



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Alternatieve bekostiging in de zorg: ruimte bieden en begrenzen

Struijs, J.N.

Citation

Struijs, J. N. (2025). *Alternatieve bekostiging in de zorg: ruimte bieden en begrenzen*. Leiden.
Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/4261836>

Version: Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/4261836>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Prof. dr. Jeroen N. Struijs

Alternatieve bekostiging in de zorg: ruimte bieden en begrenzen



Universiteit
Leiden

Bij ons leer je de wereld kennen

Alternatieve bekostiging in de zorg: ruimte bieden en begrenzen

Oratie uitgesproken door

Prof. dr. Jeroen N. Struijs

bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar
Population Health Economics, in het bijzonder alternatieve bekostiging
aan de Universiteit Leiden
op 26 september 2025



**Universiteit
Leiden**

Mevrouw de Rector Magnificus, leden van de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit, leden van het curatorium van deze bijzondere leerstoel, geacht faculteitsbestuur, beste toehoorders hier en via de livestream,

Soms heb je van die momenten in je leven die je niet meer vergeet. Voor mij is een van die momenten het lezen van de eerste zinnen van een wetenschappelijk artikel van James Robinson (1). Onderweg naar een van mijn eerste congressen, las ik in het vliegtuig van Amsterdam naar Orlando de volgende zinnen en ik citeer: *‘There are many mechanisms for paying physicians; some are good and some are bad. The three worst are fee-for-service, capitation, and salary’*. Het riep bij mij onmiddellijk een reeks fundamentele vragen op: op deze manier betalen wij toch bijna alle zorgaanbieders? En zijn er betere manieren? Bestaat er überhaupt zo iets als een ideaal bekostigingsmodel? En zo kon ik nog wel even doorgaan. Maar wat ik mij nu realiseer – terwijl ik deze oratie aan het voorbereiden was en terugkeek op de afgelopen 20 jaar – is dat het lezen van dit artikel voor mij het echte startpunt was van mijn wetenschappelijke carrière. Ik werd hierdoor gegrepen en ik houd me sindsdien dagelijks bezig met vraagstukken als hoe organiseren de zorg en hoe bekostigen we die.

In de afgelopen jaren heb ik mijn kinderen geleerd dat ‘een keuze die leidt tot energie en inspiratie, nooit een foute keuze is’. En vandaag, door hier in deze mooie kerk en in deze entourage, mijn oratie uit te spreken – en daarmee publiekelijk mijn ambt als hoogleraar aanvaardt – realiseer ik mij dat deze les aan mijn kinderen eigenlijk over mijzelf gaat. En, als u mijn oratie heeft gehoord, zult u begrijpen: dit onderwerp zal mij de komende jaren, en waarschijnlijk tot aan mijn emeritaat, nog wel bezighouden.

Ik wil hierbij gelijk wel aangeven: de bekostiging, of ietwat breder – de contractering en zorginkoop – gaan niet alle problemen in de zorg oplossen, en in die zin zijn het geen

panacees of magic bullets. Ik hoop dit dan ook niet uit te stralen, en zoals ik zo vaak zeg: ‘ik ben niet voor, ik ben niet tegen’, en ik ben in die zin ook geen *believer*. Mijn academische uitdaging is om te begrijpen – om echt te snappen – wanneer en hoe de bekostiging ingezet kan worden als een van de beleidsinstrumenten om zo een toekomstbestendig zorgstelsel te realiseren, voor iedereen, ongeacht je portemonnee, achtergrond of situatie.

Ik zal u in de komende 45 minuten meenemen in mijn leeropdracht en ‘vakgebied’ – dat wat mij betreft een mix is van gezondheidseconomie, gedragseconomie, transi-tiekunde en statistiek en econometrie – en waarin voor mij alles samenkomt: beleid, praktijk, wetenschap en onderwijs. Maar voordat ik hierop in ga, wil u ik eerst meenemen in de uitdagingen waar de zorg vandaag de dag voor staat. Ook zal ik kort ingaan op ons zorgstelsel en zal ik een aantal kernbe-grippen en concepten die ik hanteer toelichten.

3

Uitdagingen waar de zorg vandaag de dag voor staat

De piek van de vergrijzing ligt nog voor ons: nog zo’n 15 jaar. Maar de gevolgen dienen zich nu al aan. We leven langer, en we leven vaak met meerdere chronische aandoeningen. De ouderen van nu, hebben andere wensen en verwachtingen ten aanzien van hun zorg. De zorg gaat allang niet meer om genezing, maar ook om kwaliteit van leven, eigen regie, samen beslissen en steeds vaker ook: kwaliteit van sterven. Tegelij-kertijd boekt de moderne geneeskunde prachtige voortuitgang. Nieuwe technologieën, nieuwe medicijnen, nieuwe behande-lingen – ze volgen elkaar snel op en er is veel om trots op te zijn. Maar er bestaat wel een keerzijde: we willen deze toepas-singen ook steeds eerder en ook steeds vaker inzetten (2).

Dit leidt tot een toenemende en veranderde zorgvraag. Deze is echter ongelijk over de bevolking. Er is sprake van een hardnekkige ‘gezondheidskloof’. Volgens het CBS leven de 20% meest welvarende Nederlanders gemiddeld ruim 8 jaar

langer dan de 20% minst welvarenden (3). Nog schrijnender is het verschil in gezonde levensjaren tussen deze groepen: maar liefst 24 jaar. Als je deze getallen op je in laat werken zijn deze niet alleen fors te noemen, maar roepen ook fundamentele vragen op over rechtvaardigheid en sociale verdelingsvraagstukken (4, 5). De kansengelijkheid is in Nederland groter in vergelijking met andere Europese landen zoals Duitsland en Denemarken (6). De gezondheidskloof is dus geen toevallige spreiding, maar is structureel en diep verankerd in onze samenleving. Hiermee lijkt het vrijwel onmogelijk dat de zorg dit alleen op kan lossen, maar de zorg kan hier wel degelijk een significante bijdrage aan leveren. Het zorgaanbod speelt hier dan ook op in door betere afstemming en coördinatie en door zorg te verplaatsen waar kan. Ook is steeds meer aandacht voor preventie en samenwerking met andere domeinen. En alhoewel er meer mensen in de zorg werken dan ooit (7), is het niet genoeg om de zorgvraag bij te benen. Ook is er groeiend verzuim onder zorgprofessionals en neemt de ervaren werkdruk verder toe (8, 9). Al met al leidt dit ertoe dat de zogenoemde 'zorgkloof' groeit (10). Daarmee staat de personele houdbaarheid van het stelsel momenteel meer dan voorheen onder druk.

Momenteel is de betaalbaarheid van de zorg in Nederland nog steeds goed te noemen. We besteden zo'n 11%-12% van ons nationaal inkomen aan zorg (11). Dat is fors maar in internationaal perspectief nog beheersbaar. Toch zien we in de ramingen van het Centraal Planbureau een sterk signaal: de collectieve zorguitgaven zullen in de komende decennia verder stijgen. En zolang deze stijging gelijke tred houdt met de economische groei, blijft de zorg in principe betaalbaar. Maar de CPB-ramingen geven aan dat deze sneller zullen stijgen dan de economische groei. Daarmee komt de betaalbaarheid, en dus ook de financiële houdbaarheid van het stelsel, onder druk te staan. Wellicht nog niet zozeer vandaag, morgen of volgend jaar, maar wel in de komende decennia.

Tegelijkertijd spelen ook externe factoren een rol (12). Onze leefstijl, bijvoorbeeld. We bewegen minder, we eten en drinken niet altijd even verstandig, en hebben als gevolg hiervan vaker overgewicht. Het aantal rokers daalt – gelukkig – maar tegelijkertijd wint 'vape' onder tieners snel aan terrein. Ook andere maatschappelijke verschuivingen zoals armoede, financiële stress, milieuvervuiling en klimaatverandering – hebben impact op onze gezondheid (13).

