



1-7-2016

Financiering van het Nederlandse zorgstelsel in relatie tot de stijgen de zorgkosten

Bachelor Thesis Gezondheid &
Maatschappij

Ties Terlouw
951026826100
MST - leerstoelgroep
YSS – 84312

1^o begeleider: Herman Kok
2^o begeleider: Kim Poldner

Voorwoord:

Vanaf deze plaats wil ik u een inzicht geven over het tot stand komen van deze scriptie.

De afgelopen jaren heb ik de studie Gezondheid & Maatschappij aan de universiteit van Wageningen gevolgd. Binnen deze studie heb ik veel geleerd wat betreft Global Health, beleid binnen de gezondheidszorg en over disciplines als psychologie en sociologie. Bij mij bleef het gevoel dat ik niet genoeg wist over het Nederlandse zorgsysteem en de relatie daarvan met de stijgende zorgkosten. Dat is één van de redenen dat ik deze thesis heb geschreven. Dit was dat voor mij een mooie ervaring om zo inzicht te krijgen in het Nederlandse systeem. Daarnaast was het een goed leerproces wat betreft het wetenschappelijk schrijven. Dit was zonder hulp van mijn thesisbegeleider Herman Kok niet was gelukt. Hij heeft mij heel procesmatig begeleidt door steeds weer te wijzen op de rode draad, op structuur en op inhoud wat heeft geleid tot deze thesis.

Samenvatting:

In deze thesis wordt een literatuurstudie gedaan naar hoe het Nederlandse zorgstelsel in elkaar zit. Dit wordt gedaan aan de hand van de onderzoeksvraag en de twee deelvragen. Zo wordt in deze thesis onderzocht hoe zorgsystemen wereldwijd in elkaar zitten. Daarna wordt dit gespecificeerd voor Nederland met daarbij de uitleg hoe de belangrijkste actoren in het Nederlandse zorgsysteem zich tot elkaar verhouden. Er wordt uitgezocht welke functie zij hebben binnen het zorgsysteem. Vervolgens wordt ingegaan op wat zorgkosten zijn en welke drijvers erachter zitten. Zo wordt aan de hand van literatuur gekeken naar welke soorten zorgkosten er zijn en op welke manier deze de laatste jaren zijn toegenomen. Er wordt afgesloten met een conclusie en een discussie waarin de hoofdvraag wordt beantwoord en waarin er mogelijke oplossingen voor de problematiek omtrent de stijgende zorgkosten wordt aangedragen. Zo blijkt dat deze thematiek een multidisciplinaire benadering nodig heeft en dat er geen eenvoudige oplossingen voor zijn aan te dragen.

Inhoudsopgave

Voorwoord:	1
Samenvatting:.....	1
Hoofdstuk 1:	3
1.1 Inleiding.....	3
1.2 Probleemstelling.....	3
1.3 Onderzoeksdoel.....	5
1.4 Vraagstelling.....	5
1.5 Methode.....	5
Hoofdstuk 2: Het Nederlandse zorgsysteem.....	6
2.1 Inleiding.....	6
2.2 Het Nederlandse zorgsysteem	7
2.2.1 Conclusie	8
2.3 Hoofdactoren	9
2.3.1 Zorgverzekeraar.....	9
2.3.2 Zorgaanbieder	10
2.3.3 overheid.....	11
2.3.4 Zorgconsument.....	12
2.3.5 Conclusie	13
2.4 Zorgkosten.....	14
2.4.1 Inleiding.....	14
2.4.2 Kostendrijvers algemeen.....	15
2.4.3 Ziekenhuizen	16
2.4.4 Geestelijke gezondheidszorg.....	17
2.4.5 Huisartsen.....	17
2.4.6 Paramedici en tandartsen	17
2.4.7 Geneesmiddelen.....	17
2.4.9 Gehandicaptenzorg	18
2.4.10 Overige zorgkosten.....	19
2.4.11 Conclusie	19
Hoofdstuk 3: Conclusie en discussie	19
3.1 Conclusie	19
3.2 Discussie:	20
Hoofdstuk 4: Referenties.....	22

Hoofdstuk 1:

1.1 Inleiding

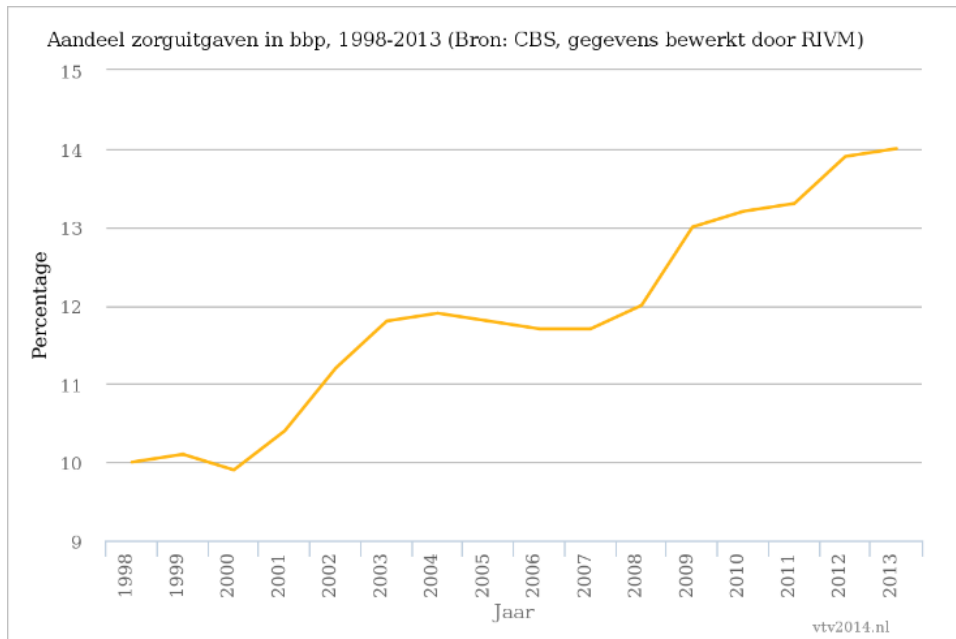
Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2015) zijn de zorgkosten in Nederland, ofwel de kosten die gemaakt worden ten bate van de gezondheidszorg (Polinder et al., 2016), de afgelopen jaren gestegen. De vooruitzichten tot aan 2040 zijn dat dit ook zo blijft. Eén van de oorzaken die hiervoor wordt gegeven is de veroudering van de Nederlandse bevolking. Sinds 2000 en 2008 zijn de zorgkosten als aandeel in het Bruto Binnenlands Product (BBP) (zie figuur 1) sterker gestegen dan de jaren ervoor. In 2006 vond ook een stelselwijziging plaats van de zorg. Deze stelselwijziging roept de vraag op of de financiering van het huidige zorgsysteem wel duurzaam is in termen van betaalbaar met behoud van kwaliteit en toegankelijkheid op de lange termijn (Maarse, Jeurissen, & Ruwaard, 2013). In een zorgsysteem zorgen verschillende actoren er met elkaar voor dat patiënten de zorg krijgen die zij nodig hebben (Yang, Hu, & Chou, 2012). Financiering van het systeem is daarbij een belangrijk onderdeel. De Nederlandse gezondheidszorg wordt momenteel door verschillende partijen gefinancierd (VWS, 2016). De belangrijkste hiervan zijn de overheid, de zorgverzekeraars, de zorgaanbieder en de zorgconsument (Den Exter, 2010).

1.2 Probleemstelling

De toename van de zorgkosten in Nederland is terug te zien in figuur 2. Zo werd er in 2014 € 95 miljard uitgegeven aan zorg, wat neerkomt op € 5.630 per persoon. In 2004 was dit nog € 64.5 miljard, wat neerkomt op € 3.965 per persoon. In 10 jaar tijd zijn de zorgkosten dus toegenomen met 47.2%. Daarnaast bedroegen de overheidsuitgaven in Nederland aan zorg in 2012 13.9% van het BPP (Figuur 3). In vergelijking met 1998 is dit een toename van bijna 4%. Geschat wordt dat dit in 2040 19-31% van het BBP zal bedragen (Van der Horst, Van Erp, & De Jong, 2011).

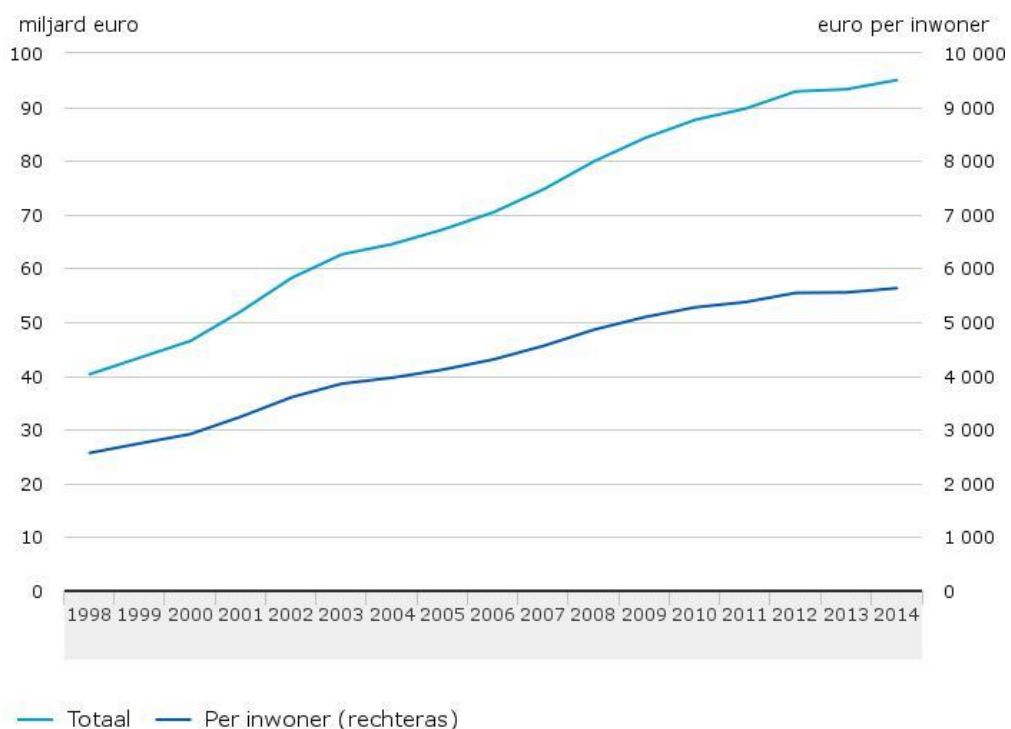
Het Nederlandse zorgstelsel is in 2006 van een sociaal systeem naar een gereguleerd systeem van “vrije marktwerking” overgegaan (Den Exter, 2010). Voor 2006 was het systeem half privaat, half publiek, terwijl dit sinds 2006 een gereguleerde marktwerking betreft. Vanaf 2006 werd ook de basiszorgverzekering ingevoerd, wat betekent dat het voor iedereen verplicht is om bij een zorgverzekeraar een zorgverzekering af te sluiten. Het idee is dat de overheid de marktwerking in de zorg wil bevorderen. Dit moet leiden tot een betere kwaliteit en lagere kosten van de gezondheidszorg (Westert & Verkleij, 2006). Voor 2006 was die marktwerking veel minder aanwezig en werd de zorg door de overheid gefinancierd. Tegelijkertijd konden verzekeringsmaatschappijen en zorgaanbieders onderling met branchegenoten weinig concurreren (Westert & Verkleij, 2006).

