenkant hanteerde men voorzichtige uitgangspunten voor wat betreft de economische groei waardoor de noodzaak tot tussentijdse aanpassingen beperkt was. Bij overschrijdingen van het uitgavenkader moest de betreffende minister maatregelen treffen om binnen het kader te blijven. Dit laatste mislukte in de zorg van jaar op jaar. Het BKZ werd tot 2012 min of meer elk jaar veelal ruim overschreden.⁶⁵ Deze overschrijdingen werden veelal gecompenseerd uit overschotten op de sociale zekerheid, een gevolg van de meevallende economische groei. De overschrijdingen op het zorgbudget namen in 2002 explosief toe. En alleen in grote lijnen kon in 2003 worden gereconstrueerd hoe vanaf 1998 € 15,6 miljard intensiveringen voor het terugdringen van wachtlijsten in de zorg precies was uitgegeven. De vele overschrijdingen duiden, naar de mening van de veldpartijen, op het te laag stellen van het normenkader. Het belangrijkste doel van het BKZ was het aangeven en handhaven van de budgettaire kaders, maar dit bleek tot 2012 niet mogelijk.

7. Wachtlijstproblematiek en financiële onbeheersbaarheid

Beperkte wachtlijsten werden lange tijd beschouwd als legitiem voor kostenbeheersing en efficiënte verdeling van schaarse zorg.⁶⁶ Met het verder toenemen van de wachtlijsten kwam daar echter verandering in. Vanaf 1991-1992 spelen wachtlijsten een steeds grotere rol in het politiek en maatschappelijk debat. Zij gaven echter geen beeld van de reële behoefte aan zorg en waren niet het directe gevolg van het beheersingsbeleid.⁶⁷ *Er was gebrek aan taal en uitgangspunten voor de registratie van wachtlijsten, zelfs binnen een instelling*. Volgens het Nederlands ziekenhuis instituut waren er in 1992 14.000 wachtenden voor verpleeghuiszorg en 136.000 voor gezinszorg. Bij de curatieve zorg waren er vooral wachtlijsten voor minder urgente opnamen.⁶⁸



Het terugdringen van wachtlijsten was politiek van steeds groter belang. In de periode 1990-1993 was hier al f 2,2 miljard extra aan middelen besteed.⁶⁹ De groei van deze budgetten was onvoldoende om de vraag op te vangen. Bovendien waren er veel productieprikkelers afgebouwd door de voortschrijdende budgettering bij de zorginstellingen. In 1995 verdween bovendien de facto een groot deel van de productieprikkelers van de medisch-specialisten (lump sum financiering). Het gevolg: minder productie. In 1999 werd een plan van aanpak voor meer zorg in de verpleging en verzorging gepresenteerd met f 1,3 miljard beschikbaar aan extra middelen. Er werden meerjarenafspraken gemaakt om de problemen op termijn op te lossen en te voorkomen.

Tijdens het kabinet Kok-II (1998-2002) werden inhoud en geld per sector samengebracht tot een pakket doelstellingen en financiële afspraken. Deze budgettaire kaders golden voor de hele kabinetsperiode, waarbij garanties voor het behalen van de taakstellingen werden overeengekomen in overeenkomsten met de veldpartijen.⁷⁰ De bedoeling was om zo meer bestuurlijke rust te creëren. Dit zou overigens niet lukken. Er werd al snel geklaagd over beleidsdrukte, onduidelijke verantwoordings-eisen, de hoeveelheid werk en de ingewikkelde besluitvorming. Bij de evaluatie in 2000 werd toch geconstateerd dat de meerjarenafspraken in het eerste deel van de kabinetsperiode hun waarde hadden bewezen.⁷¹ Veel aanbieders beschouwden de afspraken al na het eerste jaar als inefficiënt en verstarrend.⁷² De veldpartijen in de cure stopten na twee jaar met deelname. Zij stelden dat VWS de afspraken voor ondertekening anders interpreteerde dan erna en volgens hen trad het departement ook te sturend op.

Een van de belangrijkste doelstellingen van de meerjarenafspraken of convenanten was de regeling van de arbeidsproblematiek. In december 1998 werd een Convenant Arbeidsmarkt Zorgsector (CAZ) getekend tussen de sociale partners, en VWS. Onderdeel van dit convenant was de Overheidsbijdrage in de Arbeidskosten (OVA) die nog steeds bestaat. Hierin werd afgesproken dat de zorglonen de markttonen konden volgen maar dat de zorgsector niet, zoals in het verleden, dit deels met productiviteitskortingen moest betalen. De OVA werd ingepast in het vigerende budgettaire kader en dit betekende een extra last voor de ruimte voor volumegroei (circa 0,6% per jaar). Dit zette dus indirect ook druk op de ruimte om de wachtlijsten te verminderen.

Het was allemaal onvoldoende en de overschrijdingen continueerden zich. Het zorgkantoor voor de regio Midden-Nederland werd veroordeeld om ondanks wachtlijsten de geëiste thuiszorg te leveren. Het Hof te Den Haag bevestigde dit vonnis.⁷³ De zorgplicht van verzekeraars als uitvoeringsorganen van de AWBZ stond volgens de rechter los van het benodigde budget. Hiermee werd het recht op zorg in de AWBZ verankerd. Het debat over wachtlijsten bereikte door de rechterlijke oordelen een hoogtepunt. Wachtlijsten toonden aan dat instellingen en verzekeraars al dan niet door eigen schuld onvoldoende zorg konden leveren.⁷⁴ De mogelijke functie van wachtlijsten als kostenbeheersingsinstrument was niet meer aan de orde. Het COTG kwam nu met een beleidsregel voor aanvullende afspraken om meer zorg te kunnen leveren. Dit impliceerde feitelijk een open einde financiering met als enige voorwaarde dat instellingen eerst alle beschikbare capaciteit en eigen financiële middelen gebruiken voor aanvullende productie.⁷⁵ Een deel van de reserves moest ook worden aangesproken.

Het werd een damdoorbraak. Decennia van stringent kostenbeheersingsbeleid waren door de politieke en maatschappelijke druk wegens de wachtlijsten omgezet in een zenuwachtig streven tot productievergroting. Deze werd deels gefinancierd door vervroeging van de voor 2001 en 2002 geplande structurele investeringen.⁷⁶ Verzekeraars en zorgkantoren dienden aan te tonen dat de extra middelen waren omgezet in zorg, het principe van boter-bij-de-vis. Het was op zijn minst



opmerkelijk dat de staatssecretaris benadrukte dat hiermee geen sprake was van openeinde financiering: er werd immers pas na de gecontracteerde levering gefinancierd. De overheid gaf echter in 2002 openlijk toe dat zij niet wist of en hoeveel geld er nog nodig zou zijn om de wachtlijsten maatschappelijk aanvaardbaar te maken. Verzekeraars en het zorgveld ontwikkelden hiervoor zelf normen, de Treeknormen, die door de overheid zijn overgenomen en nog steeds worden gebruikt.

De rem op het budgettaire kader van AWBZ en de Ziekenfondswet werd verder losgegooid, doordat Eduard Bomhoff als minister van VWS in 2002 stelde dat *objectief geïndiceerde zorg moest worden gehonoreerd met feitelijke levering*.⁷⁷ De reële zorgkosten stegen in 2002 met 10%, een na-oorlogsrecord. De wachtlijsten werden weer korter, maar tegelijkertijd bleven er forse overschrijdingen. Het BKZ was in de periode 1994-2002 met 67% gegroeid.⁷⁸

Bij de BKZ-uitgaven werd onderscheid gemaakt tussen volume, reële en nominale uitgaven.⁷⁹ Het volume betrof wijzigingen in de hoeveelheid zorg. Nominaal staat voor de algemene inflatie. Reëel zijn de loon- en prijsstijgingen boven de inflatie. Volumegroei betekende niet automatisch ook meer productie. Volumestijging kon productiestijging veroorzaken, maar ook worden gebruikt voor kwaliteitsverbetering, minder werkdruk of meer overhead. Er was immers veel substitutievrijheid in de sector over hoe dit in te zetten. De vele extra miljarden zeiden daardoor dus beperkt iets over extra productie. Diffuse verantwoordelijkheid voor de kosten werd als reden voor problemen met het uitgavenmanagement gegeven.⁸⁰ Het instrumentarium voor de verdeling van verantwoordelijkheden was blijven steken in het grensgebied van aanbodsturing en gereguleerde marktwerking. Ondertussen liepen de uitgaven snel op. Wat begon als het meest stringente budgetkader ooit voor de zorg was ontaard in een snel groeiende de facto open einde regeling. Minister Hoogervorst (2003-2007) probeerde met convenanten de kosten te temperen. In 2004 overschreden de ziekenhuizen het kader met € 1092,8 miljoen.⁸¹ De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en VWS sloten het *Prestatiecontract 2004-2007*.⁸² De overheid was eindverantwoordelijk voor het uitgavenniveau; bij budgettaire overschrijdingen kon de overheid ingrijpen door aanpassing van het pakket of een hoger eigen risico. Dit zou echter niet gebeuren. Maar los daarvan, versnelling van de stelselwijziging, mede door overgangswetgeving, was dringend nodig.