Dit alles maakt dat de druk op ons zorgstelsel snel toeneemt. En wie het nieuws een beetje volgt, herkent nu al wel de signalen: lange wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (14), een groeiende groep mensen zonder vaste huisarts (15) en discussies over het wel of niet opnemen van nieuwe dure geneesmiddelen in het verzekerde pakket (16). We kunnen, denk ik, inmiddels wel stellen dat dit geen incidenten meer zijn. En dat de zorg zoals wij deze lange tijd als vanzelfsprekend hebben ervaren, dat simpelweg niet meer is. Veel mensen beschouwen dit als een groot verlies... En eerlijk gezegd: ik twijfel hierover. Ik weet eigenlijk niet of we dit nu wel als een verlies moeten beschouwen, want de eerlijkheid is, dat het zorgsysteem zoals we dat nu kennen gericht is het medicaliseren van kwesties die wellicht helemaal niet om een medische oplossing vragen. Niet iedere hulpvraag is een zorgvraag. De neiging om te grijpen naar diagnostiek en behandeling zit diep verankerd in onze instituties. Mijn kijk op de werkelijkheid is dat deze urgentie juist kansen biedt. Kansen om opnieuw na te denken over wat we onder 'goede zorg' – of zoals u wilt passende zorg – verstaan. Om de zorg niet langer te organiseren rondom ziekten, maar juist ook anders te gaan organiseren zodat deze beter aansluit bij de veranderende wensen, behoeften en verwachtingen van de samenleving.

Verschillende concepten zoals Porter's *value-based healthcare* (17), Berwick's *Triple Aim* (18), *Population Health Management* (19-22) en *Passende Zorg* (23) geven hierin richting en bieden echt wel handelingsperspectieven. Echter, deze concepten

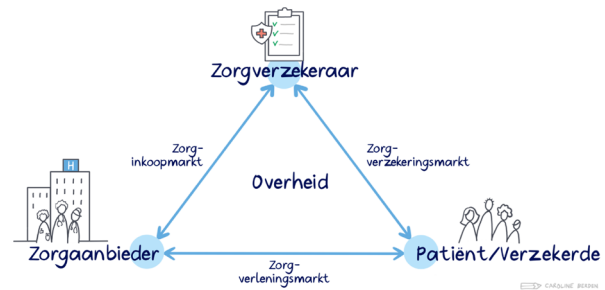
benoemen ook dat de huidige bekostiging belemmert om deze veranderingen door te voeren. De bekostiging zou zorgaanbieders moeten stimuleren om te handelen in lijn met de publieke doelen – kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid – maar in de praktijk zien we dat bestaande financiële prikkels dit veelal niet doen, en soms zelfs averechts werken (24). En precies daar ligt het vraagstuk waar mijn bijzondere leerstoel zich op richt: hoe richten we de bekostiging zo in dat deze een toekomstbestendig zorgstelsel ondersteunt.

Gereguleerde marktwerking

Dan nu een korte toelichting over ons zorgstelsel. De reden dat ik hierbij wil stilstaan is dat hoe langer ik bij de Nederlandse Zorgautoriteit (de NZa) werk, hoe beter ik snap dat de zorgwereld en de beleidswereld elkaar nodig hebben. Voldoende diepgaande kennis over het functioneren van ons zorgstelsel is wat mij betreft onontbeerlijk om de oplossingen goed te kunnen doordenken. Hetzelfde geldt uiteraard voor het kennen van de zorgwereld. Gezien de beperkte tijd zal ik mijn oratie uitsluitend richten op de Zorgverzekeringswet. Deze focus is overigens niet ingegeven vanuit een onderschatting van de relevantie van de andere stelselwetten, want ik ben ervan overtuigd – mede door mijn jarenlange betrokkenheid bij het landelijke actieprogramma Kansrijke Start met als doel het verbinden van het medisch en sociaal domein – dat een deel van de oplossing – wellicht zelfs een groot deel van de oplossing – juist in deze domeinoverstijgende samenwerking ligt (25-27).

Zorgstelsel

De Zorgverzekeringswet is in 2006 ingevoerd, gebaseerd op de principes van gereguleerde marktwerking (28, 29). Men spreekt van 'gereguleerde marktwerking' als de wetgever via wet- en regelgeving beperkingen oplegt aan de vrije markt met als doel het borgen van de publieke doelen – kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Deze regulering vindt plaats op het moment dat de vrije markt niet, of in onvoldoende mate, in staat is om deze publieke doelen zelfstandig te realiseren.



Figuur 1 – Gereguleerde marktwerking

Ons zorgstelsel kent een aantal 'markten' (Figuur 1). Zo hebben we de 'zorgverzekeringsmarkt'. Hier concurreren private zorgverzekeraars met elkaar op de inhoud van de polissen, de prijs en op de kwaliteit van de zorginkoop en dienstverlening om zo meer verzekerden – u en ik – aan zich te binden. Deze markt wordt zorgvuldig gereguleerd. Zo mogen zorgverzekeraars bijvoorbeeld geen premiedifferentiatie bij de basisverzekering toepassen: bij dezelfde polis moet de prijs voor iedereen hetzelfde zijn. Er is ook een acceptatieplicht: een zorgverzekeraar moet iedereen 'toelaten' ongeacht zijn medische geschiedenis. Ook is het risicovereveningsmodel ingevoerd. Dit model zorgt ervoor dat zorgverzekeraars worden gecompenseerd voor hun verzekerde populatie met voorspelbaar hogere zorguitgaven. Daarnaast hebben zorgverzekeraars een 'zorgplicht'. Dat betekent dat ze ervoor moeten zorgen dat hun verzekerden op tijd de zorg krijgen die ze nodig hebben – en die zorg moet toegankelijk zijn en van goede kwaliteit.

Naast deze zorgverzekeringsmarkt bestaat er de zorginkoopmarkt. Hier sluiten zorgverzekeraars contracten met zorgaanbieders over de te leveren zorg. Ook hier is het onderliggende idee dat zorgaanbieders met elkaar concurreren op basis van prijs en kwaliteit om zo contracten met zorgverzekeraars te verkrijgen. Ook deze markt wordt gereguleerd.

De NZa stelt via haar beleidsregels prestaties en tarieven vast. Denk aan de maximumtarieven en de zogenoemde max-max tarieven. Zorgverzekeraars mogen onderhandelen over prijs en kwaliteit met zorgaanbieders, maar binnen door de overheid vastgestelde kaders.

Tot slot de zorgverleningsmarkt. Op deze markt wordt de uiteindelijke zorg verleend aan de patiënt door wederom concurrerende zorgaanbieders. Ook hier is de gedachte dat zorgaanbieders concurreren op basis van prijs en kwaliteit.

Bij het reguleren van de markten heeft de NZa, sinds een jaar mijn nieuwe thuisbasis en vestiger van deze bijzondere leerstoel, een belangrijke rol (30). Het is haar taak om de zorg toegankelijk te houden voor elke inwoner die het nodig heeft, tegen een zorgpremie die voor iedereen betaalbaar is. Daarom maakt de NZa regels als die nodig zijn, en houdt zij eveneens toezicht op alle spelers in de markt, voor wat betreft de Zorgverzekeringswet zijn dat de zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Naast de NZa speelt ook het Zorginstituut – advies over het pakketbeheer en het verschaffen van transparantie in de kwaliteit van de zorg – een belangrijke rol. Hetzelfde geldt voor de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd, de IGJ. Zij houden toezicht op de kwaliteit van de zorg van individuele zorgaanbieders. Ook de Autoriteit Consument en Markt, de ACM, speelt een belangrijke rol bij het toezien op de markten vanuit het perspectief van de mededingingswet.