Op dit moment zijn er vier wetten die ervoor moeten zorgen dat de zorg gefinancierd wordt (Turquet, 2012; VWS, 2016). Dit zijn de zorgverzekeringswet (Zvw), de wet langdurige zorg (Wlz), de wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet (VWS, 2016). Middels deze vier wetten wordt de financiering van de zorg door de overheid betaald. Het andere, grote gedeelte wordt betaald door de zorgverzekeraars, ofwel indirect door de zorgconsument (VWS, 2016).



Figuur 1 – volksgezondheidstoekomstverkenning 2014

Uitgaven aan zorg



Figuur 2 – Centraal Bureau voor Statistiek

1.3 Onderzoeksdoel

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in hoe het Nederlandse zorgsysteem functioneert en hoe dit zich verhoudt tot de almaar stijgende zorgkosten. De nadruk ligt hierbij op zorgkostenontwikkeling vanaf 2006 sinds de gereguleerde marktwerking is ingevoerd.

1.4 Vraagstelling

De hoofdvraag luidt als volgt:

In hoeverre is er een verband tussen gewijzigde rol van de hoofdactoren sinds de Nederlandse zorgstelselwijziging enerzijds en de ontwikkeling van de zorgkosten anderzijds?

Deelvragen zijn:

- Hoe functioneert het Nederlandse zorgsysteem in termen van betaalbaarheid en kwaliteit en wat is daarin de rol van de verschillende hoofdactoren en financiering van de zorg voor en na de stelselwijziging van 2006?
- Wat zijn drijvers achter de ontwikkeling van de zorgkosten in het Nederlandse zorgsysteem?

1.5 Methode

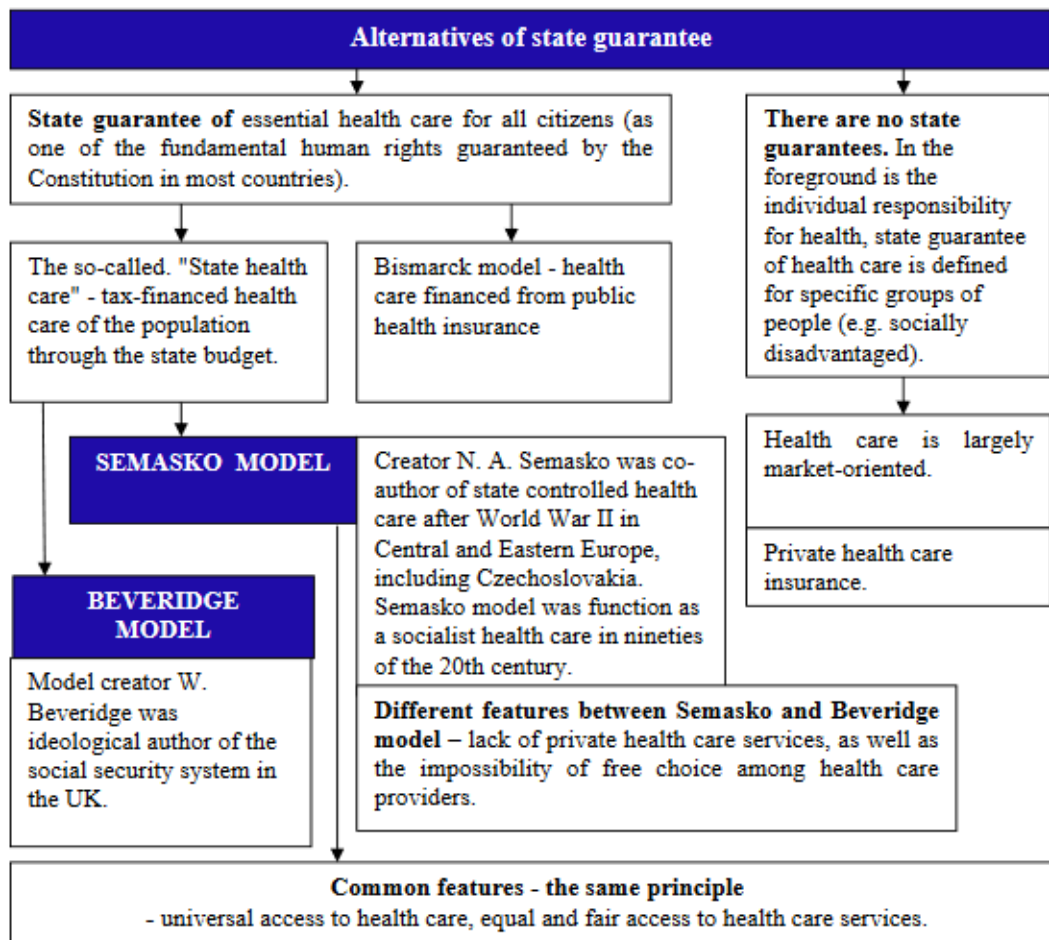
In dit onderzoek wordt de hoofdvraag onderzocht via een literatuuronderzoek. In de literatuur is gekeken naar hoe de actoren zich tot elkaar verhouden, welke rol zij spelen in het Nederlandse zorgsysteem en hoe de financiering daarbij verloopt. Via de zoekmachines Scopus en Pubmed zijn wetenschappelijke artikelen gezocht die inzicht geven op de gestelde vragen. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van rapporten die het RIVM, het VWS en enkele internationale organisaties hebben opgesteld. Dit wordt in deze thesis uitgewerkt, waarbij in de resultaten het de vragen worden uitgewerkt. In de discussie en conclusie zal geprobeerd worden om een antwoord op de vragen te geven.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van met name literatuur uit de wetenschap, maar er is ook gebruik gemaakt van rapporten van de overheid. Deze rapporten waren vrijwel altijd positief ten opzichte van de overheid. Het is de vraag of de informatie door de wetenschap en de overheid wel hetzelfde wordt geïnterpreteerd en wie er dan “gelijk” heeft. Dit kan uitmaken voor de betrouwbaarheid van de resultaten.

Hoofdstuk 2: Het Nederlandse zorgsysteem

2.1 Inleiding

Een zorgsysteem is een systeem waarin verschillende belangrijke actoren er met elkaar voor zorgen dat patiënten de zorg krijgen die zij nodig hebben (Yang et al., 2012). Er worden grofweg vier verschillende modellen hierin onderscheiden, kijkend naar verschillende landen (Cremer & Pestieau, 2003). In figuur 3 zijn deze vier modellen te zien, namelijk het Beveridge-model, het Bismarck-model, het gecentraliseerde model (ook wel het Semasko-model genoemd) en het model waarbij de overheid geen invloed uitoefent op het zorgsysteem, vanwege de volledige vrije markteconomie (Cremer & Pestieau, 2003).



Figuur 3 (Nesporkova & Sidor, 2015)

Beveridge-model

Het Beveridge-model gaat uit van het principe dat de overheid alles bekostigt en waarbij iedereen deel kan uitmaken van het zorgsysteem. De financiering vindt plaats via belastingen. Daarnaast is de infrastructuur van deze gelden het eigendom van de overheid (Lapré, Rutten, & Schut, 2001).

Bismarck-model

Binnen het Bismarck-model wordt er vanuit gegaan dat het zorgsysteem wordt gefinancierd door sociale verzekeringen. Het systeem wordt bestuurd door private organisaties die samen met de zorgaanbieders afspraken maken over het aanbieden van zorg en de betaling daarvan. In dit systeem betalen zowel de overheid als de zorgconsument mee aan de zorgkosten (Lapré et al., 2001).

Gecentraliseerd model

Het gecentraliseerde model is met name in de voormalige Sovjetunie gebruikt en komt nog deels voor in oud-communistische landen als Rusland. Dit systeem onderscheidt zich van het Beveridge-systeem doordat er geen vrije keuze is voor de zorgconsument wat betreft een zorgaanbieder. Dit wordt namelijk bepaald door de overheid (Nesporikova & Sidor, 2015).

Vrijemarkt model

Ten slotte is er het systeem waar de overheid vrijwel geen invloed uitoefent, omdat er een vrijemarkt economie is. Amerika is hier een goed voorbeeld van. Er is geen garantie dat de noodzakelijke zorg aan zorgconsument geboden kan worden. Dit model kan alleen in een liberaal land worden gehanteerd. Zo moet er een combinatie zijn tussen enerzijds private verzekeringen en anderzijds kleine overheidsprogramma's. In Amerika is 70-80% aangesloten bij een zorgverzekeraar, maar het overige deel van de bevolking is niet aangesloten bij een zorgverzekeraar (Nesporikova & Sidor, 2015).

Binnen een zorgsysteem moeten de actoren er met elkaar voor zorgen dat het zorgsysteem in stand kan blijven. Als één van de actoren een andere plek binnen het systeem krijgt, dan veranderen alle onderlinge relaties en dat kan het gehele zorgsysteem beïnvloeden (Yang et al., 2012). Een voorbeeld hierbij is dat een ziekenhuis failliet gaat. De mensen die naar dit ziekenhuis gingen voor een behandeling, moeten daarna verspreid worden over andere ziekenhuizen in de buurt. Dit zorgt ervoor dat die andere ziekenhuizen een nieuwe verhouding tot elkaar krijgen.

Voor beleidsmakers is het een haast onmogelijk opgave om een zorgsysteem te ontwikkelen dat zowel voor iedereen toegankelijk is, dat een hoge kwaliteit van zorg biedt en tevens financieel haalbaar is (Andritsos & Tang, 2014). Landen waar het zorgsysteem geprivatiseerd is, zijn daarbij in het voordeel. Wachttijden voor ingrepen zijn korter dan in landen waar het zorgsysteem door de overheid wordt beheerd. Aan de andere kant, in een systeem waar de overheid de "macht" heeft, is er een betere balans tussen alle factoren die meespelen voor een goede zorg. Voorbeelden hiervan zijn de wachttijden en de prijzen die behandelingen met zich meebrengen. Dit zijn punten die illustreren dat een zorgsysteem niet per definitie voor iedereen goed is en er "altijd" voor- en nadelen aan kleven voor alle belanghebbenden.

2.2 Het Nederlandse zorgsysteem

Het Nederlandse gereguleerde zorgsysteem vindt zijn oorsprong in 1904 (Turquet, 2012). Sinds die tijd is de zorg voor alle Nederlanders toegankelijk geworden. Tot aan 1983 waren zorgverzekeraars in de handen van de overheid en zij werden met terugwerkende kracht vergoed voor alles wat zij aan de zorgconsument had gegeven (Krabbe-Alkemade, Groot, & Lindeboom, 2016). De prijzen die zorgaanbieders konden vragen voor een bepaalde behandeling waren gereguleerd door de overheid. Na 1983 wilde de overheid meer invloed hebben op de prijzen van behandelingen. Zo gingen de ziekenhuizen, anders dan eerder, ook onder deze regeling vallen. Er was dus praktisch geen sprake van een vrije handelsmarkt (Krabbe-Alkemade et al., 2016). In 1995 werd een nieuw systeem ingevoerd, het zogeheten budgetstelsel. Dit budgetstelsel moest ervoor zorgen dat er meer prikkels kwamen om kosten te verlagen. De invoering hiervan zorgde ervoor dat sommige behandelingen te duur werden. Een nadeel van dit systeem was dat er lange wachtlijsten ontstonden. Dit resulteerde in de vraag voor een nieuw zorgsysteem waarin principes van een vrije markt werden gehanteerd (Krabbe-Alkemade et al., 2016).