8. Overgangswetgeving

De WZV en de WTG moesten worden vervangen door wet- en regelgeving die beter paste bij de veranderende verhoudingen tussen overheid en veldpartijen. De Wet Herziening Overeenkomstenstelsel (WHOZ) maakte het voor verzekeraars, zorgkantoren en aanbieders mogelijk meer te onderhandelen over contractvoorwaarden. De WTG Express maakte het onderhandelen over tarieven mogelijk. Beide waren overgangswetten. De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) ging uit van de *toelatingsbeschikking* tot de markt⁸³ en verving het oude systeem van erkenningsbeschikkingen van zorgaanbieders op basis van de WZV. De toelating werd nu gebaseerd op de gegevens van de instellingen zelf, niet op budgettaire kaders of regionale behoeften. De WTZi was een kaderwet. Nadere eisen over structuur, bedrijfsvoering en categorieën van instellingen met winstoogmerk moesten bij Algemene Maatregel van Bestuur worden vastgesteld. De WTZi werd met de WHOZ en de WTG Express in september en december 2004 aangenomen. De WTZi biedt nog steeds het kader voor toelating en erkenning van zorginstellingen voor de vergoeding volgens de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. Het bouwregime voor ziekenhuizen werd in 2008 afgeschaft; in 2009 gebeurde dit voor de langdurige zorg. Hiermee was het laatste deel van de WZV vervallen.



Het afschaffen van het bouwregime betekende dat zorginstellingen zelf het risico voor investeringen en het geleende kapitaal moesten dragen. Voor de ziekenhuizen betekende dit dat kapitaallasten moesten worden opgebracht uit de vanaf 2005 in te voeren financiering met Diagnose Behandelings Combinaties (DBC's).⁸⁴ De kapitaallasten maakten vanaf 2012 deel uit van de tussen verzekeraars en zorgaanbieders afgesproken prijzen. Het proces was verbonden met de ontwikkeling van de WTZi en invoering van integrale prestatiebekostiging. Ziekenhuizen die niet aan solvabiliteitseisen konden voldoen, konden failliet gaan, zoals het Ruwaard van Putten ziekenhuis in 2013 en de IJsselmeerziekenhuizen en het MC Slotervaart in 2018. Bij de care was de oplossing van de kapitaallasten ook afhankelijk van de invoering van integrale prestatiebekostiging.⁸⁵ Door invoering van een normatieve huisvestingscomponent, gekoppeld aan de bezettingsgraad, moesten instellingen met zorgkantoren onderhandelen over de hoogte van deze component.

9. Zorgverzekeringswet: kostenbeheersing met gereguleerde marktwerking

De verzekering van curatieve zorg bestond uit een mengeling van verschillende verzekeraars met verschillende premiestellingen en betalingen aan zorgverleners: ziekenfondsen, commerciële, non-profit en publiekrechtelijke zorgverzekeraars. Dit bestel werd in 2006 vervangen door de basisverzekering curatieve zorg met private zorgverzekeraars, de Zvw. De overheid garandeerde de sociale randvoorwaarden met een acceptatieplicht, een verbod op premiedifferentiatie, verzekeringsplicht en een zorgtoeslag voor lagere inkomens. Om slechte risico's te compenseren en risicoselectie tegen te gaan werd de risicoverevening uit het ziekenfondsbestel toegepast op de hele bevolking. Deze ging uit van de risico's van verzekerden op basis van gezondheidskenmerken die samenhangen met de gezondheidstoestand van de verzekerde. Modelverbeteringen zorgden voor beter gerichte compensatie voor chronisch zieke verzekerden. Er zou bij de verdeling van middelen uit de vereveningskas een systeem van ex ante en ex post risicoverevening worden gebruikt.

In de Zvw bestonden vier instrumenten om de kosten van curatieve zorg binnen het BKZ te houden: 1) doelmatigheidsprikkels voor een actieve inkoop van zorg, zoals de introductie van meer financieel risico, 2) eigen betalingen, zoals de komst van een eigen risico in 2008, 3) pakketmaatregelen en 4) tariefmaatregelen. Het eerste zou pas in de toekomst kunnen werken, na opheffing van de ex post verevening. De ex post verevening bestond uit nacalculatiepercentages, een bandbreedteregeling en de zogenaamde macro-nacalculatie om afwijkingen tussen macrokostenramingen (feitelijk het BKZ) en de macrokostenrealisaties te compenseren.⁸⁶ Een verzekeraar kreeg een voorschot uit het Zorgverzekeringsfonds. De definitieve bijdrage werd vervolgens gebaseerd op het werkelijke aantal verzekerden in het boekjaar en aan de hand van de vereveningscriteria.

Een heet hangijzer voor verzekeraars was de afschaffing van de macronacalculatie in 2012 en de afbouw van ex post mechanismen.⁸⁷ Dit betekende in de praktijk dat het macro-budgettaire risico voor curatieve zorg niet alleen meer door de overheid werd gedragen. De financiële risico's voor zorgverzekeraars namen sterk toe. Minister Schippers (2010-2017) verwachtte dat verzekeraars zouden worden geprikkeld tot doelmatige inkoop: *de lusten dan ook de lasten*. Zorgverzekeraars zouden door onderlinge competitie worden geprikkeld tot doelmatigheid bij inkoop, organisatie van efficiënte ketenzorg en terugdringen van beheerskosten. Het (sterk) toegenomen financieel risico door afschaffing van zowel de macronacalculatie als ex post risicovereveningen zou vanaf 2012 gaan werken als het meest (succesvolle) zelfstandig kostenbeheersingsinstrument.⁸⁸



Een sprekend voorbeeld van het belang en het succes van meer financieel risico voor een effectieve kostenbeheersing door verzekeraars is het preferentiebeleid voor generieke geneesmiddelen waar de risicodragendheid voor de verzekeraar al eerder hoger was. In 2002 werd dit beleid ingezet door Geové-RZG met het antidepressivum fluoxetine.⁸⁹ Enkel de goedkoopste middelen werden nog vergoed. Vijf verzekeraars startten in 2005 vervolgens met gezamenlijk preferentiebeleid. Het preferentiebeleid werd in het convenant tussen verzekeraars, apothekersbranche en ministerie (2005-2007) opgenomen en zou in 2007 tot € 971 miljoen aan besparingen moeten leiden. Vanaf 1 juli 2008 startten vier verzekeraars met individueel preferentiebeleid voor 35 middelen. Een landelijke aanbesteding voor specifieke, door verzekeraars genoemde geneesmiddelen zorgde voor een prijsdaling tot 85%. Samen met een prijsverlaging volgens het convenant van € 125 miljoen was de omzet van generieke middelen in een half jaar tijd gehalveerd. De keerzijde voor de consument was dat hij moest overstappen naar een door zijn verzekeraar als preferent verkozen middel, of soms van de apotheker te horen kreeg dat een middel niet voorradig was.