Definities en kernbegrippen toegelicht

Dan wil ik nu graag een aantal kernbegrippen die ik hanteer toelichten. Ik doe dit niet voor de vorm. Integendeel: ik hecht hier enorm veel waarde aan. Keer op keer valt het mij op in mijn gesprekken met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en beleidsmakers hoe we langs elkaar heen praten. We gebruiken weliswaar dezelfde woorden – termen zoals financiering, bekostiging, contractering, zorginkoop – maar geven er verschillende betekenissen aan. De ‘eenheid van taal’ ontbreekt.

Ik wil beginnen met de termen ‘financiering’ en ‘bekostiging’. Hoewel deze in het dagelijks gebruik vaak als synoniem worden gebruikt, gaat het hier om twee fundamenteel verschillende concepten. De financiering betreft de manier waarop wij de collectieve middelen bijeenbrengen – denk aan de nominale premie, het eigen risico en de inkomensafhankelijke bijdrage. Bekostiging, daarentegen, gaat over de manier waarop deze collectieve middelen worden verdeeld: wie krijgt wat, op basis waarvan en onder welke voorwaarden (31). De bekostiging maakt het voor zorgverzekeraars mogelijk om via prestaties en bijbehorende tarieven zorgaanbieders te betalen voor de geleverde zorg. De bekostiging bevat daarmee dus de financiële prikkel van de zorgaanbieder.

Alternatieve bekostiging

Dan de term ‘alternatieve’ bekostiging. Voor het toelichten van deze term moet ik terug in de tijd. Terug naar de tijd van het oude Babylonïë; zo’n 1750 voor Christus. Toen werd al vastgelegd in de zogenoemde ‘Codex van Hammubi’ dat artsen een tarief per verrichting ontvingen, met differentiatie naar sociale klasse: tien sikkels voor het genezen van een vrije man, vijf voor een slaaf. De aard van de financiële prikkel van toen is vandaag de dag opmerkelijk: alleen gewenste uitkomsten werden beloond en bij ongewenste of schadelijke uitkomsten volgende sancties voor de arts. Geen financiële sancties overigens, maar lijfstraffen waaronder de amputatie van een hand. Achterliggende gedachte was dat deze lijfstraffen de vakbekwaamheid van de arts bevorderden, en dat artsen terughoudend zou zijn om risicovolle ingrepen uit te voeren. Dit vanuit het principe ‘*first, do no harm*’. Gelukkig zijn die lijfstraffen ver verleden tijd, maar het illustreert voor mij wel de fundamentele zoektocht die tot op vandaag de dag voortduurt: hoe bekostigen wij de zorg zodanig dat deze bijdraagt aan een goede kwaliteit en gewenste uitkomsten en voor iedereen toegankelijk is? Tot vandaag de dag geldt dat het betalen per verrichting zoals het oude Babylonïë – ook wel het *fee-for-service*-model genoemd – wordt gezien als het ‘basismodel’ voor

de bekostiging van de zorg. En daarmee worden alle andere modellen in de wetenschappelijke literatuur aangemerkt als ‘alternatief’. Vandaar de term ‘alternatieve bekostiging’.

Contractering en zorginkoop

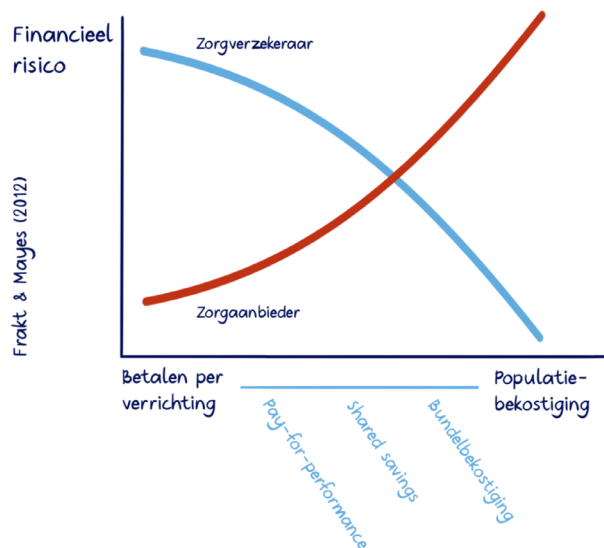
Dan de term ‘contractering’. Deze term verwijst naar het proces waarbij zorgverzekeraars en zorgaanbieders daadwerkelijke afspraken maken en vastleggen in een overeenkomst: het contract. Deze overeenkomst regelt onder andere welke zorg wordt geleverd, tegen welke prijs, via welk bekostigingsmodel en onder welke voorwaarden. De bekostiging is dus onderdeel van het onderdeel van het contract.

Een ander nauw verwante term is de term ‘zorginkoop’. Dit begrip verwijst naar het gehele proces welke zorgverzekeraars jaarlijks doorlopen; van het opstellen van het zorginkoop-beleid, het selecteren van zorgaanbieders, het sluiten van contracten en het onderhouden van de onderlinge relaties.

Alternatieve bekostiging en risicoallocatie

Terug naar de alternatieve bekostiging. Een belangrijk concept hierbij is de ‘risicoallocatie’ (32). Oftewel, de verdeling van financiële risico’s tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Deze risicoverdeling is van belang, aangezien deze invloed heeft op het gedrag van de zorgaanbieder (33, 34).

Bij alle alternatieve bekostigingsmodellen verschuiven we financiële risico’s van zorgverzekeraar naar zorgaanbieder. Figuur 2 geeft dit voor mij schematisch mooi weer (35). De blauwe lijn geeft het risico weer dat bij de zorgverzekeraar ligt, en de rode lijn het risico dat bij de zorgaanbieder ligt. Aan de linkerkant van de x-as zien we het ‘betalen per verrichting’ of het *fee-for-service*-model. In dat model geldt in feite: meer zorg betekent meer inkomsten. Dat geldt misschien niet direct voor de individuele zorgprofessional, maar wel voor de organisatie waarin hij of zij werkt. Het gevolg? Er is een prikkel tot overproductie (32). En het risico ligt in dit model



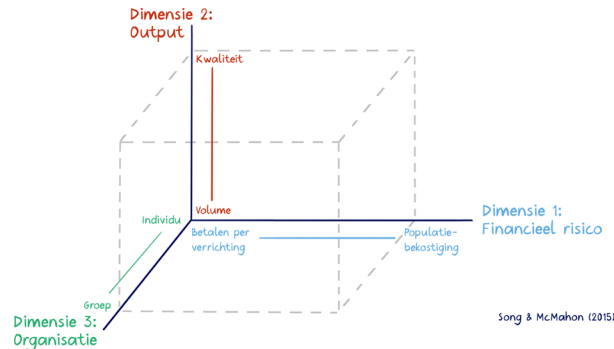
Figuur 2 – Verdeling van financieel risico

vooral bij de zorgverzekeraar: zij betalen voor elke activiteit, ongeacht of deze ook echt nodig was (36). U ziet dat terug in de blauwe lijn die duidelijk hoger ligt dan de rode. Maar als we op de x-as naar rechts opschuiven – richting alternatieve bekostigingsmodellen – dan verandert het beeld. Het risico verschuift geleidelijk naar de zorgaanbieder (37): de rode lijn stijgt, terwijl de blauwe daalt. En helemaal aan het eind, bij populatiebekostiging draagt de zorgaanbieder – en niet meer de zorgverzekeraar – vrijwel al het risico. Zorgaanbieders krijgen bij populatiebekostiging een vast bedrag per persoon in de desbetreffende populatie, ongeacht de patiëntaantallen – dus hoeveel mensen de zorg daadwerkelijk gebruiken – en hoeveel zorg iedere patiënt gebruikt: het zorgvolume. Daarmee dragen zij dus zelf het risico voor zowel de patiëntaantallen als het zorgvolume. Dat heeft een paar interessante gevolgen. Omdat zorgaanbieders zelf het financiële risico dragen, krijgen ze een prikkel om overgebruik te reduceren.