In een vrije markt kunnen zorgconsumenten kiezen tussen verschillende kwaliteiten van zorg. Dit geeft hen de mogelijkheid om te kiezen voor een low-budgetverzekeraar of juist voor betere kwaliteit. Landen als Denemarken, Zwitserland en verschillende staten uit Amerika hebben hiermee

geëxperimenteerd in het verleden (Lako, Rosenau, & Daw, 2011). Switchen tussen zorgaanbieders en verzekeraars impliceert tegelijkertijd dat zorgconsumenten kiezen voor een gezondheidsplan. Dit gezondheidsplan hangt samen met het kiezen voor de kwaliteit van zorg die volgt op de keuze voor een low-budget zorgverzekering of een all-in zorgverzekering. Bij een low-budget verzekering krijgt men mogelijk zorg van een andere kwaliteit dan bij een all-in verzekering. Als deze keuze ervoor zorgt dat de kwaliteit van de zorg verschilt, kan er gesproken worden over een zorgplan.

Beleidsmakers uit de gezondheidszorg hebben hun verwachtingen kenbaar gemaakt over zorgconsumenten die keuzes moeten maken in een onderzoek (Keckley, 2012). Hierin schrijven zij dat zorgconsumenten niet in staat zijn om te kiezen voor een zorgplan, omdat als er veel keuzemogelijkheden zijn, zorgconsumenten niet in staat zijn om de beste keuze te maken (Lako et al., 2011).

Aangezien voor 2006 kenbaar werd gemaakt door de politiek dat een gereguleerde marktwerking ertoe zou leiden dat de kwaliteit van de zorg zou verbeteren, is er in 2006 een belangrijke verandering doorgevoerd. Nederland is overgegaan van een sociaal systeem waar de overheid een belangrijke taak had, naar een systeem waar de vrije markt de overhand kreeg. Bij een privaat systeem kan de zorg doorgaans sneller geïnitieerd worden dan in een sociaal systeem (Andritsos & Tang, 2014). Dat leidt vervolgens weer tot kortere wachlijsten (Andritsos & Tang, 2014). Tegelijkertijd reduceert het de vraag om zorg, omdat mensen de kosten voor behandelingen volledig of voor een deel moeten dragen (Andritsos & Tang, 2014).

Toen de Zvw in 2006 werd geïntroduceerd, is het zorgsysteem veranderd van een aanbod-gedreven systeem, naar een vraag-gedreven systeem. Omdat zorgverzekeraars nu selectieve contracten met de zorgaanbieders kunnen afsluiten, wordt ervoor gezorgd dat de zorgconsument meer betrokken wordt bij de kwaliteit van zorg die zij krijgen (VWS, 2016). Zij zijn in staat om ieder jaar van zorgverzekeraar te veranderen om zo actief te participeren in de gereguleerde markt. De overheid speelt een controlerende rol om te garanderen dat iedereen zorg kan krijgen (VWS, 2016).

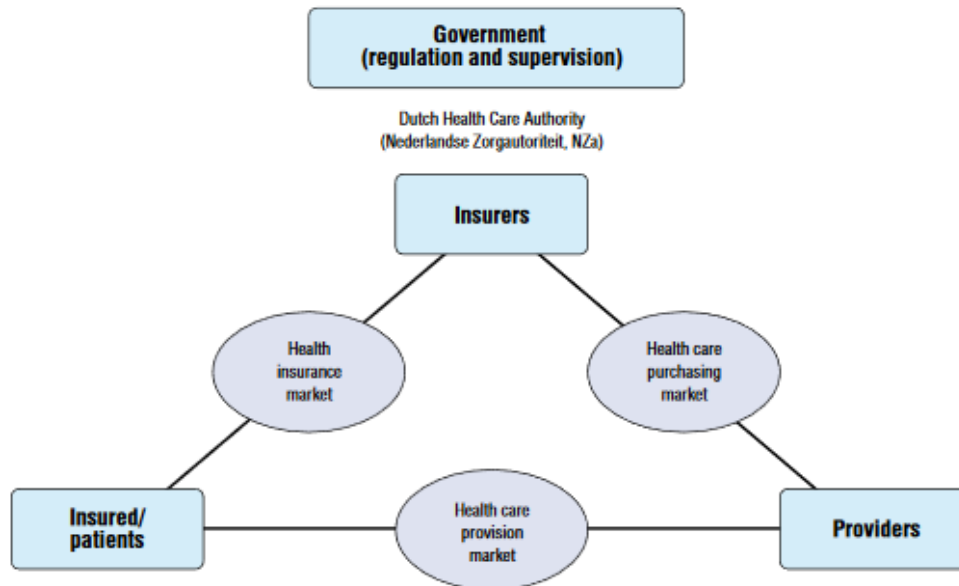
2.2.1 Conclusie

Een zorgsysteem is een systeem waarin verschillende belangrijke actoren, namelijk de overheid, de zorgconsument, de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar er met elkaar voor zorgen dat patiënten de zorg krijgen die zij nodig hebben. In 2006 is er een gereguleerde marktwerking in Nederland gekomen. Dit heeft in Nederland tot gevolg gehad dat er meer concurrentie onderling kan optreden tussen de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. Zo kunnen zorgaanbieders concurreren op kwaliteit en prijzen die zij voor behandelingen vragen. Dit merken zorgverzekeraars op het moment dat zij aan het onderhandelen zijn met de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars kunnen verschillende pakketten aanbieden die allemaal een andere premie bedragen. Deze pakketten verschillen onderling van elkaar omdat zij verschillende behandelingen bij verschillende zorgaanbieders vergoeden.

Op dit moment kan de zorgconsument kiezen tussen verschillende kwaliteit van zorg. Dit kan zij doen door voor verschillende zorgaanbieders en zorgverzekeraars te kiezen. De consument kan de kwaliteit zelf bepalen door onder andere de overheid die daarvoor gegevens aanlevert op bijvoorbeeld websites. Volgens beleidsmakers is deze verandering van zorgsysteem geen goede zet geweest, omdat zorgconsumenten niet in staat zijn om goede keuzes te maken. Dit impliceert dat de overheid ofwel ervoor had moeten zorgen dat de consument geen keuze hoeft te maken of dat zij in staat is om een goede keuze te maken.

2.3 Hoofdactoren

In de volgende sub paragrafen zal dieper worden ingegaan op de verschillende actoren. Ze zullen één voor één worden behandeld en daardoor zal hun plaats binnen het zorgsysteem duidelijker worden. In figuur zijn de 4 actoren te zien die behandeld zullen worden in deze thesis.



Figuur 4 - Schäfer et al., 2010

2.3.1

Zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar vindt zijn voorloper in de eerste helft van de 19^e eeuw (Schäfer et al., 2010). Dit was toen in de vorm van een fonds in om geld uit te keren aan mensen ten gevolge van arbeidsongevallen. Haar rol was toen om mensen in hun levensonderhoud te kunnen voorzien als zij door een ongeval op het werk arbeidsongeschikt werden verklaard. Toen in 1913 de Ziektewet werd aangenomen werden de verzekeraars gecontroleerd door de overheid. Door onder andere de eerste wereldoorlog bleef dit fonds alleen nog voor de elite en gold dit nog niet voor de gehele bevolking (Schäfer et al., 2010). In de tweede wereldoorlog zijn er enkele zaken veranderd door de Duitse bezetting. Zo is het Bismarcksysteem in Nederland tijdens de Tweede Wereldoorlog ingevoerd en is daarna gebleven.

Toen de crisissen van 1980 en 1990 voorbij waren, werd duidelijk dat het zorgsysteem moest veranderen en ook de rol van zorgverzekeraars daarin (Schäfer et al., 2010). Waar de zorgverzekeraars eerst gecontroleerd werden door de overheid, kregen zij na de verandering van het zorgsysteem in 2006 een andere rol (Duijmelinck & van de Ven, 2016). De overheid had vroeger een belangrijke rol had in budgetteren, de centrale planning van zorgfaciliteiten, in het reguleren van de prijzen et cetera. Nu is die macht bij de zorgconsument gelegd, die dat doorgeeft aan de zorgverzekeraars (Duijmelinck & van de Ven, 2016).

De zorgverzekeraar speelt nu een belangrijke rol in het financieren van het Nederlandse zorgsysteem. Sinds 1 januari 2006 heeft zij een grotere rol gekregen door het invoeren van gereguleerde marktwerking. De zorgverzekeraars bieden twee soorten verzekeringen aan die mensen kunnen afsluiten, namelijk het basispakket en de aanvullende pakketten (Van der Ven, & Van der Schut, 2008). In het basispakket zit alle basiszorg die mensen vergoed krijgen. Te denken valt

aan geneeskundige zorg van huisartsen, verblijf in het ziekenhuis, kraamzorg etc. Medicijnen vallen deels onder het basispakket, deels onder het aanvullende pakket (Rijksoverheid, 2016). In de aanvullende pakketten is zorg opgenomen waarvoor mensen extra moeten betalen. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld fysiotherapie, lenzen, cosmetische chirurgie etc. (Van der Ven & Van der Schut, 2008)

Zorgverzekeraars sluiten contracten af met zorgaanbieders, zodat de zorgconsument gebruik kan maken van de gezondheidszorg. De zorgconsument legt hun "macht" in de handen van de zorgverzekeraar door premie te betalen. Over het algemeen zijn Nederlandse zorgconsumenten tevreden over hun zorgverzekeraar. Tegelijkertijd moeten zorgverzekeraars oppassen om zorgconsumenten niet te misleiden met verkeerde voorlichtingen over verzekeringen (Shmueli, Stam, Wasem, & Trottmann, 2015). De zorgconsument verdenkt de zorgverzekeraars ervan dat ze vooral zelf winst willen maken en niet het belang van de zorgconsument voorop hebben staan (Shmueli et al., 2015). Zorgverzekeraars zijn sinds 2006 verplicht om transparant te zijn en al hun kwaliteitsinformatie zichtbaar te maken voor iedereen (Shmueli et al., 2015).

Sinds het invoeren van gereguleerde marktwerking kan iedere zorgconsument vrij kiezen bij welke zorgverzekeraar hij zich aansluit. In 2008 bestond deze keuze uit 15 zorgverzekeraars (Van der Ven & Van der Schut, 2008). Op dit moment zijn er 24 zorgverzekeraars in Nederland waaruit men een keuze heeft (VWS, 2016). Voor hen ligt de opdracht om geloofwaardig over te komen en niet puur op winst uit te zijn. Ze moeten op een geloofwaardige wijze omgaan met de "macht" die hen is gegeven (Shmueli et al., 2015).