Naast de zorginkoopfunctie van zorgverzekeraars waren eigen betalingen en pakketmaatregelen voor de Zvw instrumenten voor kostenbeheersing. Eigen betalingen in de vorm van een verplicht jaarlijks eigen risico per verzekerde, sinds 2017 € 385, hebben drie doelstellingen⁹⁰:

- Medefinanciering, doordat zorggebruikers een deel van de zorgkosten zelf dragen
- Kostenbewustzijn en remgeldeffect
- Draagvlak voor solidariteit. Doordat het eigen risico *wat extra vraagt aan mensen die daadwerkelijk gebruik maken van zorg [zou dit] bijdragen aan de steun voor een breed basispakket met een grote mate van risico- en inkomenssolidariteit.*

Het eigen risico leverde in 2023 ±€ 3,3 miljard op. Zonder eigen risico zou de premielast met € 2,2 miljard moeten stijgen.⁹¹ Doordat het eigen risico tot 2025 werd vastgezet, stelde het kabinet Rutte-IV dat de betaalbaarheid voor zorg behouden bleef: anders zou het risico tot € 450 per jaar stijgen. *De bevroering van het eigen risico [werd] gemotiveerd vanuit de gedachte dat de stapeling van eigen betalingen in de zorg en ondersteuning verminderd diende te worden.*

Het verplicht eigen risico werd aangevuld door de mogelijkheid te kiezen voor vrijwillige hogere eigen risico's. Dit kan oplopen tot € 885 per jaar met een maximale premiekorting tot 50% van het hogere eigen risico. De kortingen verschillen per verzekeraar en konden door verzekeraars gebruikt worden als sturingsinstrument voor de risicoverdeling van de portefeuille.⁹² Dit werd echter ook beschouwd als een mogelijkheid voor verzekerden die weinig zorg nodig hebben om zich gedeeltelijk te onttrekken aan de solidariteit in de Zvw. Daarnaast is het een groter financieel risico als verzekerden geconfronteerd worden met onverwachte zorgvraag en hogere eigen betalingen.

De effecten van het eigen risico zijn dubbel: enerzijds heeft het een verlagende invloed op de premielast. Anderzijds is het sociaal en qua zorg een dubieus instrument: chronisch zieken, ouderen en mensen met een lage sociaal-economische status krijgen hierdoor een zwaardere financiële last, dan degenen die door goede gezondheid en geluk het eigen risico niet of minder hoeven te dragen. In 2019 bleek uit onderzoek van het Nivel dat 9% van de verzekerden zorg meed vanwege de kosten.⁹³ Op langere termijn kan het leiden tot voorkoombare gezondheidsschade en duurdere medisch ingrepen. Het eigen risico kan dus leiden tot oneerlijke verdeling van zorgkosten, zorgmijding, verergering van gezondheidsproblemen en duurdere behandelingen. De vraag is of het middel als kostenbeheersingsinstrument erger is dan de kwaal van de lagere premielast.

Pakketmaatregelen worden ook beschouwd als kostenbeheersingsinstrument voor de Zvw. In 1995



werden door de verwijdering van tandheelkunde en fysiotherapie de meest ingrijpende maatregelen voor de verplichte ziekenfondsverzekering genomen. In 2013 werd het programma *Zinnige Zorg* ingevoerd om zorg, waarvan het effect niet vaststaat en die medisch niet noodzakelijk is uit het basispakket van de Zvw te halen.⁹⁴ De effecten van deze pakketmaatregelen vielen tegen. Waar het Zorginstituut Nederland mogelijke kostenbesparingen schatte op € 265 miljoen, kwam de Algemene Rekenkamer op maximaal € 82 miljoen.⁹⁵ De Rekenkamer adviseerde het programma te stoppen met de conclusie dat de voorstellen voor pakketverkleining niet strookten met de medische en beleidspraktijk en niet op draagvlak om veranderingen door te voeren. De Kamer zag wel pakketverkleining als middel tot kostenbeheersing, maar dan zou doorzettingsmacht van de minister groter moeten zijn.⁹⁶ De veldpartijen als verzekeraars, instellingen, zorgverleners en patiënten moest duidelijk worden gemaakt wat de verbeterpunten en de gevolgen van verbeterpunten waren. Terugdringen van niet-gepaste zorg zou de kwaliteit van zorg ten goede komen en op den duur kunnen bijdragen aan de financiële houdbaarheid van het stelsel. Maar het risico van verzanden in discussies en niet-doorgevoerde maatregelen als de Trechter van Dunning uit 1991 ligt altijd op de loer.

10. Wet marktordening gezondheidszorg en het macrobeheersinstrument

De bedoeling van de gereguleerde marktwerking was dat instellingen en verzekeraars zo vrij mogelijk zouden kunnen onderhandelen over productie, prijzen en kwaliteit. Men had het vertrouwen dat dit tot doelmatige en betaalbare zorg zou leiden. Het voertuig voor meer vrijheid in de tarieven, bij voorkeur gebaseerd op nieuw te ontwikkelen prestaties in plaats van op de oude functies, was de nieuwe Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Met de Wmg werd de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) als opvolger voor het COTG ingesteld voor het bevorderen van concurrentie, de regulering van tarieven en prestaties en de ordening van en het toezicht op de zorgmarkten. De NZa had door toezicht op tarieven en regulering van concurrentie een sterke rol bij het kostenbeleid. Maar al snel zou blijken dat er flankerend beleid nodig was om de kosten te kunnen beheersen. De Wmg werd daarom uitgebreid met de Wet aanvulling instrumenten bekostiging. De belangrijkste waren het macrobeheersinstrument (mbi) en de beschikbaarheidsbijdrage.

Bij de medisch-specialistische sector waren er overschrijdingen. In 2008 werd in het kader van de ontwikkeling van de DBC-financiering de oude lumpsumbudgettering losgelaten.⁹⁷ Dit had een omzetsijging tot € 2,1 miljard tot gevolg, terwijl dit € 1,9 miljard mocht zijn. Er ontstond een strijd tussen minister Klink (2007-2010) en de Orde van Medisch Specialisten (OMS) over kortingen en redresseringen. Klink wilde naar aanleiding van de forse overschrijdingen van de macrobudgetten voor de geestelijke gezondheidszorg en de medisch-specialisten in 2008-2009 verankeren dat macro-overschrijdingen, naar rato van de omzetten van zorgaanbieders, door middel van een nieuw macrobeheersinstrument moesten worden teruggevorderd. Dit mbi kwam er in 2012 en riep veel weerstand op. Het zou lijken op een willekeurig claw-back mechanisme door de overheid. Bij overschrijdingen zou een generieke korting worden opgelegd, die door alle ziekenhuizen en specialisten naar rato moest worden opgebracht.⁹⁸ Volgens critici zou dit aanzetten tot extra productie of juist kunstmatig hoge prijzen, omdat instellingen die wel binnen de afgesproken groeirimte bleven aan de korting van de 'vervuilers' zouden moeten meebetalen. Ondanks alle kritiek had de politiek nu een budgettaire stok achter de deur. Het mbi werd wel beschouwd als ultimatum remedium.⁹⁹ Het is



tot op heden echter nooit toegepast. De effectiviteit was de zekerstelling dat de politiek zo nodig het laatste woord kon hebben (shadow of hierarchy) en dat kon als positieve evaluatie worden beschouwd.

11. Wet marktordening gezondheidszorg en de beschikbaarheidsbijdrage

Verzekeraars en zorgaanbieders bepalen onder het regime van gereguleerde concurrentie het zorgaanbod en vergoedingen. De Raad van State stelde echter dat ook moest worden voorzien in vormen van zorg waar het marktmechanisme niet goed kon functioneren.¹⁰⁰ Tot op zekere hoogte konden instellingen dit via kruissubsidiëring zelf oplossen, maar dit was in de praktijk onvoldoende. Daarom werd in de Wmg het instrument van de beschikbaarheidsbijdrage opgenomen: een bedrag dat een aanbieder ten laste van het Zorgverzekeringsfonds of het Fonds langdurige zorg kon brengen voor beschikbaarheid van vormen van zorg.¹⁰¹ Bij Algemene Maatregel van Bestuur werd vastgesteld wanneer een beschikbaarheidsbijdrage van toepassing was. Voorbeelden waren: de academische zorg, aspecten van spoedeisende zorg en de acute verloskundige zorg, de medische vervolgoedingen en de continuering van cruciale zorg bij een faillissement. De beschikbaarheidsbijdrage was een instrument voor de planning en bekostiging van zorg waar het marktmechanisme niet geschikt voor werd geacht. Daarnaast had de overheid al eerder (1995) door de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) zorg aangewezen waarvoor men concentratie om kwaliteitsredenen noodzakelijk acht, zoals bijvoorbeeld stamceltransplantaties, protontherapie, hemofilie, delen van de neurochirurgie, HIV, IVF, klinische genetica, transplantaties en allerlei verrichtingen aan het hart en perinatologische zorg. Vanaf 2012 kwamen er bovendien voor dure onderdelen van zorg, met name de IC en de dure geneesmiddelen, extra declaratiemogelijkheden via zogenaamde *add-ons*. Zo was toch een scala aan mogelijkheden voor declaratie van specifieke zorg die niet goed binnen de gereguleerde marktwerking paste ontstaan. Het systeem van beschikbaarheidsbijdragen functioneert tot op de dag van vandaag als een min of meer noodzakelijke aanvulling op de gereguleerde concurrentie van de Zvw.