Ze worden impliciet gestimuleerd om beter samen te werken met andere professionals, om in te zetten op preventie, en hebben de vrijheid om de zorg zo in te richten op een manier die past in hun lokale setting. Tegelijkertijd – en dat moeten we ook benoemen – ontstaat er bij dit model ook een risico op onderproductie. Want minder zorg leveren kan financieel aantrekkelijk zijn. Tussen fee-for-service en populatiebekostiging in, liggen een aantal tussenvormen: *pay-for-performance*, *shared savings* en bundelbekostiging, met hierbinnen nog eens allerlei tussenvarianten. Zonder al te veel details: *pay-for-performance* betreft het betalen van een bonus, of juist een malus, aan zorgaanbieders als ze bepaalde kwaliteitsindicatoren wel of niet behalen. Bij *shared savings* (38, 39) delen zorgaanbieders mee als besparingen zijn gerealiseerd, en bij *bundled payment* is er één tarief vastgesteld voor een compleet zorgtraject per patiënt – bijvoorbeeld bij een heupoperatie (40-43). Al deze alternatieve bekostigingsmodellen proberen op hun eigen manier een betere balans te vinden in deze risicoverdeling, en daarmee een betere balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid (34). Het verschuiven van te veel risico richting zorgaanbieder is uiteraard ook onwenselijk, omdat dit op lange termijn het voortbestaan van de zorgaanbieder in gevaar kan brengen of ervoor zorgt dat de zorgaanbieder besluit de zorgmarkt in zijn geheel te verlaten (44).

Dimensies van een bekostigingsmodel

In essentie gaat het design van de bekostiging over keuzes langs drie dimensies – of zoals u wilt: drie assen (45, Figuur 3). De eerste as gaat dus over de wijze van de bekostiging zoals zojuist besproken: van het betalen per verrichting tot aan populatiebekostiging. De tweede as betreft de mate waarin de bekostiging gekoppeld is aan de 'kwaliteit' of uitkomsten van de zorg. We kunnen ervoor kiezen om zorgaanbieders meer te belonen – of juist minder – voor het wel – of niet – realiseren van bepaalde kwaliteitsindicatoren, uitkomsten of patiëntervaringen. Het idee hierachter is dat op deze manier de zorgaanbieder gestimuleerd wordt om betere kwaliteit of uitkomsten



Figuur 3 – Dimensies van een bekostigingsmodel

te realiseren (46). De effectiviteit hangt sterk af van het design van deze prikkel (46, 47). Zo zal bijvoorbeeld bij een te kleine financiële prikkel dit niet leiden tot de gewenste gedragsverandering van de zorgaanbieder. Hetzelfde geldt als de streefwaarden te uitdagend zijn, of dat de zorgaanbieder hier überhaupt geen invloed op heeft (32). De derde as gaat over de vraag aan wie wordt uitbetaald: is de ontvanger een individuele zorgaanbieder of een groep van aanbieders? Deze keuze hierin is medebepalend voor het gedrag van zorgverleners.

Deze drie assen beschouw ik zelden in isolatie. In samenhang vormen zij een soort denkbeldige kubus die helpt om systematisch na te denken over de vormgeving van de bekostiging. De vragen zijn dan: waar in de kubus bevinden wij ons momenteel? Waar willen we naar toe? En met welk doel? Momenteel bevindt een groot deel van de bekostiging zich nog altijd in de oorsprong: per verrichting, geen link met kwaliteit, en gericht op een individuele zorgaanbieder. En daarmee is het traditionele *fee-for-service* nog steeds dominant (48, 49). De vraag is gerechtvaardigd of dit nog wel aansluit bij de huidige maatschappelijke context en de publieke systeemdoelen. Toch is de volumeprikkel die het fee-for-service model met zich meebrengt in sommige contexten legitiem en zelfs wenselijk.

Denk hierbij aan screenings- en vaccinatieprogramma's. Maar in de meeste gevallen geldt dat 'meer doen' niet per definitie leidt tot betere zorg. Integendeel: het kan zelfs inefficiënt, niet effectief en soms zelfs schadelijk zijn. Bovendien staat het op gespannen voet met de betaalbaarheid en een eerlijke verdeling van de beperkte toegankelijkheid.

Soms leidt een nieuw bekostigingsmodel tot een verschuiving op één as van de kubus, in andere situaties op meerdere assen tegelijk. Wat mij opvalt, is dat de onderliggende keuzes hierin zelden zijn onderbouwd – en mogelijk zelfs überhaupt niet expliciet zijn doordacht. Ik vind dit problematisch, omdat juist deze impliciete keuzes invloed hebben. Niet alleen op het gedrag van zorgaanbieders, maar ook op functioneren van ons zorgstelsel in zijn geheel. De bekostiging is voor mij dan ook niet een alleen technische of financiële aangelegenheid: het is een interessant beleidsinstrument, mede doordat decennia aan gezondheidseconomisch onderzoek laat zien dat zorgaanbieders voorspelbaar reageren op veranderingen in financiële prikkels (50-54). En doorgaans in de richting die je theoretisch mag verwachten. Hierin schuilt voor mij het beleidsmatige aangrijpingspunt: hoe kunnen wij via de vormgeving van de bekostiging het gedrag van zorgaanbieders zodanig beïnvloeden dat het meer in lijn komt met de publieke doelen? Het betreft dan vaak het wegnemen van huidige belemmeringen in de bekostiging zodat we ruimte bieden aan zorgprofessionals om te doen wat zij intrinsieke beogen. Tegelijkertijd moeten wij om de maatschappelijke uitdagingen het hoofd te bieden ook grenzen durven stellen. Ook hier kan de bekostiging, of nogmaals ietwat breder de contractering en zorginkoop, een rol spelen. Daarmee is de bekostiging voor mij niet een uitsluitend instrumentele exercitie – het verplaatsen van geld van A naar B – maar een ordeningsprincipe dat ruimte biedt aan professioneel handelen in lijn met de publieke doelen, maar ook begrenst om het optimum te realiseren in het spanningsveld tussen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. En hier weerklinkt dan ook de ondertitel van oratie:

ruimte bieden en begrenzen. Geen paradox, maar complementair: twee zijden van dezelfde medaille in het streven naar een zorgstelsel dat zowel recht doet aan de professionele autonomie als aan de publieke systeemdoelen die we met elkaar voor ogen hebben.

Onderzoeksagenda

Ik heb inmiddels uitvoerig stilgestaan bij de uitdagingen, ons zorgstelsel en bij een aantal definities en concepten. Ik kom dan nu aan bij de kern van mijn bijzondere leerstoel: de leeropdracht en bijbehorende onderzoeksagenda. Mijn onderzoeksagenda kent twee onderzoekslijnen: de eerste richt zich op de bekostiging in de breedste zin van het woord – dus inclusief de contractering en de zorginkoop. De tweede onderzoekslijn gaat over het bredere functioneren van ons zorgstelsel. De relatie tussen beide onderzoekslijnen is duidelijk: de wijze waarop zorg wordt bekostigd, gecontracteerd en ingekocht heeft directe en indirecte invloed op de werking van het zorgstelsel en vice versa. Gezamenlijk vormen zij de contouren van mijn onderzoeksagenda. De ontwikkelingen binnen mijn vakgebied gaan snel en voltrekken zich in een politiek-bestuurlijke context die – op zijn zachts gezegd – steeds onvoorspelbaarder wordt. Daarom kies ik bewust voor een wat meer 'open' onderzoeksagenda met ruimte voor actuele en urgente vraagstukken. Nogmaals geen eindplaatje, maar een dynamisch geheel waarin wetenschap, beleid, praktijk en onderwijs samenkomen.