2.3.2 Zorgaanbieder

Zorgaanbieders zijn 'verkopers' van zorg. Voorbeelden hiervan zijn huisartsen, fysiotherapeuten, GGD-instellingen, verpleeghuizen, ziekenhuizen etc. (Schäfer et al., 2010). De zorgaanbieder heeft in Nederland een bijzondere positie ten opzichte van andere landen. De organisatorische relatie is gebaseerd op contracten met zorgverzekeraars (Schäfer et al., 2010). Deze contracten gaan over de hoeveelheid verleende zorg, de kwaliteit en de prijs van de verleende zorg. De bedoeling van het zorgsysteem is dat de zorg efficiënt ingedeeld kan worden. Dat kan betekenen dat zorgverleners die een slechte kwaliteit zorg leveren op deze manier verdwijnen. Mogelijk kan dit komen door zorgconsumenten die geen gebruik meer willen maken van een zorgaanbieder of door zorgverzekeraars die een zorgaanbieder niet meer contracteren wat ertoe leidt dat in het meest erge geval een zorgaanbieder failliet gaat.

De rol van de zorgverlener is in de afgelopen jaren behoorlijk gewijzigd. Er zijn in Nederland altijd particuliere initiatieven geweest om het zorgaanbod te kunnen garanderen. Tot aan 1960 was Nederland 'verzuilt' en dat was ook te merken in de gezondheidszorg. Thuiszorg, ziekenhuiszorg, verpleeghuizen en veel andere soorten van zorg werden onafhankelijk van elkaar aangeboden (den Exter, Hermans, Dosljak, & Busse, 2004). Als gevolg van de verzuiling is een groot gedeelte van de gezondheidszorg nog steeds geprivatiseerd en hebben zij veel vrijheid. In de jaren 1980-1990 wilde de overheid weliswaar meer invloed uitoefenen op de zorgaanbieder, maar na 2006 heeft zij weer meer vrijheid gekregen (Schäfer et al., 2010).

Wat nog meer opvallend is in Nederland is de rol van de huisarts. De huisarts heeft een sleutelrol wat betreft het doorsturen van patiënten naar gespecialiseerde zorg (Schäfer et al., 2010). Zonder de huisarts is het voor een patiënt niet mogelijk om in een ziekenhuis bij een specialist te komen. Waar huisartsen vroeger veelal alleen werkten, is er vanaf 1970 een verandering te zien omdat groepspraktijken steeds meer in opkomst kwamen. Tegenwoordig zijn die nog moderner geworden

doordat er ook apothekers, verloskundigen, fysiotherapeuten etc. in plaatsnemen (Schäfer et al., 2010).

In ziekenhuizen werken op hun beurt weer specialisten die gecontracteerd zijn door het ziekenhuis (Schäfer et al., 2010). De laatste jaren is er een verandering te zien dat veel specialisten bij Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) gaan werken, mogelijk omdat zij hier meer geld kunnen verdienen (Schäfer et al., 2010).

Zorgaanbieders sluiten in Nederland contracten af met zorgverzekeraars, zodat de zorg die zij aanbieden vergoed wordt. Huisartsen vallen hierbij onder de basisverzekering, patiënten hoeven hiervoor niet extra te betalen. Specialisten vallen in principe ook onder de basisverzekering, maar mensen zijn verplicht om daarvoor hun eigen bijdrage te gebruiken (VWS, 2011). Als mensen zorg gebruiken waarvoor zij niet verzekerd zijn, dienen zij de gemaakte kosten aan de zorgaanbieder te betalen (VWS, 2016).

2.3.3 overheid

De rol van de overheid is door de jaren heen veranderd (Victoor, Friele, Delnoij, & Rademakers, 2012). Waar de overheid in de jaren 70 van de vorige eeuw als doel stelde om expliciet beleid voor patiënten en de rechten van patiënten te maken, veranderde dat in de jaren 80, omdat de overheid er toen vanuit ging dat dat patiënt meer vrijheden moest krijgen (Victoor et al., 2012). Dit resulteerde erin dat het zorgsysteem van een sociaal systeem veranderd moest worden in een gereguleerd competitiesysteem waarbinnen zorgverzekeraars en verzekerden een sleutelrol speelden (Victoor et al., 2012). De efficiëntie, kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg zou hierdoor verbeterd worden. Daarnaast had het de consequentie dat de zorgconsument een belangrijkere rol kreeg wat betreft het maken van keuzes (Victoor et al., 2012).

De overheid heeft altijd tot doel gehad om de gezondheid van de burgers te waarborgen. Dit doet zij op verschillende manieren, onder andere door preventiemaatregelen te treffen en een goede gezondheidszorg aan te bieden (van Weel, Roberts, Maeseneer, & van der Velden, 2011). De overheid heeft met name in de vorige eeuw ingezet op een gecentraliseerde overheid van waaruit de gezondheidszorg geregeld wordt. Nu zet zij meer in op een gedecentraliseerde overheid waarbij gemeentes een veel belangrijkere rol krijgen (van Weel et al., 2011).

Door het nieuwe zorgsysteem heeft de overheid de verantwoordelijkheid meer bij de burger neergelegd (Maarse & Ter Meulen, 2006). De overheid heeft er zo voor gezorgd dat zorgverzekeraars op een beperkte profit-basis mag werken. Zij mogen geen winst mogen maken op de basisverzekering, maar wel op aanvullende verzekeringen (Maarse & Ter Meulen, 2006). Toen de overheid de zorgverzekeringswet in 2006 aannam, moesten zorgverzekeraars ervoor zorgen dat iedere burger toegang zou hebben tot zorg (Maarse & Ter Meulen, 2006). In 2016 is dat gewijzigd en mogen zorgverzekeraars patiënten alleen weigeren voor een aanvullende verzekering (VWS, 2016).

De Nederlandse overheid heeft 4 belangrijke wetten die over de gezondheidszorg gaan. Zo kan de overheid de zorgconsument helpen met het dragen van de kosten voor de gezondheidszorg. Deze wetten zijn de ZVW, AWBZ, WMO en de jongerenwet. Het geld wat door die wetten beschikbaar komt, is beschikbaar voor zorgconsument, omdat zij de zorgkosten niet allemaal zelf kunnen dragen (VWS, 2016). Gemeentes dienen nu te inventariseren welke zorgconsument onder deze wetten vallen en zij hebben een budget wat zij mogen verdelen onder deze mensen. Daarnaast heeft de centrale overheid controle over de ZVW, omdat zij die in 2006 zelf in het leven heeft geroepen (VWS, 2016). Deze wetten zullen hieronder één voor één behandeld worden.

Zorgverzekeringswet:

De zorgverzekeringswet (Zvw) is op 1 januari 2006 in werking getreden (VWS, 2011). Daarmee werd een einde gemaakt aan een discussie die al tientallen jaren duurde. Deze wet zou de marktwerking veel meer moeten bevorderen dan het overheidsbeleid (VWS, 2011). In feite veranderde er weinig, het grote verschil was wel dat de zorgverzekeraar nu een contract met een verzekerde afsloot, terwijl voor die tijd een bedrijf middels het inhouden van een deel van het salaris ervoor zorgde dat mensen verzekerd waren (VWS, 2011). Door het invoeren van de nieuwe wet is het toegestaan voor zorgverzekeraars om winst te maken (Den Exter & Guy, 2014)

Wet langdurige zorg

De wet langdurige zorg (Wlz) is een wet die ervoor zorgt dat mensen die het meest kwetsbaar zijn de zorg betaald krijgen die zij nodig hebben (VWS, 2016). Deze wet werd vroeger de wet "Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" (AWBZ) genoemd, maar is op 1 januari 2015 vervangen door de Wlz. De Wlz is ervoor bedoeld om mensen die 24 uur per dag zorg nodig hebben te helpen en ervoor te zorgen dat zij de zorg krijgen die zij nodig hebben. Deze wet is een aanvullende wet op het basispakket van de zorgverzekering en is gebaseerd op solidariteit. Door de belasting die de Nederlandse bevolking betaald, draagt zij mee aan de financiering van deze wet (VWS, 2016).

Wet maatschappelijke ondersteuning

De wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is een wet die op 1 januari 2007 is ingevoerd en ervoor bedoeld is om mensen een gepersonaliseerde zorg aan te bieden (VWS, 2011). Gemeentes in Nederland krijgen een budget vanuit de overheid om zorgconsument de zorg te verlenen die zij nodig hebben. Voorbeelden voor mensen die in aanmerking komen voor deze wet zijn mensen die dakloos zijn of mensen die geassisteerd moeten worden bij hun dagelijkse bezigheden, huishoudelijke werkzaamheden etc. (VWS, 2016). De financiering werkt als volgt: lokale gemeentes kunnen bij fondsen vanuit de overheid geld krijgen om de zorg voor de zorgconsument te betalen. Dit geld gaat via de sociale verzekeringsbank vanuit de overheid naar de gemeentes (VWS, 2016).

Jongerenwet:

Ook de jongerenwet is in 2015 ingesteld ten gevolge van de decentralisatie die gaande is in Nederland (VWS, 2016). Deze wet zorgt ervoor dat lokale gemeentes kinderen, jongvolwassenen en hun families kunnen helpen indien nodig. Dit kunnen zij doen door de ontwikkeling van de jongeren te begeleiden, psychische problemen aan te pakken en hulp te geven bij opvoeden. Doordat de verantwoordelijkheid vanuit de overheid naar de gemeentes is gegaan, is het makkelijker om de jongerenzorg te integreren, omdat de instanties dichter bij elkaar liggen (VWS, 2016)

2.3.4 Zorgconsument

De zorgconsument heeft te maken met de overheid, met de zorgaanbieder en met de zorgverzekeraar. Omdat het zorgsysteem in 2006 naar een gereguleerde marktwerking is overgegaan, heeft dat ook consequenties gehad voor de zorgconsument (VWS, 2011). Tevens is het het geval dat de zorgconsument voor behandelingen waarvoor zij niet verzekerd is, apart moet betalen, de zogenaemde eigen bijdrage (Turquet, 2012). Sinds 2006 is de invloed van de zorgconsument veranderd, omdat zij keuzes moet maken ten aanzien van zorgverzekeraar en zorgplan (Victoor et al., 2012).

Het huidige zorgstelsel kent een aantal onduidelijkheden over waar de verantwoordelijkheden voor de zorgconsument liggen in de gereguleerde markt van de zorg. Grofweg zijn er twee opvattingen te onderscheiden.

De eerste opvatting is dat de zorgconsument zich in de rol van verzekerde ziet en een zorgverzekeraar kiest die namens de zorgconsument zorgaanbieders contracteert. De andere opvatting is dat de zorgconsument voor een zorgaanbieder kiest en dat de zorgverzekeraar dat dient te faciliteren (Levi & Bos, 2015). Op dit moment heeft het systeem in Nederland van beide opvattingen wat in zich. Alleen is er onduidelijkheid voor artsen, zorginstellingen en zorgconsument wat betreft de “macht” van de zorgconsument en de zorgverzekeraar (Levi & Bos, 2015).