12. Bestuurlijke akkoorden

Het kabinet Rutte-II (2012-2017) wilde de kostenstijging in de (curatieve) zorg terugbrengen: *met convenanten houden we het zorgstelsel binnen politieke en maatschappelijke bandbreedtes*. Het begrotingstekort, opgelopen na de bankencrisis van 2008, moest worden teruggedrongen. Het kabinet wilde bovendien van het OVA-convenant af om de arbeidsvoorwaarden van de werknemers in de zorg te beperken. Dit zou niet lukken. Wel bereikten minister Schippers en staatssecretaris Van Rijn in 2013 overeenstemming over een Zorgakkoord arbeidsmarkt voor de periode 2014-2017. De loonkosten zouden beter moeten worden beheerst door het afschaffen van de incidentele looncomponent, zoals overwerk. De korting zou € 277 miljoen moeten opleveren, waarbij € 100 miljoen zou worden vrijgemaakt voor verbetering van arbeidsvoorwaarden van specifieke groepen werknemers.

Op 4 juli 2011 had men al een *Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015* afgesloten tussen VWS, NVZ, Academische Ziekenhuizen (Nfu), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) en Zorgverzekeraars Nederland. De NZa kreeg de bevoegdheid de honoraria voor alle bij een ziekenhuis toegelaten specialisten met het macrobudget te begrenzen. De ambitie van het *Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord*



(2011) was om de uitgavengroei van ziekenhuiszorg terug te brengen tot structureel 3,5% reëel. Partijen gingen een inspanningsverplichting aan: vrijwillige kostenbeheersing om generieke kortingen te voorkomen. Het percentage werkte als ankereffect: *bovencontractuele groei* werd in de regel niet door zorgverzekeraars vergoed. Op 16 juli 2013 werd het akkoord opgebroken. Vervolgens werd het *Onderhandelaarsresultaat medisch-specialistische zorg 2014-2017* getekend. Door de verslechterende economie waren aanvullende afspraken nodig. De landelijke groeirimte voor specialistische zorg werd verlaagd tot 2,5% in 2015 naar 1% in 2017. Door inhoudelijke afspraken bleven partijen in gesprek over kwaliteit, dure geneesmiddelen en concentratie en spreiding van zorg. Dit werd voortgezet in volgende convenanten met een agenda voor de arbeidsmarkt, bevordering van *de juiste zorg op de juiste plek* en het *toevoegen van waarde voor de patiënt*. Voor de ziekenhuizen zou worden gestreefd naar afnemende groei van 0,9% in 2019 tot 0% in 2022.

In budgettaire zin leken de convenanten succesvol. De volumegroei van medisch-specialistische zorg werd teruggebracht van 4,1% in 2006-2012 en tot 0,9% in 2012-2017. In de overige sectoren (thuiszorg, eerste lijn, ggz etc.) bestonden ook akkoorden, in de regel met een hoger groeipad. Hier was stevast sprake van onderschrijdingen. De grootste onderschrijdingen bestonden echter in het geneesmiddelenkader waarvoor geen akkoorden golden.¹⁰² Dit duidt erop dat de grotere risicodragendheid van de verzekeraars ook een rol speelde bij de lagere uitgaven. Verder waren de ziekenhuizen, wellicht door hun sterkere machtspositie, beter in staat om de beschikbare middelen op te souperen dan de andere sectoren, ondanks dat deze veelal beter aansloten bij het beleid om de zorg juist zoveel mogelijk uit het ziekenhuis te halen. De convenanten voor medisch-specialistische zorg waren de belangrijkste zorgakkoorden die de overheid en de veldpartijen afsloten. De convenanten ontsloegen partijen en overheid echter niet van hun wettelijk verankerde verplichtingen: de minister is verantwoordelijk voor het bewaken van het BKZ, de veldpartijen moeten zorg leveren. De convenanten droegen bij aan de balans tussen het macrokader en de budgettaire microkaders op instellingsniveau. Vanaf 2012 was stevast sprake van onderschrijdingen.

13. De AWBZ, de Wmo, de Wlz en kostenbeheersingsbeleid

In de jaren zestig bestond de politieke behoefte om de intramurale zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en bejaarden niet langer ten laste te laten komen van uit de begroting gefinancierde wetten als de Bijstandswet. In 1968 werd daarom de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) van kracht. Deze sociale volksverzekering was uniek in de wereld. De ministeries van Financiën en Volksgezondheid moesten haar van de grond af opbouwen. Ramingen voor premies en uitgaven waren gebaseerd op kostenramingen uit 1965. *Reeds spoedig zal de verpleging van lichamelijk en geestelijk gestoorde bejaarden als mede de verpleging van geestelijk gehandicapten aanmerkelijk grotere sommen gaan eisen.*¹⁰³

Minister Veldkamp (1966) had gewaarschuwd de AWBZ te beperken tot onverzekerbare intramurale zorg voor chronisch zieken, ouderen en gehandicapten om de kosten te beheersen. Maar al in 1969 werd er gesproken om de AWBZ uit te breiden naar extramurale zorg, onder andere de sociaal-psychiatrische diensten, kraamzorgcentra en verslavingszorg. Tijdige hulp zou kostbare intramurale behandeling kunnen voorkomen. Dit argument en het feit dat voor premiefinanciering lange tijd minder striktere regels golden dan voor begrotingssubsidies zouden leiden tot een steeds verdere expansie van de AWBZ tot de komst van de Zalmnorm (1994), de Wmo (2006) en de Wlz (2015). De door de AWBZ gefinancierde extramurale zorg zou aanzuigend en vraagverhogend werken. In 1974 werd het Rijksvaccinatieprogramma uit de Gemeentewet overgeheveld naar de AWBZ met het argument dat dit de preventie zou versterken. In 1980 volgden verpleging en



begeleiding van een patiënt en familie thuis, moederschapszorg, zuigelingen- en kleuterzorg, zorg voor mensen met een degeneratieve of langdurige aandoening en bruikleen van verpleegartikelen. Jaarlijks werd 4% volumegroei toegestaan om substitutie van intramurale zorg financieren. De in 1980 gevormde Regionale Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg (Riagg) kwamen ook in de AWBZ, ondanks dat niet bleek dat hier substitutie van intramurale- door extramurale zorg kosteneffectief was.¹⁰⁴

De AWBZ werd in de periode 1986-1992 gebruikt als vehikel om de stelselwijziging volgens de voorstellen van Dekker te realiseren. Door het invoegen van geneesmiddelen, kunst- en hulpmiddelen, huisartsenzorg, kraamzorg en revalidatiezorg in de AWBZ voor particulier en ziekenfonds-verzekerden zou deze kunnen worden omgevormd tot een basisverzekering. In 1994 werd dit weer ongedaan gemaakt. De uitgaven voor de AWBZ daalden door deze overheveling (kunstmatig) van f 25,925 miljard tot f 20,717 miljard. In 1997 waren zij echter al weer gestegen tot f 26,476 miljard, vooral door het overhevelen van de Wet op de Bejaardenoorden naar de AWBZ.¹⁰⁵