9

Onderzoekslijn 1: Bekostiging van de zorg

Mijn eerste onderzoekslijn bestaat uit drie onderdelen. Het eerste onderdeel richt zich op de ontwikkeling van nieuwe bekostigingsmodellen. Hoe komen we van een initieel idee tot een fundamenteel anders vormgegeven financiële prikkel en contract? Juist in deze beginfase stranden veel initiatieven (55-57). We weten nog steeds te weinig over onder welke omstandigheden het wel lukt om tot een ander bekostigingsmodel te komen en waarom het in veel andere gevallen

niet lukt. We willen in dit eerste deel onderzoek doen naar de impact van specifieke designkeuzes in de bekostiging, de technische vormgeving van een financiële prikkel, en ook – vanuit een breder wetenschappelijk perspectief – nadenken over andere manieren van contracteren en zorginkoop. We willen hier onderzoeken hoe wij het contract, de onderlinge inkooprelatie en de bekostiging meer met elkaar in lijn kunnen brengen, gebaseerd op de principes van relationeel contracteren (58). Dit alles met als doel te bouwen aan meer vertrouwen en een sterkere onderlinge relatie tussen alle partijen. Ook onderzoek naar het thema ‘duurzaamheid’ – in de zin van klimaat (59) – zal ik hierbij oppakken. Vraagstukken hierbij zijn ‘kunnen wij ‘groene’ zorgaanbieders bijvoorbeeld meer belonen of de ‘vervuilende’ aanbieders juist minder?’ En wat is de rol van de overheid en zorgverzekeraars hierbij? Een ander onderzoek betreft iets wat ik de ‘knelpuntanalyse’ ben gaan noemen (60). Er wordt nogal makkelijk gezegd dat de ‘bekostiging belemmert’. Maar wanneer is hier dan precies sprake van? En hoe kunnen wij dit op een valide systematische manier analyseren. Wij beogen een analytisch bekostigingskader op te stellen die zal bijdragen aan betere onderbouwde beleidskeuzes om juist wel of juist niet de bekostiging aan te passen. Daarbij zal ik ingaan op de fundamentele vraag die ik tot nu links hebben laten liggen: wie is er nu aan zet om dit thema vlot te trekken? Is dit het ministerie van VWS als systeemverantwoordelijke, de NZa als marktmeester en toezichthouder, de zorgverzekeraar als kritische doelmatige regisseur, of toch de zorgaanbieders zelf? Hier bestaat geen consensus over en inzichten hierin zijn wat mij betreft randvoorwaardelijk om echt een stap verder te komen op dit dossier (29). Ik werk in bij deze onderzoeksprojecten samen werken met Marlin Schumer, Esmée van der Poort, Eline de Vries, Daniëlle Cattel, Peter Dohmen, Caspar Sassen, Sander Steenhuis en Tadjó Gigengack.

Het tweede deel van deze eerste onderzoekslijn richt zich op de implementatie. Want *als* het al lukt om een financiële

prikkel anders vorm te geven – of een andersoortig contract af te sluiten – dan begint het pas. In de praktijk gaat het ook in deze fase veel mis. De ‘doorvertaling’ van het contract naar de organisatie, teams en de werkvloer vraagt om meer dan uitvoering alleen, het vraagt om een andere manier van denken, een andere cultuur en om het loslaten van diepgewortelde routines. Inzichten in wanneer en waarom dit wel lukt is essentieel.

Daarbij komt ook de uitdaging van opschaling (60, 61). Veel contracten starten als kleinschalige tijdelijk gefinancierde experimenten. Maar de stap naar opschaling en borging in het stelsel blijkt complex en meermaals worden bewezen effectieve initiatieven niet opgeschaald. Voor mij ligt daar een belangrijke opgave voor mijn leerstoel: hoe versnellen we zulke initiatieven en hoe speelt de bekostiging, contractering en zorginkoop hierbij een rol? En minstens zo belangrijk, maar vaak vergeten: als we iets nieuws toevoegen: waar stoppen we dan mee? Hoe bouwen we op verantwoorde wijze bestaande minder effectieve praktijken af? Inzichten hierin ontbreken vooralsnog.

Het laatste onderdeel van deze onderzoekslijn richt zich op het evalueren. Wij zullen met behulp van quasi-experimentele onderzoeksdesigns de impact van bekostigingsexperimenten gaan evalueren. Hierop hebben wij de afgelopen jaren al veel kennis opgebouwd, welke hebben geleid tot mooie publicaties. Ik wil in dit kader graag de paper over integrale bekostiging van de geboortezorg met als eerste auteur Zoë Scheefhals graag noemen (Scheefhals et al., 2024)(Scheefhals et al., 2024). Dat wij vanuit Nederland in staat zijn om, in samenwerking met Harvard, in dergelijke wetenschappelijke toptijdschriften te publiceren is voor mij niet alleen een bevestiging dat ons onderzoek van goede kwaliteit is, maar ook dat we met internationaal relevante thema's bezig zijn. In de komende jaren hoop ik dan ook deze lijn, zowel in Nederland als internationaal, voort te zetten en uit te breiden. Momenteel starten wij evaluaties op naar de bundelbekostiging van de

hand-pols zorg voor mensen met een carpaal tunnel syndroom (62), de bundelbekostiging in de fysiotherapie voor mensen met COPD, en het nieuwe beoogde bekostigingsmodel revalidatie- en herstelzorg (63). Ook zullen wij in de komende periode hetzelfde doen voor het Centrum Acute Zorg, het CAZ in Zoetermeer. Ik zal hierbij onder andere veel samenwerken met Eline de Vries, Anneke van Vught, Eline Kroeze, Patricia Pannekoek, Alex van Vorstenbosch, Maarten van Aken en Gertjan Verhoeven.

Onderzoekslijn 2: Het functioneren van het zorgstelsel

De tweede onderzoekslijn is gericht op 'het bredere functioneren van het zorgstelsel'. Een belangrijk thema hierbij zal de impact van collectieve vormen van zorginkoop op het functioneren van het zorgstelsel als geheel. Ik zal dit kort toelichten. De basis van ons stelsel is dat zorgverzekeraars zorginkopen via de zogenoemde bilaterale concurrentiële zorginkoop: zorgverzekeraars onderhandelen afzonderlijk met iedere zorgaanbieder over tarieven, kwaliteit en zorgvolume. Maar in de praktijk zien we al enige tijd dat van dit uitgangspunt wordt afgeweken: steeds vaker werken zorgverzekeraars samen bij de zorginkoop. Denk bijvoorbeeld aan de beleidsvoornemens van budgetbekostiging bij de spoedeisende hulp, mentale gezondheidsnetwerken en de verloskundige samenwerkingsverbanden. Daarmee ontstaat er een verschuiving, weg van bilaterale concurrentiële zorginkoop, naar meer collectieve vormen van zorginkoop. Ik ben van mening dat we deze keuzes niet zomaar moeten maken: ze raken – bewust of onbewust – de fundamenten van ons stelsel. We zullen daarom onderzoeken wanneer vormen van collectieve zorginkoop wel wenselijk zijn – en ook wanneer niet – en ook wat de impact van deze collectieve vormen van zorginkoop zijn op de publieke doelen.

Een ander thema in deze onderzoekslijn is de opkomst van 'private equity' waarbij de missie winstmaximalisatie is. Ook in het Nederlandse zorgstelsel zien wij de eerste overnames door

investeringsmaatschappijen (64, 65). Deze ontwikkeling leidt momenteel tot veel maatschappelijke en politieke vragen, mede ingegeven door verontrustende uitkomsten van studies uit de Verenigde Staten (66-68). Studies naar de impact van private equity in het Nederlandse zorgstelsel zijn vooralsnog schaars. In samenwerking met Gustaaf Wijnker en Marlin Schumer werk ik aan een onderzoek naar de impact van private equity overnames in de Nederlandse mondzorg. We beogen hiermee om bij te dragen aan een beter onderbouwd beleids- en toezichtkader.