Op dit moment promoot de Nederlandse overheid individuele keuzes van de zorgconsument wat betreft de gezondheidszorg (Victoor et al., 2012). Daarmee zouden twee problemen worden opgelost waar de zorgconsument nu de dupe van is. Deze twee problemen zijn dat zij niet actief kunnen participeren in een zorgsysteem en het feit dat zij zich meer waardevol voelen voor een zorgsysteem. Het eerste probleem wordt opgelost door ervoor te zorgen dat zorgconsumenten een actieve houding ten opzichte van het kiezen van zorg hebben (Victoor, Delnoij, Friele, & Rademakers, 2016; Victoor et al., 2012). Het is goed dat zorgconsument die keuze heeft aangezien de zorgconsument zich zo meer waardevol zal voelen. Dit wordt duidelijk op het moment dat zij een keuze kunnen maken voor een arts. Het tweede probleem wordt opgelost, omdat de zorgconsument zich verbonden voelen met een zorgsysteem. Deze systemen zijn duurzamer, omdat er meer commitment met een zorgsysteem is vanuit de zorgconsument (Victoor et al., 2012).

De Nederlandse overheid is hard bezig om alle systemen te decentraliseren, in tegenstelling tot wat zij in de latere jaren van de vorige eeuw heeft gedaan. Zo is het niet voor de hand liggend dat de dokter alles weet en de zorgconsument het advies van de arts ter harte neemt. De zorgconsument moet zelf in staat zijn om beslissingen te nemen (Victoor et al., 2012).

Aan de andere kant laat onderzoek zien dat de zorgconsument niet goed in staat is om met zoveel keuzes om te gaan (Victoor et al., 2016). Als gevolg van hoe het zorgsysteem in elkaar zit, kunnen zorgconsumenten keuzes maken om naar een bepaald ziekenhuis te gaan. Een grote groep doet dat niet, omdat zij zichzelf niet in staat acht om een goede keuze te maken voor een ziekenhuis (Victoor et al., 2016). Redenen die daarvoor worden aangedragen zijn de volgende: zorgconsumenten maken deel uit van een bepaald proces, zij hebben vertrouwen in hun arts of behandelend specialist en daarnaast zien ze geen kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen (Victoor et al., 2016). De overheid vraagt van de zorgconsument om een actieve keuze te maken voor behandelende ziekenhuizen, maar er blijkt dat de zorgconsument dat slechts in 30% van de gevallen doet, waarvan 13% dat actief doet en 17% semi-actief (Victoor et al., 2016). Zodoende valt dat percentage kiezende zorgconsument tegen wat betreft de keuze in de gezondheidszorg.

2.3.5 Conclusie

De rol van de vier belangrijke actoren in termen van betaalbaarheid en toegankelijkheid in het zorgsysteem loopt door elkaar heen. Dit komt doordat alle vier de actoren; de overheid, de zorgconsument, de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar, met elkaar van doen hebben. Zo heeft de zorgconsument de verplichting om een verzekering bij de zorgverzekeraar af te sluiten. Na de verandering van het zorgsysteem in 2006 zijn hier andere voorwaarden aan verbonden. Zorgconsumenten zijn verplicht een basisverzekering af te sluiten, maar een aanvullende verzekering mogen zij zelf kiezen. Dit leidt ertoe dat de zorgconsument de “macht” voor het interacteren met zorgaanbieders in de handen van de zorgverzekeraar legt. Zeker met het oog op de zorgkosten is dit een belangrijke gebeurtenis omdat de hoogte van zorgkosten hier mede van afhankelijk is. Het is niet wenselijk dat de zorgverzekeraar misbruik maakt van deze situatie en de zorgconsumenten gaat uitbuiten, zodat de zorgkosten gaan stijgen.

De zorgverzekeraar heeft een relatie met de zorgaanbieder. Daar kopen zij zorg in, zodat de zorgconsument gebruik kan maken van de gezondheidszorg. Zorgaanbieders hebben het recht om hun eigen prijzen te bepalen, maar vaak worden zij in de houdgreep gehouden door zorgverzekeraars. Dit kan er misschien toe leiden dat zorgkosten hoger worden. De zorgconsument kan een keuze maken bij welke zorgaanbieder hij zich laat behandelen, mits de zorgaanbieder gecontracteerd is door de zorgverzekeraar. Is dat niet het geval, dan komen de behandelkosten op rekening van de zorgconsument.

De overheid is van rol veranderd; voor 2006 stelde zij zichzelf als doel om expliciet beleid voor patiënten en de rechten van zorgconsumenten te maken. Tegenwoordig probeert ze dit te faciliteren, zij geeft gemeentes meer rechten om zorgconsumenten een indicatie te geven voor welke zorg zij nodig hebben. Daarnaast heeft de overheid vier wetten die ervoor zorgen dat mensen financiële middelen kunnen ontvangen. Dit maakt het makkelijker om aan premies van de zorgverzekeraars te voldoen. Deze wetten zijn de Zvw, de Wlz, de Wmo en de jongerenwet. Deze geldstromen zijn terug te zien in de kosten die gemaakt worden voor de gezondheidszorg. Een gedeelte daarvan komt uit de financiering die door deze wetten is mogelijk gemaakt.

2.4 Zorgkosten

2.4.1 Inleiding

Zorgkosten omvatten ruwweg de kosten van alle zorg die geboden wordt in een zorgsysteem. Daarbinnen zijn twee soorten zorgkosten te onderscheiden, namelijk korte- en lange termijn kosten. Korte-termijnkosten zijn kosten die een gedurende een korte periode worden gemaakt. Bijvoorbeeld de kosten die gemaakt worden voor een blindedarmoperatie, want die opnametijd na de operatie is niet lang. Daarentegen worden lange-termijnkosten gedurende een langere periode gemaakt. Daarbij valt te denken aan chronische ziektes, operaties die veel complicaties met zich meebrengen of langdurige ziektes als kanker (Van den Berg et al., 2014). De zorgkosten zijn in absolute zin te meten door te kijken naar wat er aan geld uitgegeven wordt aan zorg. Zo heeft iedere ziekte of behandeling dan ook een eigen kostenplaatje. Een specialistische ingreep zal bijvoorbeeld meer kosten dan een eenvoudige ingreep (Polinder et al., 2016). Het is belangrijk om dit te weten, omdat korte-termijnkosten vaak minder kosten dan lange-termijnkosten.

De zorgkosten in Nederland zijn harder gaan stijgen sinds 2000, zoals te zien is in figuur 2 en 3. Voor 2000 viel de stijging van de kosten mee, maar door liberale keuzes in de politiek werden deze hoger. Voor 2000 werd er namelijk weinig rekening gehouden met lange-termijnkosten, dus die kwamen na 2000 hoger terug. Daarnaast werd de arbeidsproductiviteit van verpleegkundig personeel minder, kwamen er langere wachtlijsten in met name ziekenhuizen (OECD, 2015). In Nederland was de verwachting dat na 2006 de zorgkosten zouden dalen, maar het tegendeel blijkt waar. Het Nederlandse systeem is duur en zal nog duurder worden door onder andere de vergrijzing (Van Eijsden, 2015).

De betaalbaarheid van de zorg wordt mede bepaald door de hoogte van zorguitgaven ten opzichte van de beschikbare, financiële middelen van burgers en de overheid (Van den Berg et al., 2014). Het aandeel dat de gezondheidszorg inneemt van het BBP, is de laatste jaren steeds groter geworden. Waar de absolute zorgkosten al vanaf 1998 aan het stijgen zijn, ligt het iets anders met de relatieve zorgkosten ten opzichte van het Bruto Binnenlands Product (BBP). Deze kosten zijn rond 2000 gedaald, daarna gestegen en rond 2006 weer gedaald. Na die dalingen, zijn er ook forse stijgingen te zien (figuur 2&3).

De stijging van de zorgkosten rond 2000 is onder andere te verklaren door de lage stijging van de zorgkosten in de voorafgaande jaren (OECD, 2015). Omdat er in totaal meer geld werd verdiend door de bevolking, namen de relatieve zorgkosten af. Na 2006 stijgen de absolute zorgkosten vrij hard, mogelijk is dit een effect van de verandering van het zorgsysteem. Als deze zorgkosten zo door blijven stijgen, zal dit gat met andere landen de komende jaren nog groter worden (OECD, 2015). Dit zal uiteindelijk invloed hebben op het begrotingstekort. Zeker met de 2% regel die door de EU is ingesteld wat betreft begrotingstekorten van landen kan dit eventueel sancties voor Nederland met zich meebrengen (OECD, 2015).

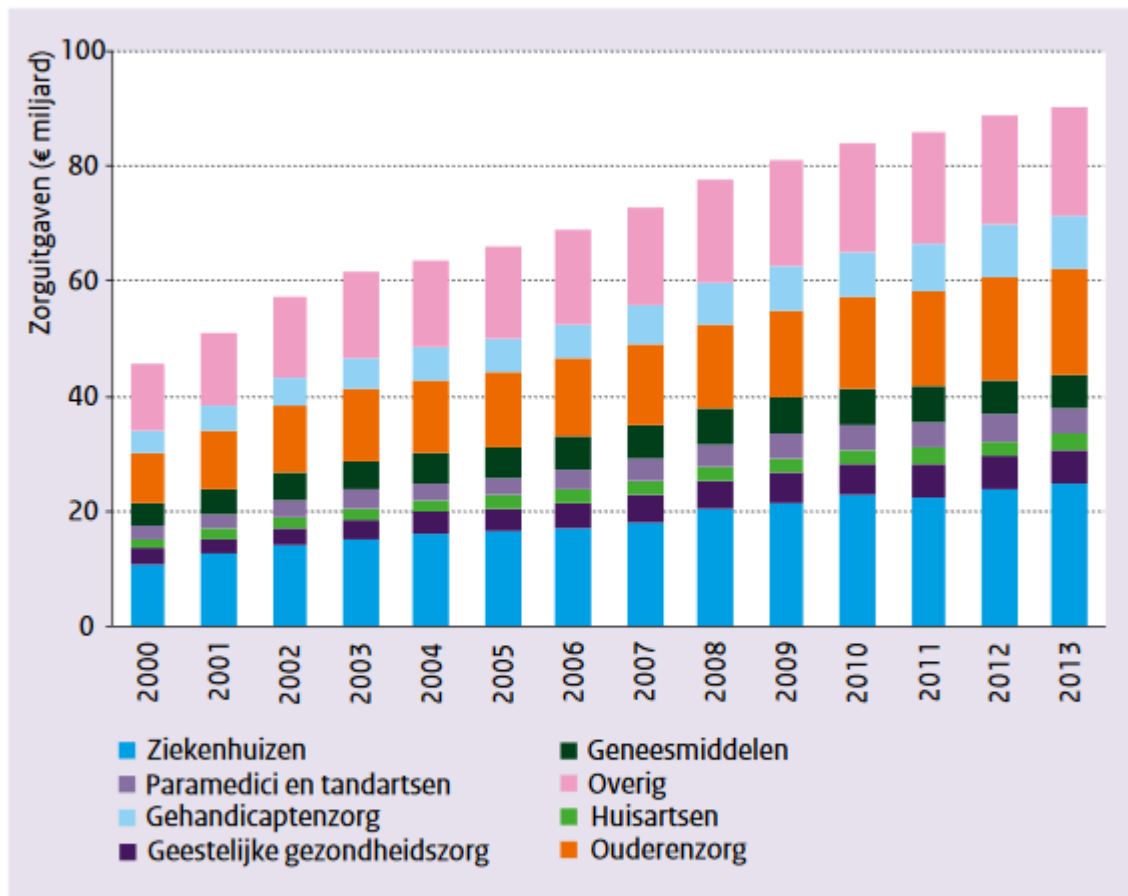
2.4.2 Kostendrijvers algemeen

De totale zorgkosten zijn een optelsom van alle zorgkosten bij elkaar. Zo zijn er twee drijvers die ervoor kunnen zorgen dat zorgkosten stijgen, namelijk de prijs- en de volumeontwikkeling (Van den Berg et al., 2014). De prijsontwikkeling is het verhogen of verlagen van een prijs. Deze prijsontwikkeling wordt onder andere veroorzaakt door de zorgaanbieders, technologische ontwikkelingen, hogere vaste kosten en de zorgkosten voor behandelingen. Volumeontwikkeling houdt in dat er van bepaalde behandelingen, bezoeken etc. meer wordt afgenomen. Dit zorgt voor een hogere vraag en bijgevolg hogere kosten (Van den Berg et al., 2014).