Hervorming van de steeds duurdere AWBZ stond in 1999 hoog op de agenda. De regering stemde door de kostenstijgingen en de dreiging van de vergrijzing in met een afgeslankte AWBZ en overdracht van verstrekkingen naar een gemeentelijk voorzieningenpakket.¹⁰⁶ Met dit laatste was sinds 1993 ervaring opgedaan met de Wet Voorzieningen Gehandicapten. De gedachte was dat gemeenten dichter bij de burger stonden, efficiënter waren dan een log landelijk overheidsapparaat en daardoor kostenbesparend konden werken. De zorg voor bejaarden werd vervolgens in mei 2000 een aanspraak in de AWBZ. Ingrijpen was nodig, want de uitgaven voor de AWBZ waren door het wachtlijstenbeleid alleen al in 2001-2002 met 15,5% gestegen. De premie zou bij ongewijzigd beleid van stijgen van 13,3% (2003) tot 25,1% (2020).¹⁰⁷

Volgens staatssecretaris Ross-van Dorp was een *heldere verantwoordelijkheidsverdeling* nodig voor wat gemeenten moesten doen en wat onder een verplichte verzekering viel. *De eigen verantwoordelijkheid van burgers voor het “leven achter de voordeur” houdt in dat een aantal aanspraken uit de AWBZ heroverwogen moet worden.*¹⁰⁸ Dit werd de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Individuele aanspraken op zorg op grond van de Wmo gaf geen recht meer op verzekerde zorg, maar werd een gebudgetteerde voorziening (met compensatieplicht). Hierdoor zou worden verhinderd dat *de AWBZ als een van de weinige open-einde-regelingen het “putje” van de zorg wordt.*

Huiselijke verzorging, activerende en ondersteunende begeleiding, vervoer en een aantal subsidieregelingen zouden vanaf 2006 in fases moeten worden overgeheveld naar de gemeenten, te beginnen met huishoudelijke verzorging. In tegenstelling tot latere overhevelingen stonden besparingen niet op de voorgrond. Voor de (risicodragende) gemeenten die ook nog veel andere taken hadden was de eerste tranche overhevelingen naar de Wmo desalniettemin een budgettaire succes. Het Sociaal Cultureel Planbureau calculeerde dat gemeenten in 2007 slechts 81% van het toegekende budget van € 1218 miljoen nodig hadden.¹⁰⁹ Deze grote onderbesteding was vooral te danken aan gunstige aanbestedingen bij huishoudelijke hulp. Bij volgende decentralisaties (2015) zou de rijksoverheid op voorhand al een substantieel deel van de mogelijke budgettaire besparingen afromen.

Het kabinet Rutte-I (2010-2012) moest als gevolg van de economische crisis fors bezuinigen. Na de val van het kabinet onderhandelde de regering met de oppositie, het Kunduzakkoord uit 2012, en dat had voor de langdurige zorg grote gevolgen. In het kader van *langer thuis wonen* verloren cliënten met een lichte zorgzwaarte hun recht op intramurale zorg in verzorgingshuizen: zorgzwaartepakketten 1-3 werden geëxtramuraliseerd. Het volgende kabinet, gevormd door PvdA en



VVD, zette het bezuinigingsbeleid door. Minister Schippers en staatssecretaris Van Rijn besloten tot een ingrijpende hervorming van de langdurige zorg en de AWBZ. De Wet zou worden omgezet in een nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz), waarin intramurale ouderen- en gehandicaptenzorg vanaf zorgzwaartepakket 5 zou worden geregeld met een maximale contracteerruimte. Zzp 4 werd nu dus ook geëxtramuraliseerd. De extramuralisering van zzp 1-4 betrof 35% ofwel ± 55.000 van de 158.000 intramurale capaciteitsplaatsen.¹¹⁰ Het betekende het einde van de verzorgingshuizen. In combinatie met steeds kortere gemiddelde verblijfsduur zorgde dit ook voor een steeds intensiever gemiddeld zorgprofiel in de verpleeghuizen.

De extramurale verpleging (thuiszorg) werd van de AWBZ naar de Zvw overgeheveld, waarbij verzekeraars al vanaf 2017 volledig risicodragend werden. Ook hier ontstonden vervolgens al snel grote onderschrijdingen.¹¹¹ De gemeenten werden verantwoordelijk voor ondersteuning, begeleiding en een deel van de persoonlijke verzorging. Ze werden ook verantwoordelijk voor de jeugdzorg. Het doorvoeren van deze overhevelingen ging nu wel gepaard met substantiële kortingen tot twintig procent.¹¹² Veel gemeenten zijn niet in staat gebleken aan deze taakstellingen te voldoen, met als gevolg een tekort aan zorg vooral in de jeugdzorg.

De Wlz zou in januari 2015 van kracht worden. De invoering op korte termijn van een zo grote stelselwijziging met de Wmo, de Jeugdwet en andere decentralisatiewetgeving was nog nooit vertoond. Er werd in het totaal € 8 miljard overgeheveld en fors bezuinigd.¹¹³ Op termijn zouden 200.000 mensen minder gebruik moeten maken van Wlz-zorg en zouden de Wlz-uitgaven € 10 miljard lager moeten uitvallen; er werd dus circa € 2 miljard bespaard. In tegenstelling tot de Wmo 2007, waar niet werd bezuinigd, kregen de gemeenten bij de Wmo van 2015 wel een bezuiniging opgelegd van € 0,7 miljard voor overheveling van verstrekkingen uit de AWBZ en € 0,5 miljard op het budget voor huishoudelijke verzorging en hulpmiddelen. De gemeenten hadden in 2013 al aangegeven dat deze bezuinigingen te groot waren. Zij werden door het Bestuursakkoord tussen de VNG en het ministerie van Binnenlandse Zaken uit 2014 echter financieel verantwoordelijk voor hun exploitatie, ook voor tekorten.¹¹⁴ Zowel op de jeugdzorg als op de Wmo hadden gemeenten in 2016 al te kampen met forse tekorten. De uitvoeringskosten van de Wmo waren tot 11% gestegen, acht keer hoger dan in de AWBZ. Daarnaast was er een aanzuigende werking door invoering van een abonnementstarief voor de Wmo en de toenemende vraag door de vergrijzing. Geen enkele gemeente kwam uit met begrotingen voor jeugdzorg: in 2019 kwam meer dan tweederde meer dan 20% tekort, een op de vijf had zelfs een deficit van meer dan 40%. De ontmanteling van de AWBZ door de komst van de Wlz en de verregaande decentralisaties naar de gemeenten verbeterde de financiële beheersbaarheid van de langdurige zorg uiteindelijk niet. Integendeel, de Wlz bleek ondanks ingebouwde beheersmechanismen stevig te groeien. Dit kwam door een kwaliteitsimpuls van € 2.4 miljard vanaf 2017, terwijl aan de structurele zorgvraag uiteindelijk slechts marginaal kon worden gesleuteld.¹¹⁵ De overheid bezuinigde fors door decentralisaties richting gemeenten, maar deze bleken uiteindelijk niet in staat om aan deze budgettaire opdracht te voldoen waardoor het Rijk zich gedwongen zag om uiteindelijk weer met compenserende maatregelen te komen. Met andere woorden: snijden in de kosten van de Wlz met pakketmaatregelen en tariefkortingen leidde uiteindelijk niet tot structurele kostenbeheersing.

14. Conclusies

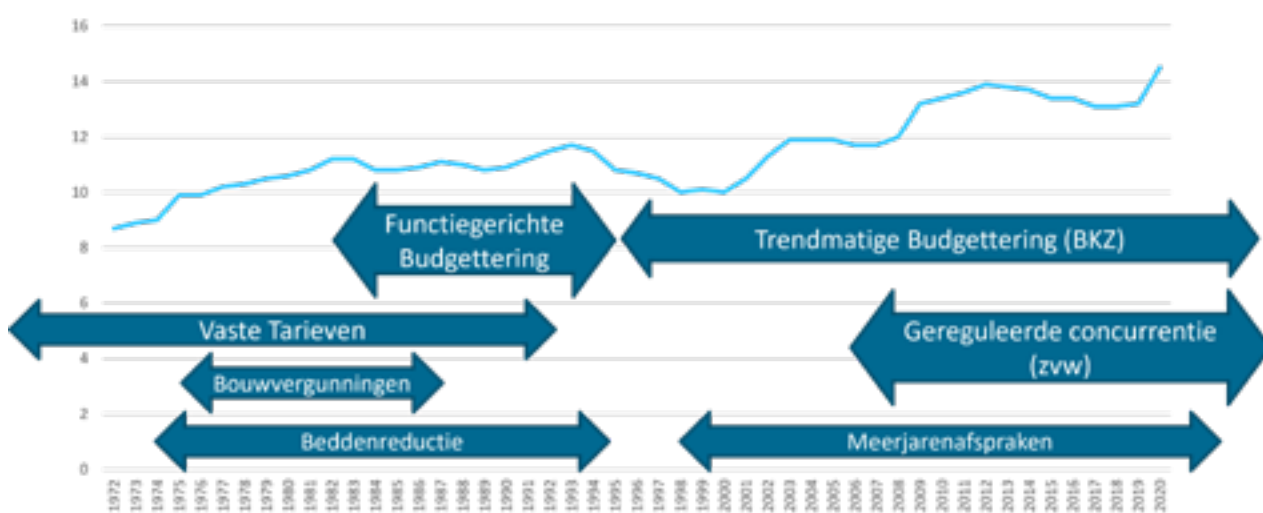
Vijftig jaar kostenbeheersing in de zorg maakt duidelijk hoe moeilijk dit vraagstuk is te temmen. De kostengroei lag al die tijd min of meer boven de groei van de economie. Met èèn belangrijke