Onderwijs

Een bijzondere leerstoel draait niet alleen om wetenschappelijk onderzoek. Minstens zo belangrijk vind ik het om bij te dragen aan de kennisontwikkeling via het onderwijs. In dat licht ben ik bijzonder blij met de ruimte die de master *Population Health Management* – onder leiding van Marc Bruijnzeels en Judith Havelaar – mij biedt. Binnen deze masteropleiding verzorgen wij jaarlijks onderwijs gericht op het hoe en waarom van alternatieve bekostiging. Al met al is het zeer bemoedigend – en daarnaast ook gewoon leuk om te doen – dat steeds meer studenten ons onderwijs weten te vinden. Tegelijkertijd constateer ik ook dat er in veel zorginhoudelijke opleidingen nog altijd weinig aandacht is voor kennis over het stelsel en het beleid. Te weinig. En dat zie ik graag anders. Want ik ben ervan overtuigd dat de zorgprofessional van de toekomst, *the future health professional*, interprofessioneel moet kunnen samenwerken. Daarom is het cruciaal dat zorgprofessionals hier al vanaf dag één in getraind worden, en dat start wat mij betreft al in hun opleiding. Ik geloof oprecht in de kracht van onderwijs als motor voor vernieuwing. Onze studenten zijn immers de zorgprofessionals, onderzoekers, beleidsmakers en bestuurders van de toekomst.

Maatschappelijke impact

Naast onderzoek en onderwijs vormt het realiseren van 'maatschappelijke impact' ook een kerntaak van iedere univer-

siteit. Het is dan ook van groot belang dat de opgedane kennis en inzichten snel beschikbaar komen. In het kader van deze bijzondere leerstoel, zie ik het daarom als mijn verantwoordelijkheid om deze direct toepasbaar te maken voor de lopende en toekomstige projecten van de NZa en de Health Campus. Op die manier beoog ik de kloof tussen wetenschap, beleid en praktijk te overbruggen en in onderlinge samenhang te versterken. Zo draagt wetenschappelijk onderzoek bij aan de onderbouwing en de richting van beleid en praktijk, en leveren ervaringen uit beleid en praktijk tegelijkertijd weer nieuwe kennis- en onderzoeksvragen op.

Deze bijzondere leerstoel borgt deze onderlinge samenhang expliciet door enerzijds de inbedding bij de NZa – het beleid – en anderzijds de inbedding bij de Health Campus en haar regionale partners – het wetenschappelijk onderzoek en de praktijk. Ik zie deze gedeelde inbedding dan ook als een grote meerwaarde van deze bijzondere leerstoel.

Daarnaast hebben wij in 2021 de stoute schoenen aangetrokken en ons zelf benoemd – niemand anders gaat het voor je doen – tot een expertisecentrum: het Academisch, met een hoofdletter A, expertisecentrum BUNDLE (www.expertisecentrumbundle.nl). BUNDLE is een interuniversitair samenwerkingsverband tussen de Health Campus en Erasmus School of Health Policy & Management, waarin wij vanuit, nogmaals een academische bril het veld en overheidspartijen ondersteunen. Dit doen we niet alleen met wetenschappelijk onderzoek, maar juist ook door hen inhoudelijk te begeleiden. Al met al fungeert BUNDLE, binnen enkele jaren na oprichting, al als een echt aanspreekpunt voor veldpartijen en beleidsmakers. Iets waar we wat mij betreft heel trots op mogen zijn met elkaar. Ik hoop dan ook dat mijn leerstoel via haar inbedding bij de NZa en Health Campus gaat bijdragen aan de verdere impact van BUNDLE.

Dankwoord

Voordat ik mijn dankwoord uitspreek, wil ik nog stilstaan bij het volgende. Dat ik vandaag heb kunnen zeggen wat ik wilde zeggen in een vrij land is niet vanzelfsprekend. De vrijheid van denken, niet alleen in academische zin, en van ‘kunnen zijn wie je bent’ was dit tot kortgeleden wel voor mij. Maar onlangs ben ik met mijn gezin teruggekeerd uit een land – *‘the land of the free and home of the brave’* – waar deze vrijheden na een verkiezing in hoog tempo onder druk kwamen te staan, en waar deze feitelijk niet langer bestonden. Het heeft ertoe geleid dat ik mijn vrouw meerdere keren hebben aangekeken met de vraag wat te doen. Wetende dat je niet meer gewent bent. En dat de werkelijkheid waarin je leeft niet langer meer strookt met je eigen waarden: hoe handel je dan? Blijf je of vertrek je? Spreek je je uit of zwijg je juist? Het leiderschap vanuit Harvard met hun werkelijk waar onwrikbare houding – *‘our values are not for sale, no matter what’* – heb ik dan ook als inspirerend ervaren. Die houding neem ik mee in deze leerstoel, maar zeer zeker ook daarbuiten. Want het zou een misvatting zijn te denken dat deze vrijheden in Nederland wel gegarandeerd zijn en blijven.

Dan nu mijn dankwoord. Allereerst wil ik degenen bedanken die hebben bijgedragen aan mijn benoeming. Mijn dank gaat uit naar de Raad van Bestuur van zowel het LUMC als de NZa voor het in mij gestelde vertrouwen.

Daarnaast het RIVM, waar ik in 1999 begon als stagiair. In de bijna 25 jaar die volgden, kreeg ik daar de ruimte om mij in een veilige en stimulerende omgeving te mogen ontwikkelen. Ik ben het RIVM hier dan ook zeer erkentelijk voor. In het bijzonder wil ik Caroline Baan noemen. Je was mijn copromotor en speelde een cruciale rol bij mijn eerste stappen in de wetenschap. Je gaf mij de rust en de ruimte om te groeien, en liet daarna steeds vaker de teugels vieren. Hoewel ik inmiddels al jaren op eigen benen sta en we elkaar niet meer

dagelijks tegenkomen, klinkt jouw stem nog regelmatig door in mijn denken. Ik ben je veel dank verschuldigd.

Met de vestiging van deze bijzondere leerstoel heeft de NZa, een belangrijke verantwoordelijkheid bij mij neergelegd. De rol als Chief, in combinatie met deze bijzondere leerstoel is de ideale plek waar mijn onderzoeksinteresses en de beleidswereld echt volledig samenkomen. Graag spreek ik mijn waardering uit richting de leden van het GMT – en ik ga vanaf nu naar voornamen – Anouk, Suzanne, Sietske, Hanneke, Anneke, beide Johans, Niek en Jos, en uiteraard Geranne en Karina. De samenwerking met jullie ervaar ik als zeer prettig en ook zeer leerzaam. Ik voel mij dan ook erg welkom.

De ruimte om met kernteam NZa Wetenschap – Doutsen, Joep, Harm, Gertjan, Laurens, Bart en Anneke – te mogen werken aan het verstevigen van de kennisbasis van de NZa beschouw ik als een voorrecht. Mijn andere NZa-collega's op de verschillende dossiers en vanuit het Economisch en Medisch Bureau zijn zeker niet minder waardevol, maar het zijn er ondertussen wel te veel om op te noemen. Toch wil ik er twee in het bijzonder nog noemen: Anneke en Doutsen – jullie twee hebben ervoor gezorgd dat ik mij, zelfs op afstand, thuis en gedragen hebt gevoeld. Zonder jullie was dit niet gelukt: heel veel dank hiervoor!