Zorgaanbieders zijn verplicht tot transparantie van zorgkosten en zo wordt duidelijk dat vaste kosten ieder jaar meer toenemen. Dit kan erin resulteren dat de zorgaanbieders de kosten doorberekenen aan de zorgverzekeraars. Volgens de NZA (2014) blijkt dat als alle vaste kosten van zorgaanbieders bij elkaar worden opgeteld, er relatief minder kosten worden gemaakt. De prijzen van de aanbieders zouden dus naar beneden kunnen. Dit kan door bijvoorbeeld groepspraktijken te starten, zodat de administratiekosten naar beneden gaan. Veel zorgaanbieders verhogen echter hun eigen prijzen om hun voortbestaan te kunnen garanderen (Zorgautoriteit, 2014).

Zo zijn er ook een aantal factoren te noemen die bijdragen aan een verlaging van zorgkosten. De administratiekosten bij zorgverzekeraars zijn de afgelopen jaren gedaald van 4,5% in 2006 naar 2,9% in 2010 (OECD, 2015). Deze effecten zijn echter kleiner dan de volumegroei van de goedkope en minst dringende zorg. Deze zorg neemt het grootste stijgingspercentage in (Van Eijdsden, 2015). Op deze manier kan voorzichtig worden geconcludeerd, dat waar een gereguleerde markteconomie zou moeten zijn, er een oligopolie ontstaat met zorgverzekeraars en zorgaanbieders (Van Eijdsden, 2015).

Figuur 8.2: Uitgaven per zorgsector (in miljard euro), 2000-2013 (Bron: CBS Statline, 2014f).^a



De categorie 'Overig' omvat GGD-en, ARBO-diensten, therapeutische middelen, ondersteunende diensten en beleids- en beheersorganisaties

^a 2012 en 2013 zijn voorlopige cijfers

Figuur 5 - OECD (2015)

In figuur 6 is te zien waar de stijgende zorgkosten vandaan komen in Nederland. In dit deel van het onderzoek wordt gekeken naar hoe elk van die kosten heeft kunnen stijgen de afgelopen jaren. In het volgende gedeelte zullen alle posten van zorgaanbieders besproken worden. In deze stukken zal naar voren komen hoe de zorgkosten zich in deze post hebben ontwikkeld en hoe dat dit komt.

2.4.3 Ziekenhuizen

Uit onderzoek blijkt dat patiënten de laatste decennia steeds meer kwaliteit van de zorg verwachten (Burnett et al., 2016). Zo is het voor ziekenhuizen een lastige opgave om goede zorg te leveren waarbij de kosten zo laag mogelijk blijven (Burnett et al., 2016). In ziekenhuizen zorgen met name overheadkosten voor stijging van de zorgkosten (Van den Berg et al., 2014). Overheadkosten zijn kosten die een organisatie maakt als zij in haar eigen organisatie investeert (Wikipedia, 2016). Het resultaat hiervan is niet direct door de zorgconsument te zien. Deze bedragen ongeveer 20% van alle kosten die een ziekenhuis maakt (Van den Berg et al., 2014).

Sinds 2001 is er een substantiële stijging te zien in het aantal opnames van zorgconsumenten in ziekenhuizen in Nederland. Het is niet duidelijk of dit heeft geleid tot een beter beoordeelde kwaliteit van de geleverde zorg. Mogelijk zijn er ook meer opnames geweest, omdat de kwaliteit van de geboden zorg is afgenomen en mensen met complicaties terug moesten (Van den Berg et al., 2014). In Nederland zien we dat de zorgkosten die ziekenhuizen maken meer dan evenredig stijgen

aan de zorgproductie. Volumestijging lijkt een belangrijke kostendrijver te zijn. Hier zitten echter ook nog onduidelijke componenten in zoals meer gecompliceerde behandelingen, langere opnames, meer overheadkosten (Van den Berg et al., 2014). Al deze factoren zijn onderdeel van de groei van de zorgkosten.

2.4.4 Geestelijke gezondheidszorg

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is een sector die al langere tijd een volumegroei laat zien. Tot aan de jaren '80 van de vorige eeuw was er een strikt budgetbeleid van de overheid wat als het gaat om de uitgaven in de GGZ. Sinds dat werd losgelaten, zijn de zorgkosten harder gaan stijgen. Van € 1 miljard in 1982 tot € 5 miljard in 2011. Dit heeft er mogelijk mee te maken dat mensen de GGZ steeds makkelijk kunnen vinden (Van den Berg et al., 2014). De kosten die gemaakt worden in de GGZ worden in eerste instantie vergoed vanuit de Zvw, daarna wordt het overgenomen door de Wmo, wat betekent dat de gemeentes hier een belangrijkere rol in hebben gekregen (Schäfer et al., 2010). Verder blijkt dat de zorgconsumenten die gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg veelal te maken hebben met langdurige zorgkosten. De totale kosten van de GGZ zullen dus ieder jaar iets toenemen, totdat deze zorgconsumenten overlijden.

2.4.5 Huisartsen

In 2012 is er een onderzoek geweest bij huisartsen waaruit is gebleken dat 57% van de huisartsen vermoedt dat Nederlandse patiënten teveel zorg ontvangen (Wammes et al., 2014). Daarnaast blijkt dat huisartsen zorgconsumenten doorsturen naar de specialisten, de zogenoemde poortwachtersfunctie (Wammes et al., 2014). In dit onderzoek pleitten de onderzoekers ervoor dat huisartsen weer een grotere rol innemen, zodat zij meer behandelingen kunnen uitvoeren. Dit vraagt op sommige gebieden om meer educatie wat betreft behandelingen. Op die manier moeten zij hun poortwachtersfunctie met meer verantwoordelijkheid geven (Wammes et al., 2014). Huisartsen daarin meer hun verantwoordelijkheid nemen, dan zal dit leiden tot minder overdiagnostisering en overbehandelingen, zodat er minder onnodige zorgkosten hoeven te ontstaan (Wammes et al., 2014). De huisarts blijkt aldus een grote kostendrijver achter de kostenstijging van ziekenhuizen te zijn. Dit is deels op te lossen door de poortwachtersfunctie een andere invulling te geven. Zo kunnen huisartsen meer bevoegdheden krijgen om behandelingen uit te voeren, of zij moeten niet verplicht worden bezocht voordat zorgconsumenten naar de specialist kunnen gaan.

2.4.6 Paramedici en tandartsen

In Nederland zijn er ongeveer 8000 tandartsen actief waarbij het grootste gedeelte van de bevolking bij is aangesloten (Schäfer et al., 2010). Het grootste gedeelte van hun werk is preventief zodat zij ervoor kunnen zorgen dat tandziekten zich niet verder uitbreiden. Op deze manier hoeven zorgconsumenten bijvoorbeeld niet naar een kaakchirurg. In de specialistenzorg zijn twee soorten professionals te onderscheiden, de orthodontist en de kaakchirurg (Schäfer et al., 2010). Mogelijk zijn de stijgende zorgkosten hier te verklaren door het feit dat meer mensen in contact komen met orthodontisten en kaakchirurgen. Zorgconsumenten weten deze namelijk makkelijker te vinden dan vroeger (Schäfer et al., 2010).

2.4.7 Geneesmiddelen

Geneesmiddelen mogen alleen door artsen en apothekers in Nederland worden voorgeschreven (Schäfer et al., 2010). In de praktijk zal dit met name door artsen gebeuren. De afgelopen jaren zijn veel apothekers van familiebasis naar commerciële apothekers overgegaan. Hun inkomsten zijn bijgevolg tussen de 15% en de 35% gestegen tussen 2002 en 2008 (Schäfer et al., 2010). Daarnaast zijn er meer apotheken bijgekomen sinds in 1998 de markt voor medicijnen werd

vrijgegeven. Dit heeft niet geleid tot meer concurrentie, maar tot hogere prijzen. Sinds 2008 mogen zorgverzekeraars wel afspraken met apotheken maken om ervoor te zorgen dat prijzen naar beneden gaan. Dit wordt ook het zogenoemde selectieve contracteren genoemd (Schäfer et al., 2010).

Uit onderzoek is gebleken dat met name nieuwe medicijnen ervoor zorgen dat de prijzen van geneesmiddelen steeds iets hoger worden (Ferrario & Kanavos, 2015). Dit heeft onder andere te maken met patenten die farmaceuten aanvragen. Een groot gedeelte van de kosten van medicijnen zijn de prijzen die farmaceuten zelf vast kunnen stellen als zij een patent hebben gekregen (European Commission, 2009). Tevens willen farmaceuten hun ontwikkelingskosten terugverdienen. Om ervoor te zorgen dat de kosten van geneesmiddelen naar beneden gaan, wordt ervoor gepleit dat landen gaan samenwerken om de patentrechten niet te hoeven betalen (Ferrario & Kanavos, 2015). Deze patentrechten zitten nu bij de prijs van medicijnen ingesloten. Daarnaast moet ook gekeken worden naar het effect van de vervangende geneesmiddelen. De studie van Ferrario & Kanavos (2015) laat zien dat vervangende, goedkopere geneesmiddelen vaak niet zo goed zijn als bestaande geneesmiddelen en er op langere termijn veel meer complicaties kunnen optreden die voor hogere zorgkosten zorgen. Daarnaast zijn er veel langdurige medicatiekosten die ervoor zorgen dat deze kosten cumulatief zijn.

2.4.8 Ouderenzorg

Een belangrijke grotere kostenpost is de ouderenzorg. De bevolking in Nederland zal steeds verder vergrijzen, de levensverwachting zal toenemen en mensen leven langer in kwalitatief goede gezondheid. De ouderenzorg zal zo meer gaan kosten de komende jaren, aangezien ouderen in de laatste jaren van hun leven meer kosten (Van den Berg et al., 2014). Deze volumegroei heeft ook een grote invloed op de opnames van in verzorgingshuizen. Er komen steeds meer ouderen bij. Zij hebben veel meer zorg nodig in het einde van hun leven omdat die jaren relatief het meeste kosten (Geue, Briggs, Lewsey, & Lorgelly, 2014). Ouderen vinden echter de kwaliteit van de zorg behoorlijk tegenvallen, temeer omdat zij vinden dat er te weinig tijd aan hen wordt besteed door verpleegkundigen (Van den Berg et al., 2014).