uitzondering: sinds 2012 zien we deze quote stabiliseren door substantiële onderschrijdingen in delen van de curatieve zorg, met name de geneesmiddelen, thuiszorg, ggz en in mindere mate de eerste lijn. Risicodragendheid blijkt een sterke prikkel om de kosten te beheersen. Structurele onderschrijdingen – afwezig in gebudgetteerde stelsels – vormen daarvoor een sterke indicatie. In die zin valt te overwegen de verpleeghuizen in de Zvw onder te brengen. Temeer omdat de curatieve zorg en verpleeghuiszorg meer op elkaar zijn gaan lijken doordat mensen steeds korter in een verpleeghuis blijven en daarbij steeds zwaardere zorg nodig hebben.

De eerste serieuze pogingen tot kostenbeheersing begonnen met pogingen om het aanbod van zorg te plannen en te beheersen. Tot eind jaren negentig waren planning, budgettering en tariefregulering de belangrijkste ingezette middelen voor kostenbeheersing. De precieze effectiviteit van deze instrumenten is moeilijk te beoordelen. Complexiteit, onervarenheid, uitvoerbaarheid, maatschappelijke acceptatie, belangen, bevoegdheden en competenties waren vaak belemmerende factoren. Van alle maatregelen verliep planning veelal het meest moeilijk. De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, kroonstuk van de planning, liep vast door zijn veelomvattende en complexe ambities, maar ook door onduidelijkheid over financiering en regio-indeling, het afkalvend draagvlak en het te lang voortslepen van onderhandelingen. Planning van capaciteit door bouwplafonds en reductie van het aantal bedden bleek ook niet heel effectief. De precieze effectiviteit van deze instrumenten valt moeilijk te beoordelen, maar lijkt beperkt geweest te zijn. De budgettering vanaf begin jaren tachtig lijkt succesvoller te zijn geweest, maar zou ook een redelijk bot instrument blijken: de besparingen daalden via oplopende wachtlijsten vooral neer bij het zorgvolume en dit bleek uiteindelijk politiek niet haalbaar. De effecten van eigen bijdragen en eigen betalingen waren ook moeilijk te beoordelen. Alleen voor de eigen bijdrage voor ziekenfondsverzekerden van f 25 voor een specialistenconsult had een duidelijke opbrengst in de zin van een remeffect. Door politiek en publiek protest werd deze na twee jaar, samen met de medicijnknaak in 1990 afgeschaft.

Figuur 2. Zorguitgaven als percentage van het bbp en overzicht van kostenbeheersingsbeleid



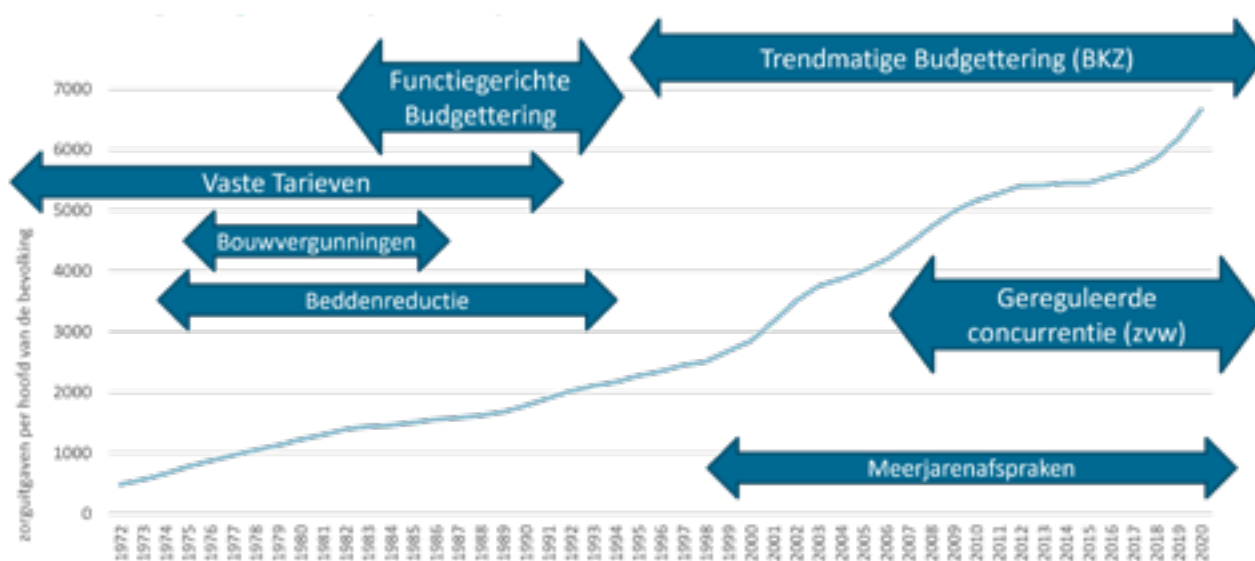
Zeker tijdens de start van het beheersingsbeleid ontbrak vaak goede informatie. En ook de complexiteit, onervarenheid, implementatieproblematiek, maatschappelijke acceptatie, tegengestelde belangen en bevoegdheden en competenties waren vaak belemmerende factoren. Dit gold zeker voor de mislukte invoering van de gereguleerde marktwerking aan het eind van de jaren tachtig en begin jaren negentig. De les daarvan was dat hervormingen ook met aanzienlijke transactiekosten gepaard gaan.



De kosten van de gezondheidszorg bleven dus stijgen. Het blijft de vraag hoe hoog deze zouden zijn geweest zonder de inzet van genoemde instrumenten. De combinatie van maatregelen maakte dat alleen in het begin van de jaren tachtig, de start van de budgettering zorgde dat de groei van de zorg niet boven de groei van het bbp uitkwam.

De jaren negentig kenmerkten zich door aan de ene kant de meest stringente budgettaire doelstellingen tot dan toe, 1,3% maximale volumegroei, en aan de andere kant inhoudelijke ambities op het terrein van modernisering van de zorg. De zorg kon steeds niet voldoen aan het nieuwe trendmatige begrotingsbeleid, de Zalmnorm, en jaarlijks waren er miljardenoverschrijdingen. De spanningen namen toe en mondde uiteindelijk uit in een budgettair fiasco: in 2002 stegen de kosten met reëel tien procent, een record. Het zou nog tot 2012 duren voordat de jaarlijkse overschrijdingen 'verdwenen'.