Ook de Health Campus wil ik graag bedanken voor het bieden van een academische thuishaven van mijn bijzondere leerstoel. In het bijzonder noem ik de mensen in toga: Jessica, Hedwig, Marieke, Jet, Sanne, Anske, Eric, Marco en Marc, maar weet dat ik hier nu ook de mensen bedoel die intensief met jullie samenwerken binnen jullie leerstoelen. Marc en Mattijs wil ik hier speciaal bedanken: al in een vroeg stadium van de Campus namen jullie contact met mij op met de vraag of de Campus iets voor mij was. Dat bleek al snel het geval: de universiteit kwam naar de stad waar ik woonde en wilde ook

nog eens specifiek expertise opbouwen op mijn interessegebieden...

Daarnaast wil ik graag iedereen van BUNDLE in het zonnetje zetten door hen te bedanken: zonder jullie zou mijn leeropdracht niet de vorm en de inhoud kunnen krijgen die zij nu heeft. Oprechte dank aan Eline, Marlin, Esmée, Jonne, Zoë, Anouk, Sander, Caspar en Frank. Ook Daniëlle, Celine, Imke, Frank, Peter en Tadjó vanuit het Rotterdamse deel van BUNDLE wil ik niet onvermeld laten. Jullie inzet maakt het verschil – elke dag opnieuw.

Dan ELAN. Hoewel jullie in mijn oratie tot nu toe niet expliciet zijn genoemd – omdat de focus van mijn bijzondere leerstoel een iets andere invalshoek kent – wil ik toch graag van dit moment gebruikmaken om ook het volledige ELAN-team in het zonnetje te zetten. De data-infrastructuur die wij samen hebben opgebouwd en voortdurend blijven doorontwikkelen, is uniek in Nederland. Mijn oprechte dank voor jullie toewijding, vakmanschap en inzet.

Hier tussendoor liepen en lopen vele hele mooie promotietrajecten waar ik de gelukkige ben om deze hele slimme, energieke en ambitieuze promovendi te mogen begeleiden. Dit betroffen in de afgelopen jaren – Arthur, Suzanne, Eline, Tessa, Rose, Joyce, Liza – en momenteel Zoë, Anouk, Caspar, Frank, Nicole, Emma, recentelijk Patricia en Saskia. Ik vind het bijzonder – en ook bijzonder leuk – om jullie te mogen begeleiden.

Dan nog drie mensen die absoluut niet mogen ontbreken in mijn dankwoord voor alle inspanningen om deze dag te laten slagen, maar eigenlijk ook dat de rest van het jaar op rolletjes loopt: Isabella, Marlin en Matthias. Bij deze dank voor al jullie werk!

Dan wil ik de ‘voetbal’ in het algemeen bedanken. Het is heerlijk om ’s avonds en in het weekend lekker bezig te zijn met de belangrijkste bijzaak in het leven. Degene die ik daar heb ontmoet hebben mij veel geleerd over het echte leven. Ik ben ervan overtuigd dat ik enorm veel baat heb gehad in mijn academische carrière van jullie lessen op het veld en in de kleedkamer. Aangezien ik meer dan 40 jaar op een voetbalveld sta heb ik besloten om maar niet te beginnen aan het noemen van namen. Deze lijst is namelijk vrijwel oneindig en iedereen zit ondertussen met smart te wachten op de borrel. Ik ben me hier terdege van bewust, maar kan uiteraard niet afsluiten zonder mijn thuisfront te bedanken.

Allereerst mijn vrienden – u weet wie u bent – en schoon-familie. Om in de weekenden en avonden lekker te relativieren en vooral te lachen met elkaar maakt dat het voor mij ondanks de drukke agenda een prima werk-privé-balans is. Dank hiervoor!

Dan mijn ouders. Jullie hebben mij een volledig zorgeloze jeugd gegeven. Vol vrijheid, veiligheid en vertrouwen. Jullie lieten mij altijd mijn eigen route kiezen, en ik heb jullie steun en vertrouwen daarin altijd gevoeld. Ik ben jullie hier dankbaar voor. Dan toch even een specifiek woord gericht aan mijn vader. Toen ik vertelde dat mijn oratie pas na onze periode in Boston zou plaatsvinden zei je op jouw manier om aan te geven dat je dat toch wel wat verder weg vond: “ik hoop dat ik er dan nog ben”. Wel, je hebt het behoorlijk spannend gemaakt in de afgelopen maanden, maar ik ben enorm blij dat je hier vandaag bent. Dat jij dit moment hier vandaag – ondanks alles – mee kunt maken, maakt het voor mij extra bijzonder.

Dan mijn broers. Als jongste van de drie in ons gezin heb ik van jullie behoorlijk wat levenslessen meegekregen – voor jullie wellicht onopgemerkt – maar deze hebben mij in positieve zin gevormd. Ook al spreken we elkaar minder vaak dan we wellicht zouden willen, ik waardeer onze gesprekken – vaak

over Feyenoord, en meestal niet veel meer dan dat – enorm. Onze vanzelfsprekende band als broers is me dierbaar.

Dan Viggo en Elin. Ik realiseer me maar al te goed dat als we voor mijn werk voor langere tijd naar Boston gaan, het voor jullie – op jullie leeftijd – een enorme stap is: een sprong in het diepe, vol onzekerheden, ver van huis, en ver weg van alles dat vertrouwd is. Mama en ik zijn enorm trots op hoe jullie daarmee mee om zijn gegaan: jullie hebben daar niet alleen je weg gevonden, maar daar ook enorm genoten. Het heeft jullie gevormd. Tot twee prachtige jongvolwassenen die met zelfvertrouwen en een open blik de wereld tegemoet treden. Er is niets mooiers om dit als ouders dagelijks te mogen meebeleven.

Ten slotte, Natalie. Alweer meer dan 25 jaar beleven wij samen een geweldig avontuur. Jouw onvoorwaardelijke steun, vertrouwen en liefde ervaar ik als heel bijzonder. We hebben het supergoed met zijn viertjes en dat ervaar ik *by far* als mijn grootste rijkdom. Ik hou van jou en ik kijk uit naar de rest van dit wat mij betreft hele bijzondere avontuur.

Ik heb gezegd.