Uit onderzoeken blijkt dat ouderen meer vallen dan jongeren (Hartholt et al., 2012; Siracuse et al., 2012). Dat resulteert erin dat ouderen meer in het ziekenhuis liggen en zij daar ook langer verblijven (Siracuse et al., 2012). Zo concluderen de onderzoekers dat simpele vallen zorgen voor een hoge morbiditeit, hogere mortaliteit en hoge kosten. Als er meer onderzoek wordt gedaan naar hoe vallen voorkomen kan worden dan levert dit meer op voor de maatschappij (Siracuse et al., 2012).

2.4.9 Gehandicaptenzorg

Volgens het RIVM (2016) leefden er in Nederland in 2013 ongeveer 142.000 mensen met een verstandelijke beperking. Een groot gedeelte van deze mensen heeft extra zorg nodig omdat zij niet zelfredzaam zijn (RIVM, 2016). In 2011 werd € 6.8 miljard uitgegeven aan verstandelijk beperkten waarvan bijna 98% aan de gehandicaptenzorg. De laatste jaren is te zien dat er steeds meer geld wordt uitgegeven aan de gehandicaptenzorg. Een mogelijke oorzaak hiervan is dat er meer mensen met een lichtere verstandelijke beperking vallen onder deze kosten. Deze mensen vielen vroeger onder overig, maar nu onder de gehandicaptenzorg. Daarnaast is er een betere diagnostiek, dus meer mensen zullen de zorg krijgen die zij nodig hebben. De laatste jaren is er een verschil te zien wat betreft de AWBZ, deze is uitgebreid en verbeterd (RIVM, 2016).

Binnen de gehandicaptenzorg zijn de kosten in een aantal posten te onderscheiden. Zo waren er in 2014 189.000 mensen die een beroep doen op de gehandicaptenzorg (dit zijn dus meer mensen dan mensen die volgens de definitie een verstandelijke beperking hebben). De hoeveelheid zorg die

geleverd wordt in de gehandicaptenzorg is tussen 2011 en 2012 met 3,5% toegenomen. Recentere cijfers zijn nog niet beschikbaar maar verwacht wordt dat dit aandeel is toegenomen (RIVM, 2016). Dat kan betekenen dat de volumegroei toeneemt en daarmee mogelijk de zorgkosten.

2.4.10 Overige zorgkosten

Een andere factor die ervoor zorgt dat de zorgkosten de tientallen jaren zijn gestegen, komt voort uit de technologische ontwikkelingen (Fermont, Douw, Vondeling, & IJzerman, 2016). Te denken valt aan therapieën voor auto-immune ziektes, medicijnen die voor zeer specifieke ziektes zijn ontwikkeld, nieuwe apparaten die kunnen helpen bij behandelingen et cetera. Zo blijkt dat de ontwikkelingskosten voor nieuwe therapieën en apparaten hoog liggen en het jaren kan duren voordat die kosten terug zijn verdiend (Fermont et al., 2016). Een zorgaanbieder wil deze investeringen doorberekenen aan de zorgverzekeraar. Mede omdat hij anders verlies gaat draaien, daarnaast willen zij zichzelf verder ontwikkelen door nieuwe investeringen.

2.4.11 Conclusie

Zorgkosten omvatten alle kosten die gemaakt worden in een zorgsysteem. Hierbinnen zijn korte- en lange termijnkosten te onderscheiden. De zorgkosten zijn de afgelopen jaren in Nederland zowel absoluut als relatief ten opzichte van het BBP gestegen. Stijging van zorgkosten lijkt terug te voeren naar enerzijds volumegroei en anderzijds de prijsstijging van behandelingen, opnames etc. De drie grootste kostenveroorzakers zijn op dit moment het ziekenhuis, de ouderenzorg en de overige zorgkosten.

Het is een algemene trend dat volumes van behandelingen, opnames etc. toenemen. Omdat concurrentie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderling vaak achterwege blijft, zal dit zeker niet leiden tot een prijsverlaging, maar mogelijk zelfs tot hogere kosten. Een voorbeeld is te zien in het prisoners dilemma, hier wordt duidelijk dat zonder concurrentie er meer verdient kan worden door zorgaanbieders (Liu & Li, 2016). Dit kan leiden tot prijsverhogingen die uitmonden in hogere zorgkosten. Ook zijn er meer zorgaanbieders die te maken hebben met langdurige zorgkosten; bijvoorbeeld verpleeghuizen en ziekenhuizen. Deze kosten zullen vermoedelijk voorlopig blijven stijgen, zeker als de vergrijzing door blijft gaan.

Overheadkosten zijn kosten die bij veel zorgaanbieders terugkomen en met name bij ziekenhuizen. Deze kosten zijn relatief gezien hoog en kunnen doorgaans makkelijk voorkomen worden. De volumegroei die ontstaat, wordt deels veroorzaakt doordat mensen de zorgaanbieders makkelijker kunnen vinden in tegenstelling tot vroeger. Dat kan leiden tot een hogere volumegroei, dus hogere zorgkosten als de prijzen niet evenredig dalen.

Hoofdstuk 3: Conclusie en discussie

3.1 Conclusie

De gezondheidszorg heeft in 2014 € 95 miljard gekost en het lijkt er niet op dat deze kosten in de nabije toekomst af zullen nemen. Nederland heeft een uniek zorgsysteem waarin de zorgconsument, de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar en de overheid de belangrijkste plaats innemen. De zorgconsument is afhankelijk van de zorgverzekeraar en van de zorgaanbieder voor het krijgen van zorg. De overheid reguleert de markt wat betreft de zorg en dat is te zien door onder andere wetgeving. In 2006 is het zorgsysteem veranderd van een sociaal systeem gebaseerd op Bismarck naar een gereguleerde marktwerking, wat inhoudt dat er veel factoren zijn veranderd. Dit heeft invloed gehad op hoe de hoofdactoren zich tot elkaar verhouden en mogelijk bijgevolg de zorgkosten.

Zorgconsumenten hebben een grotere verantwoordelijkheid gekregen voor het kiezen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders waarbij het de vraag is of zij die verantwoordelijkheid kunnen dragen. Zorgconsumenten hebben hun "macht" voor het contracteren van zorgaanbieders aan de zorgverzekeraar gegeven. Het blijkt dat een aantal zorgaanbieders, bijvoorbeeld ziekenhuizen, huisartsen en de ouderenzorg, zowel absoluut als relatief veel meer geld kosten ten opzichte van een aantal jaren geleden. De ouderenzorg kost veel geld, mede doordat er meer ouderen bijkomen in Nederland. Hier ligt een probleem aan ten grondslag; voordat de ouderen een specialist willen bezoeken, moeten zij langs een huisarts. Dat betekent dat er meer huisartsbezoeken worden afgelegd. Deze huisartsen hebben steeds meer vaste en variabele kosten die zij doorberekenen in hun prijzen.

Ook de overige kosten worden in de gezondheidszorg steeds hoger. Dit zijn kosten die veroorzaakt worden door onder andere nieuwe technologische ontwikkelingen, GGD-en en ondersteunende diensten. Zorgaanbieders willen het liefst de meest geavanceerde apparatuur en de aanschafkosten en de ontwikkelingskosten hiervan berekenen zij door aan de zorgverzekeraar.

Een andere grote kostenpost die bij veel zorgaanbieders naar voren komt, zijn de overheadkosten. Overheadkosten zijn met name administratiekosten die met name in ziekenhuizen voorkomen, daarnaast zijn dit kosten die een organisatie maakt om zichzelf sterker te maken. Op deze kostenpost kan, zo lijkt, gekort worden want in 2014 bedroegen deze 20% van de totale kosten van een ziekenhuis. Verder is er sprake is van volumegroei in de gezondheidszorg. Enerzijds wordt dit veroorzaakt doordat mensen de zorgaanbieders makkelijker kunnen vinden. Dit is bijvoorbeeld terug te zien bij tandartsen en de gehandicaptenzorg. Anderzijds kan dit komen doordat mensen sneller voor aandoeningen behandeld willen worden.

Verder heeft de prijzengroei van behandelingen, opnames etc. een invloed op het stijgen van de zorgkosten. Doordat de gereguleerde marktwerking is ingevoerd, is de controle op prijzen van behandelingen van zorgaanbieders door de overheid veel minder geworden. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen nu samen onderhandelen over de prijzen van behandelingen. Mogelijk zijn deze prijzen te hoog voor de producten die de zorgaanbieders aanbieden.

Voor de stijgende zorgkosten zijn verschillende drijvers aan te wijzen. Er zijn alleen veel factoren bij betrokken die ervoor zorgen dat het probleem van de stijgende zorgkosten niet zomaar is op te lossen. Er zijn wel deelgebieden waarop mogelijk bezuinigd kan worden. Zo kan de huisarts een uitgebreidere taak krijgen binnen het zorgsysteem, zorgaanbieders kunnen bezuinigen op overheadkosten, of de overheid moet strikter worden met de regulatie van de vrije markteconomie.

3.2 Discussie:

In het Nederlandse zorgsysteem van gereguleerde marktwerking lijken de verschillende belangrijke actoren allemaal verschillende belangen te hebben. Tegelijkertijd draait het om de levenskwaliteit van de zorgconsument, alleen lijkt het niet zo te zijn dat het daar iedereen om gaat? Uit onderzoek is gebleken dat marktwerking in de gezondheidszorg niet goed functioneert, temeer omdat er meer bureaucratische (overhead) kosten zullen optreden (Kant, 2006). Daarnaast blijken zorgconsumenten niet in staat om goede keuzes te maken wat betreft zorgaanbieders en zorgverzekeraars (Victoor et al., 2016). Dit alles drijft uiteindelijk de zorgkosten op.

In het huidige Nederlandse zorgsysteem lijken er onvoldoende prikkels te zijn voor zorgaanbieders om daadwerkelijk te gaan concurreren, waarmee de zorgkosten zouden kunnen dalen (Zorgautoriteit, 2014). Een optie is volledige concurrentie invoeren of teruggaan naar het sociale systeem zoals voor 2006 het geval was. Toen stegen de zorgkosten immers minder hard. Ook is het

goed om te kijken of er “verboden” afspraken gemaakt worden tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De overheid heeft hier mogelijk een taak om dat te initiëren.

Daarnaast is het lastig om te kunnen zeggen of er daadwerkelijk factoren zijn die de meeste invloed hebben op de stijgende zorgkosten. Stijgende zorgkosten binnen de ouderenzorg hangen samen met de zorgkosten van huisartsen en van ziekenhuizen. Er zal specifiek naar gekeken moeten worden hoe deze kosten zich tot elkaar verhouden. Duidelijk is wel dat er kostenvermindering kan optreden door overheadkosten terug te draaien omdat deze kosten niet duidelijk terug zijn te leiden tot een hogere kwaliteit van de gezondheidszorg (Van den Berg et al., 2014). Daarnaast kan er samengewerkt worden met andere landen door kennis te delen over medicijnen. Hierin kan de overheid een leidende rol nemen.