Figuur 3. Zorguitgaven per hoofd van de bevolking 1973-2020



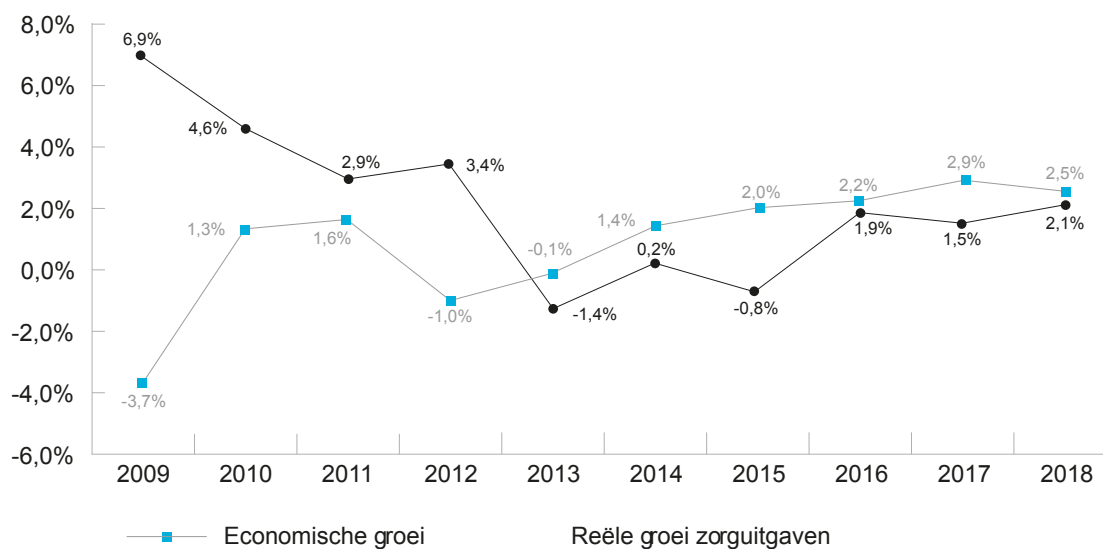
Gereguleerde marktwerking betekent dat kostenbeheersing primair wordt uitgevoerd door risicodragende zorgverzekeraars. Deze situatie bestond vanaf 2012. De overheid had wel instrumenten om de publieke belangen budgettair te reguleren onder andere met de Wbmg, beschikbaarheidsbijdragen en een macrobeheersinstrument. Daarnaast ordende een bestel van bestuurlijke akkoorden de onderlinge verhoudingen, inhoudelijke agenda's en de budgettaire doelen. Akkoorden zijn nuttige instrumenten om de bestuurlijke verhoudingen te kanaliseren en op hoofdlijnen afspraken te maken. Het IZA past in deze traditie. Maar het is ook een complex akkoord. De vraag is of de huidige scherpe financiële doelstellingen kunnen worden gerealiseerd.

Risicodragende verzekeraars drukten dus de kostengroei. Onderstaand figuur maakt duidelijk dat de kostengroei sinds 2013 onder de economische groei ligt. Dit vormt echter geen blijvende garantie voor succesvolle kostenbeheersing. In een vergrijzende samenleving kan namelijk niet steeds minder zorg worden geleverd. Daar zijn limieten aan. Ook de beheersing door de verzekeraars zet voornamelijk in op reductie van het volume (met uitzondering van de geneesmiddelen). Dat kan uiteindelijk leiden tot wachtlijsten en onderbehandeling. Daarnaast is meer bespaard op lichte zorg voor de patiënt dan op dure specialistische voorzieningen. Iets soortgelijks geldt voor de langdurige zorg waar er ook vooral op lichtere zorg is bespaard door het uitfasen van de lage intramurale zzp's.



Zolang structureel gevoerd kostenbeheersingsbeleid in staat is om de reële groei van de zorguitgaven in een gezonde verhouding met de economische groei te brengen, kan met enige zekerheid worden gezegd dat dit beleid succesvol is. De onderliggende vraag is of dit ook in balans blijft met de zorgvraag en of deze doelmatig wordt geleverd, dat wil zeggen dicht bij de patiënt en voor een gunstige prijs.

Figuur 4. Economische groei en groei zorguitgaven 2009-2019 (Companje et al., II, 497)



Tot slot. Expliciete maatregelen om het pakket uit te dunnen en eigen bijdragen te verhogen spelen op de lange termijn een beperkte rol bij het beheersen van kosten. Het aandeel eigen bijdragen in de zorgkosten daalt. En dan het pakket. Niettegenstaande de jaarlijkse aanscherpingen, is dit in de loop der jaren vooral uitgebreid. De grote overhevelingen van de tandheelkunde en de fysiotherapie (1995) naar de aanvullende verzekeringen zijn voor de burger vooral papieren besparingen gebleken: aanvullende verzekeringen zijn duurder om uit te voeren (15% versus 3%).



Eindnoten

- 1 Actiz, Federatie Medisch Specialisten, InEen et al. *Integraal Zorg Akkoord. Samen werken aan gezonde zorg*. Den Haag, Nederland; 2022.
- 2 Companje KP, Fortuin S, Jeurissen PPT et al. *Vijftig jaar kostenbeheersing in de zorg. Deel II: 1995-2020*. Den Haag, Nederland: Sdu; 2021:491-492.
- 3 Companje KP, Kappelhof T, Mouton R et al. *Vijftig jaar kostenbeheersing in de zorg. Deel I: 1996-1995*. Den Haag, Nederland: Sdu; 2018, 25.
- 4 Tweede Kamerstukken 1975-1976; 14 044 no. 1; 2.
- 5 Bruen C, Brugha R. A Ghost in the Machine? Politics in Global Health Policy. *Int J Health Policy Mag* 2014; 3: 1-4.
- 6 Companje et al., II, 18-20.
- 7 Kay A. *The dynamics of public policy. Theory and evidence*. Londen, UK: Edward Elgar Publishing; 2006: 60-62, 71-72.
- 8 Jong LP. *Ziekenhuiskosten en ziekenhuistarief*. Amsterdam, Nederland: Agon Elsevier, 1967, 19-27.
- 9 Tweede Kamerstukken 1970-1971; 11 267 no. 3, 5.
- 10 Voorontwerp Wet Gezondheidsvoorzieningen. *Unie. Maandblad van de Unie van Ziekenfondsen* 1971; 81-82.
- 11 De ziekenfondsverzekeringen, de particuliere ziektekostenverzekeringen en de publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen.
- 12 Handelingen Eerste Kamer 1981-1982; 7 september 1982.
- 13 In de regio redelijk tot overeenstemming te komen. *Inzet*; 1983: 10, 17.
- 14 Tweede Kamer 1983-1984; Verslag van de 50^e vergadering van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, 6 februari 1984.
- 15 Companje KP. 'Het Ziekenfondsenbesluit en de verstrekking van zorg', in: Companje, KP. et al., *Tussen volksverzekering en vrije markt. Verzekering van zorg op het snijvlak van sociale zekerheid en gezondheidszorg 1880-2006*. Amsterdam, Nederland: Aksant, 2008, 641.
- 16 Tweede Kamerstukken 1977-1978; 15 081 no. 2, 41.
- 17 Bos F. *De Nederlandse uitgaven in historisch perspectief*. Den Haag, Nederland: CPB, 2006, 43.
- 18 <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83075NED/table?dl=26DE3>, ingezien op 25 mei 2023.
- 19 Tweede Kamerstukken 1977-1978
- 20 NL-HaNA, 2.15.65, DG Volksgezondheid, inv.nr. 823.
- 21 FOGM (Financieel Overzicht Zorg en Maatschappelijk Werk), FOZ (Financieel Overzicht Zorg) en FB (Financieel Beeld Zorg).
- 22 Companje et al., I, 118-119.
- 23 Tweede Kamerstukken 1978-1979; 14 182 no. 7, 3-4.
- 24 Tweede Kamerstukken 1983-1984; 18 279 no. 2, 49-50.
- 25 Tweede Kamerstukken 1984-1985; 18 600 XVI no. 9, 57.
- 26 Tweede Kamerstukken 1985-1986; 19 246 no. 2, 20-21.
- 27 Companje et al., I, 187.
- 28 Companje et al., I, 191.
- 29 Tweede Kamerstukken 1989-1990; 21 647 no. 2, 5.
- 30 Tweede Kamerstukken 1976-1977; 14 400 XVI no. 2, 30.
- 31 Tweede Kamerstukken 1989-1990; 18 279 no. 2, 7.
- 32 Companje et al., I, 202-203.
- 33 Tweede Kamerstukken 1973-1974; 13 012 no. 2, 33-35.
- 34 Companje et al., I, 25, 241.
- 35 VNZ. Standpunt Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen inzake de kabinetsnota 'Bestek '81'. *Inzet* 1978; 9: 21.
- 36 Companje et al., I, 53.
- 37 Tweede Kamerstukken 1986-1987; 19 794 no. 2, 33.
- 38 Tweede Kamerstukken 1982-1983; 17 600 XVI no. 10, 59.
- 39 Tweede Kamerstukken 1985-1986; 19 246 no. 1-2, 58 en 1986-1987; 19 703 no. 1-2, 103.
- 40 Tweede Kamerstukken 1984-1985; 18 600 XVI no. 9, 84.
- 41 Interview van D.J. Westerwoudt met E. Veder-Smit, 26 januari 1996. Voor dit interview dat is opgenomen op verzoek van de Stichting Historie Ziekenfondswezen, kunt u contact opnemen met dr. K.P. Companje, hiz@planet.nl.
- 42 Companje et al., I, 242.
- 43 Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, *Bereidheid tot verandering*. Den Haag, Nederland; DOP, 1987.
- 44 Tweede Kamerstukken 1993-1994; 23 666 no. 2, 60.
- 45 Tweede Kamerstukken 1994-1995; 23 715 no. 11.
- 46 Deze was tot dan toe inkomensafhankelijk.
- 47 Tweede Kamerstukken 1990-1119; 21 592 no. 28, 3.