Om het probleem van de stijgende zorgkosten aan te pakken lijkt een multidisciplinaire benadering nodig waarbij alle actoren worden betrokken. Een samenwerking wat betreft efficiëntie en een vergroting van kwaliteit is essentieel. Als de overheid hierin een leidende rol krijgt, dan hebben de andere actoren mogelijk minder in te brengen. Deze leidende rol zal inhouden dat de overheid meer gaat reguleren. De toekomst zal uit moeten wijzen of de overheid deze rol op zich wil nemen of dat zij steeds minder invloed zal hebben op de gezondheidsmarkt.

Zo zijn er ook mensen die denken dat de oplossing niet in het systeem zelf ligt maar daarbuiten. Herzlinger (2006) heeft geschreven dat er ook andere oplossingen liggen om de zorgkosten te laten dalen. Deze oplossingen liggen bijvoorbeeld in E-health, efficiëntie en nieuwe modellen over zorgsystemen. Daarnaast zijn er nog veel meer nieuwe ontwikkelingen op het gebied van zelfhulp, thuishulp etc. Al deze ontwikkelingen kunnen er in de toekomst mogelijk voor zorgen dat de zorgkosten weer gaan dalen.

Hoofdstuk 4: Referenties

- Andritsos, D. A., & Tang, C. S. (2014). Introducing competition in healthcare services: The role of private care and increased patient mobility. *European Journal of Operational Research*, 234(3), 898–909. <http://doi.org/10.1016/j.ejor.2013.11.022>
- Burnett, S., Mendel, P., Nunes, F., Wiig, S., van den Bovenkamp, H., Karlun, A., ... Fulop, N. (2016). Using institutional theory to analyse hospital responses to external demands for finance and quality in five European countries. *Journal of Health Services Research & Policy*, 21(2), 109–117. <http://doi.org/10.1177/1355819615622655>
- CBS. (2015). Zorguitgaven stijgen met 1.8% in 2014. Retrieved April 5, 2016, from <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2015/21/zorguitgaven-stijgen-met-1-8-procent-in-2014>
- Cremer, H., & Pestieau, P. (2003). Social insurance competition between Bismarck and Beveridge. *Journal of Urban Economics*, 54(1), 181–196. [http://doi.org/10.1016/S0094-1190\(03\)00042-1](http://doi.org/10.1016/S0094-1190(03)00042-1)
- Den Exter, A. P., & Guy, M. J. (2014). Market competition in health care markets in the Netherlands: Some lessons for England? *Oxford University Press*, 22(2), 255–273.
- Duijmelinck, D., & van de Ven, W. (2016). What can Europe learn from the managed care backlash in the United States? *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 120(5), 509–18. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.010>
- European Commission. (2009). *Pharmaceutical Sector Inquiry*. Retrieved from http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/staff_working_paper_part1.pdf
- Exter, A. den. (2010). Health system reforms in The Netherlands: from public to private and its effects on equal access to health care. *European Journal of Health Law*, 17(3), 223–233.
- Exter, A. den, Hermans, H., Dosljak, M., & Busse, R. (2004). *Health Care Systems in Transition*. Copenhagen.
- Fermont, J. M., Douw, K. H. P., Vondeling, H., & IJzerman, M. J. (2016). Ranking medical innovations according to perceived health benefit. *Health Policy and Technology*, 5(2), 156–165. <http://doi.org/10.1016/j.hlpt.2016.02.009>
- Ferrario, A., & Kanavos, P. (2015). Dealing with uncertainty and high prices of new medicines: A comparative analysis of the use of managed entry agreements in Belgium, England, the Netherlands and Sweden. *Social Science & Medicine*, 124, 39–47. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.003>
- Geue, C., Briggs, A., Lewsey, J., & Lorgelly, P. (2014). Population ageing and healthcare expenditure projections: new evidence from a time to death approach. *The European Journal of Health Economics*, 15(8), 885–896. <http://doi.org/10.1007/s10198-013-0543-7>
- Hartholt, K. A., Polinder, S., Van der Cammen, T. J. M., Panneman, M. J. M., Van der Velde, N., Van Lieshout, E. M. M., ... Van Beeck, E. F. (2012). Costs of falls in an ageing population: A nationwide study from the Netherlands (2007–2009). *Injury*, 43(7), 1199–1203. <http://doi.org/10.1016/j.injury.2012.03.033>
- Herzlinger, R., E. (2006). *Innovating in Health Care - Framework*. San Francisco.
- Kant, A. (2006). A free market is unfavourable for health care . *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 150(18), 1015. Retrieved from <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-33646520826&partnerID=40&md5=f37673ab58cb20f95835b69e8a903c88>

- Keckley, P. H. (2012). *Deloitte 2012 Survey of U.S. Health Care Consumers: The performance of the health care system and health care reform*. Washington D.C. Retrieved from <http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/life-sciences-health-care/us-lshc-2012-survey-of-us-consumers-health-care.pdf>
- Krabbe-Alkemade, Y. J. F. M., Groot, T. L. C. M., & Lindeboom, M. (2016). Competition in the Dutch hospital sector: an analysis of health care volume and cost. *The European Journal of Health Economics*, 1–15. <http://doi.org/10.1007/s10198-016-0762-9>
- Lako, C. J., Rosenau, P., & Daw, C. (2011). Switching Health Insurance Plans: Results from a Health Survey. *Health Care Analysis*, 19(4), 312–328. <http://doi.org/10.1007/s10728-010-0154-8>
- Lapr e, R., Rutten, F., & Schut, E. (2001). *Algemene economie van de gezondheidszorg* (2nd ed.). Maarsen: Reed Business BV.
- Levi, M., & Bos, W. (2015). Weinig keuzebereidheid bij de pati ent. Weer een stukje falende markt? *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 159, A8664. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84965089031&partnerID=tZOtx3y1>
- Liu, C., & Li, R. (2016). Power-law distributed temporal heterogeneity of human activities promotes cooperation on complex networks. *Physica A: Statistical Mechanics and Its Applications*, 457, 93–100. <http://doi.org/10.1016/j.physa.2016.03.051>
- Maarse, H., Jeurissen, P., & Ruwaard, D. (2013). *Concerns over the financial sustainability of the Dutch healthcare system*.
- Maarse, H., & Ter Meulen, R. (2006). Consumer Choice in Dutch Health Insurance after Reform. *Health Care Analysis*, 14(1), 37–49. <http://doi.org/10.1007/s10728-006-0010-z>
- Nesporikova, R., & Sidor, J. (2015). Comparison of countries by the systems of health insurance. *Journal of Applied Economic Sciences*, 10(2), 301–310. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84929334759&partnerID=tZOtx3y1>
- OECD. (2015). *Health care budgeting in the Netherlands - Fiscal Sustainability of Health Systems*. Retrieved from http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/fiscal-sustainability-of-health-systems/health-care-budgeting-in-the-netherlands_9789264233386-14-en
- Polinder, S., Haagsma, J., Panneman, M., Scholten, A., Brugmans, M., & Van Beeck, E. (2016). The economic burden of injury: Health care and productivity costs of injuries in the Netherlands. *Accident Analysis & Prevention*, 93, 92–100. <http://doi.org/10.1016/j.aap.2016.04.003>
- Rijksoverheid. (2016). Welke medicijnen krijg ik vergoed? Retrieved June 23, 2016, from <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geneesmiddelen/vraag-en-antwoord/welke-medicijnen-krijg-ik-vergoed>
- RIVM. (2016). Verstandelijke beperking, cijfers & context. Retrieved from <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/verstandelijke-beperking>
- Sch afer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Westert, G., Deville, W., & van Ginneken, E. (2010). The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transitions*, 12(1), 1–229.
- Shmueli, A., Stam, P., Wasem, J., & Trottmann, M. (2015). Managed care in four managed competition OECD health systems. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 119(7), 860–73. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.02.013>
- Siracuse, J. J., Odell, D. D., Gondek, S. P., Odom, S. R., Kasper, E. M., Hauser, C. J., & Moorman, D. W. (2012). Health care and socioeconomic impact of falls in the elderly. *The American Journal of*

- Surgery*, 203(3), 335–338. <http://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2011.09.018>
- Turquet, P. (2012). Health insurance system financing reforms in The Netherlands, Germany and France: Repercussions for coverage and redistribution? *International Social Security Review*, 65, 29–51.
- Van den Berg, M. J., De Boer, D., Gijsen, R., Heijink, R., Limburg, L. C. M., & Zwakhals, S. L. N. (2014). *Zorgbalans 2014 De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*. Bilthoven. Retrieved from <http://www.gezondheidszorgbalans.nl/dsresource?type=pdf&disposition=inline&objectid=rivm:p:259835&versionid=&subobjectname=>
- Van der Horst, A., Van Erp, F., & De Jong, J. (2011). *Trends in gezondheid en zorg*.
- Van Eijsden, P. (2015). No Title. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 45, 159. Retrieved from <https://www.ntvg.nl/artikelen/nieuws/oeso-maakt-zich-zorgen-over-nederlands-zorgstelsel/artikelinfo>
- van Weel, C., Roberts, R., Maeseneer, J. De, & van der Velden, K. (2011). Public health: profession, health system, government control. *The Lancet*, 378(9790), 468–469. [http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60275-4](http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60275-4)
- Ven, Wynand, P. M. M., & van der Schut, Frederik, T. (2008). Universal mandatory health insurance in The Netherlands: a model for the United States? *Health Aff*, 27(3), 771–781.
- Victoor, A., Delnoij, D., Friele, R., & Rademakers, J. (2016). Why patients may not exercise their choice when referred for hospital care. An exploratory study based on interviews with patients. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 19(3), 667–78. <http://doi.org/10.1111/hex.12224>
- Victoor, A., Friele, R. D., Delnoij, D. M. J., & Rademakers, J. J. D. J. M. (2012). Free choice of healthcare providers in the Netherlands is both a goal in itself and a precondition: modelling the policy assumptions underlying the promotion of patient choice through documentary analysis and interviews. *BMC Health Services Research*, 12(1), 441. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-12-441>
- VWS, M. van. (2011). *Health insurance in The Netherlands*. The Hague.
- VWS, M. van. (2016). *Healthcare in The Netherlands*. The Hague.
- Wammes, J. J. G., Jeurissen, P. P. T., Verhoef, L. M., Assendelft, W. J. J., Westert, G. P., & Faber, M. J. (2014). Is the role as gatekeeper still feasible? A survey among Dutch general practitioners. *Family Practice*, 31(5), 538–44. <http://doi.org/10.1093/fampra/cm046>
- Westert, G. P., & Verkleij, H. (2006). *Zorgbalans. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2004. Volksgezondheid Toekomstverkenning*. Bilthoven.
- Wikipedia. (2016). Overhead (bedrijfskunde). Retrieved June 23, 2016, from [https://nl.wikipedia.org/wiki/Overhead_\(bedrijfskunde\)](https://nl.wikipedia.org/wiki/Overhead_(bedrijfskunde))
- Yang, W.-H., Hu, J.-S., & Chou, Y.-Y. (2012). Analysis of network type exchange in the health care system: a stakeholder approach. *Journal of Medical Systems*, 36(3), 1569–81. <http://doi.org/10.1007/s10916-010-9618-5>
- Zorgautoriteit, N. (2014). *Sturen op doelmatigheid Doelmatigheidsprikkels in zorgmarkten met gereguleerde tarieven*.