- 48 Tweede Kamerstukken 1991-1992; 21 592 no. 52a, 65.
- 49 Companje et al., I, 164.
- 50 Deze norm was vastgesteld aan de hand van de demografische ontwikkeling en werd over het algemeen als te krap beschouwd. Zie Tweede Kamerstukken 1994-1995; 23 904 no. 2, 10.
- 51 Companje et al., II, 49-66.
- 52 Tweede Kamerstukken 1995-1996; 24 404 no. 3, 94-97.
- 53 Tweede Kamerstukken 1993-1994; 23 715 no. 11 (herdruk), 38.
- 54 Companje et al., II, 41.
- 55 <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/11/met-hoger-inkomen-meer-naar-tandarts-en-mondhygienist>, ingezien op 25 augustus 2022.
- 56 <https://www.radboudumc.nl/nieuws/2019/tandzorg-in-nederland-kan-beter>, ingezien op 12 augustus 2022.
- 57 Dokters van de Wereld Nederland, *Mondzorg in het basispakket* (z.p. 2022).
- 58 Idem.
- 59 TK 2020-2021; 35 570 XVI 130.
- 60 [https://fysio.net/pdf/Chronische%20lijst%20aandoeningen%20\(lijst%20Borst,%202014\).pdf](https://fysio.net/pdf/Chronische%20lijst%20aandoeningen%20(lijst%20Borst,%202014).pdf), ingezien op 1 juni 2023.
- 61 <https://www.patientenfederatie.nl/downloads/monitor/1221-patientenmonitor-fysiotherapie-en-oefentherapie/file>, ingezien op 1 juni 2023.
- 62 Tweede Kamerstukken 1992-1993; 20 995 no. 6, 8, 14, 39.
- 63 Tweede Kamerstukken 1992-1993; 20 995 no. 6, 8, 14, 39.
- 64 Tweede Kamerstukken 1994-1995; 23 900 no. 1, 26.
- 65 Jeurissen, Steeds meer zorg. Een betaalbare oplossing?, 2016.
- 66 Commissie Strategische Heroriëntatie Gezondheidszorg, *Gezondheidszorg in tel*. Utrecht, Nederland; NZi: 1993, 82-88.
- 67 Tweede Kamerstukken 1993-1994; 23 407 no. 2, 151-153.
- 68 Idem, 150.
- 69 Tweede Kamerstukken 1993-1994; 23 407 no. 2, 155.
- 70 Companje et al., II, 91-92.
- 71 Tweede Kamerstukken 2000-2001; 27 401 no. 38.
- 72 Companje et al, II, 100.
- 73 Tweede Kamerstukken 1999-2000; 26 801 no. 35.
- 74 Companje et al., II, 112.
- 75 Tweede Kamerstukken 1999-2000; 25 107 no. 18, 3.
- 76 Tweede Kamerstukken 2000-2001; 27 488 no. 1, 4-9.
- 77 Tweede Kamerstukken 2002-2003; 28 605 no. 2, en idem, 28 600 XVI no. 12.
- 78 Tweede Kamerstukken 2003-2004; 28 852 no. 2, 18.
- 79 Idem, 16-17.
- 80 RVZ, *Exploderende zorguitgaven. Signalen over uitgavenmanagement*. Zoetermeer, RVZ; 2003, 4.
- 81 Tweede Kamerstukken 2004-2005; 30 100 XVI no. 1, 43.
- 82 Companje et al., II, 334-336.
- 83 Tweede Kamerstukken 2003-2004; 27 659 no. 16.
- 84 Companje et al., II, 151-158.
- 85 Idem, 169-170.
- 86 Ministerie van VWS, *Beschrijving van het systeem van verevening van de Zorgverzekeringswet*. Den Haag, Nederland; Sdu: 2016, 6-9.
- 87 Tweede Kamerstukken 2009-2010; 29 248 no. 109, 20, en idem, 2014-2015; 32 620, no. 156, 1.
- 88 Jeurissen, 2016, Jeurissen en Maarse, The market reform in Dutch health care. Results, lessons and prospects, 2021.
- 89 Companje et al., II, 429-430.
- 90 Tweede Kamerstukken 2021-2022; 36 125 no. 3, 1-2, en Voorstel van wet van het lid Hijink tot wijziging van de Zorgverzekeringswet en enkele andere wetten in verband met het afschaffen van het verplicht en het vrijwillig eigen risico, Nr. 3 Memorie van Toelichting, Consultatieversie 13 maart 2023, 1-3.
- 91 Centraal Planbureau, 2021, 'Startnotitie Keuzes in Kaart 2022-2025'.
- 92 <https://www.consumentenbond.nl/zorgverzekering/vrijwillig-eigen-risico>, ingezien op 11 juli 2023, Tweede Kamerstukken 2021-2022; 36 125 no. 3, 4, en Voorstel van wet van het lid Hijink, 1.
- 93 Meijer, M., Brabers, A., Victoor, A., Jong, J. de. *Feitenblad. Negen procent van de mensen ziet af van zorg vanwege de kosten: er is sprake van een daling in de periode 2016-2019*. Utrecht: Nivel, 2020.
- 94 <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/zinnige-zorg>, ingezien op 11 juli 2023.
- 95 Algemene Rekenkamer. *Verzekerd van zinnige zorg. De bijdrage van het programma Zinnige Zorg aan gepast gebruik van het basispakket 2014-2019*. Den Haag; Sdu: 2020.
- 96 Idem, 45-48.



- 97 Tweede Kamerstukken 2005-2006; 29 248 no. 30, 5. De lumpsum voor medisch-specialistische zorg werd in 1993 als norm voor het BKZ ingevoerd om overproductie tegen te gaan. Dit budget was sinds 1995 niet meer verhoogd.
- 98 Tweede Kamerstukken 2010-2011; 2011 D 47 462, 5.
- 99 Companje et al., II, 186.
- 100 Tweede Kamerstukken 2009-2010; 32 393 no. 4, 16.
- 101 Tweede Kamerstukken 2009-2010; 32 393 no. 2, 6.
- 102 Jeurissen en Maarse, 2021.
- 103 Tweede Kamerstukken 1967-1968; 8457 no. 19, 2.
- 104 Tweede Kamerstukken 1983-1984; 18 100 XVI no. 9, 74, 83.
- 105 Tweede Kamerstukken 1996-1997; 25 004 no. 2, 20.
- 106 Tweede Kamerstukken 2000-2001; 22 236 no. 57, 27.
- 107 Tweede Kamerstukken 2008-2009; 31 700 XVI no. 2, 191.
- 108 Tweede Kamerstukken 2003-2004; 26 631 no. 56, 5-6.
- 109 Tweede Kamerstukken 2007-2008; 29 538 no. 96 blg-1, 4.
- 110 Companje et al., II, 282.
- 111 Jeurissen en Maarse, 2021.
- 112 Maarse en Jeurissen, The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands, Health Policy, 2016.
- 113 Tweede Kamerstukken 2013-2014; 33 981 no. 3, 79.
- 114 Companje et al., II, 297-298.
- 115 Idem, 300, 493.