Referenties

1. Robinson JC. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Q.* 2001;79(2):149–77, III.
2. RVS. Iedereen bijna ziek - Over de keerzijden van diagnose-expansie. 2025.
3. Knoops K, Bruggink JW. Verschillen in (gezonde) levensverwachting tussen welvaartsgroepen. *SociaalBestek.* 2023.
4. Putters K. Navigeren op het smalle pad naar brede welvaart: Maatschappelijke transitie en ons poldermodel. Tilburg University. 2024.
5. Danesh K, Kolstad JT, Parker WD, Spinnewijn J. The Chronic Disease Index: Analyzing Health Inequalities Over the Lifecycle. National Bureau of Economic Research. 2024;JEL No. I1, I12, I14(NBER Working Paper No. 32577).
6. de Vries S. Measuring Family (Dis)Advantage: Lessons from Detailed Parental Information. Tinburgen Institute. 2025;25-010/V(TI Discussion Paper).
7. CBS. Arbeidsmarkt zorg en welzijn. 2024.
8. CBS. Ziekteverzuim in de sector zorg en welzijn 2025 [Available from: <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/ziekteverzuim-sector-zorg-en-welzijn>].
9. CBS. Helft zorgwerknemers vindt werkdruk te hoog 2022 [Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/46/helft-zorgwerknemers-vindt-werkdruk-te-hoog>].
10. NZa. Stand van de zorg 2024. 2024.
11. CPB. Zorguitgaven. Ons een zorg. 2022.
12. RIVM. Kiezen voor een gezonde toekomst Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024. 2024.
13. Bussemaker J, 'S Jongers T, Vonkd R. Gezondheidsverschillen voorbij: complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal. *Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen.* 2021;99:36–9.
14. NZa. Informatiekaart Wachttijden en wachtplekken ggz - oktober 2024. 2024.
15. Harmsen J. Eén op de twintig mensen zoekt een huisarts. Zie er maar eens een te vinden. *Trouw.* 2025.
16. ZiN. Sluis voor dure geneesmiddelen. *Zorginstituut Nederland*; 2023.
17. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med.* 2010;363(26):2477–81.
18. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood).* 2008;27(3):759–69.
19. Steenkamer BM, Drewes HW, Heijink R, Baan CA, Struijs JN. Defining Population Health Management: A Scoping Review of the Literature. *Popul Health Manag.* 2017;20(1):74–85.
20. Cerezo-Cerezo J, de Manuel-Keenoy E, Alton D, Bruijnzeels M, Jurgutis A, Jakab M. Unlocking the power of population health management to strengthen primary health care. *Aten Primaria.* 2025;57(7):103211.
21. van Ede A, Minderhout RN, Stein KV, Bruijnzeels MA. How to successfully implement population health management: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):910.
22. van Ede A, Stein KV, Bruijnzeels MA. Integrated Care and Population Health Management; Two Sides of the Same Coin? *Int J Integr Care.* 2024;24(2):25.
23. ZiN. Kader Passende Zorg. *Zorginstituut Nederland*; 2022.
24. Eijkenaar F, Struijs JN. Het Waarom van Alternatieve Bekostigingsmodellen in de Zorg. *VGE Bulletin.* 2022(oktober 2022).
25. Steegers EAP, Struijs JN, Uijtdewilligen AJM, Roseboom TJ. A good start for all children: Integrating early-life course medical and social care through Solid Start, the Netherlands' nationwide action programme. *Health Policy.* 2025;152:105219.
26. Molenaar JM. A solid start for the Dutch first thousand days-approach: insights into program adoption, monitoring and cross sectoral collaboration2024.

27. Molenaar JM, Boesveld IC, Struijs JN, Kiefe-de Jong JC. The Dutch Solid Start program: describing the implementation and experiences of the program's first thousand days. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):926.
28. Maarse H, Jeurissen P. Healthcare reform in the Netherlands: after 15 years of regulated competition. *Health Econ Policy Law.* 2024;1–12.
29. Raaijmakers K, Struijs JN. Wie neemt de regie? Waarborgfonds voor de zorg. 2024;Zorgen voor morgen. Hoe blijft de zorg in de toekomst financieerbaar.
30. Wet marktordening gezondheidszorg.
31. Leemhuis MDD, Simonis AL, de Vries EF. Hoe kan bekostiging helpen in de transitie naar passende zorg? *Epidemiologisch Bulletin.* 2025;1.
32. Miller HD. From volume to value: better ways to pay for health care. *Health Aff (Millwood).* 2009;28(5):1418–28.
33. van der Swaluw K, Struijs JN, Hayen AP. When Designing Bundled Payments, Don't Ignore The Lessons Of Behavioral Economics. *Health Affairs Blog.* 2018.
34. de Brantes F, Rosenthal MB, Struijs J. Ensuring the Adoption of the Health Care Warranty: A Well-defined Model to Resolve Issues with Risk and Uncertainty. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery.* 2020.
35. Frakt AB, Mayes R. Beyond capitation: how new payment experiments seek to find the 'sweet spot' in amount of risk providers and payers bear. *Health Aff (Millwood).* 2012;31(9):1951–8.
36. Nussbaum S, McClellan M, Metlay G. Principles for a Framework for Alternative Payment Models. *JAMA.* 2018;319(7):653–4.
37. de Vries EF, Scheefhals ZTM, de Bruin-Kooistra M, Baan CA, Struijs JN. A Scoping Review of Alternative Payment Models in Maternity Care: Insights in Key Design Elements and Effects on Health and Spending. *Int J Integr Care.* 2021;21(2):6.
38. Weissman JS, Bailit M, D'Andrea G, Rosenthal MB. The design and application of shared savings programs: lessons from early adopters. *Health Aff (Millwood).* 2012;31(9):1959–68.
39. Hayen AP, van den Berg MJ, Meijboom BR, Struijs JN, Westert GP. Incorporating shared savings programs into primary care: from theory to practice. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:580.
40. Struijs JN, de Vries EF, Baan CA, van Gils PF, Rosenthal MB. Bundled-payment models around the world: how they work and what their impact has been. *The Commonwealth Fund: Issue Briefs.* 2020.
41. Struijs JN, Baan CA. Integrating care through bundled payments--lessons from The Netherlands. *N Engl J Med.* 2011;364(11):990–1.
42. Cutler DM, Ghosh K. The potential for cost savings through bundled episode payments. *N Engl J Med.* 2012;366(12):1075–7.
43. Hendriks CMR, Koster F, Cattel D, Kok MR, Weel-Koenders A, Barreto DL, et al. How Do Bundled Payment Initiatives Account for Differences in Patient Risk Profiles? A Systematic Review. *Value Health.* 2025;28(4):652–69.
44. Ruwaard S. Purchasing healthcare : Beyond getting the financial incentives right: Tilburg University; 2018.
45. Song Z, McMahon LE, Jr. Rethinking physician payment. *J Gen Intern Med.* 2015;30(2):152–4.
46. Conrad DA, Perry L. Quality-based financial incentives in health care: can we improve quality by paying for it? *Annu Rev Public Health.* 2009;30:357–71.
47. Emmert M, Eijkenaar F, Kemter H, Esslinger AS, Schoffski O. Economic evaluation of pay-for-performance in health care: a systematic review. *Eur J Health Econ.* 2012;13(6):755–67.
48. Adida E, Mamani H, Nassiri S. Bundled Payment vs. Fee-for-Service: Impact of Payment Scheme on Performance. *Management Science.* 2016;63(5):1271–656.
49. Zuvekas SH, Cohen JW. Fee-For-Service, While Much Maligned, Remains The Dominant Payment Method For Physician Visits. *Health Aff (Millwood).* 2016;35(3):411–4.

50. Navathe AS, Boyle CW, Emanuel EJ. Alternative Payment Models-Victims of Their Own Success? JAMA. 2020;324(3):237–8.
51. McClellan M. Reforming payments to healthcare providers: the key to slowing healthcare cost growth while improving quality? J Econ Perspect. 2011;25(2):69–92.
52. Pandey A, Eastman D, Hsu H, Kerrissey MJ, Rosenthal MB, Chien AT. Value-Based Purchasing Design And Effect: A Systematic Review And Analysis. Health Aff (Millwood). 2023;42(6):813–21.
53. Douven R, Remmerswaal M, Mosca I. Unintended effects of reimbursement schedules in mental health care. J Health Econ. 2015;42:139–50.
54. Rosenthal MB, Frank RG. What is the empirical basis for paying for quality in health care? Med Care Res Rev. 2006;63(2):135–57.
55. Steenhuis S, Struijs J, Koolman X, Ket J, E VDH. Unraveling the Complexity in the Design and Implementation of Bundled Payments: A Scoping Review of Key Elements From a Payer's Perspective. Milbank Q. 2020;98(1):197–222.
56. Dohmen P, Gajadien C, van Raaij E, Steenhuis S. Passende Contractering van Zorg: van 'Gestold Wantrouwen' naar Samenwerken op Basis van Sociale Normen. VGE Bulletin. 2022(oktober 2022).
57. de Vries EF, Drewes HW, Struijs JN, Heijink R, Baan CA. Barriers to payment reform: Experiences from nine Dutch population health management sites. Health Policy. 2019;123(11):1100–7.
58. Frydlinger D, Hart O, Vitasek K. A New Approach to Contracts. Harvard Business Review. 2019.
59. Struijs J, Simonis AL, Leemhuis MDD. Duurzame Zorg en de Rol van de Zorgverzekeraar: Staan Alle Seinen op 'Groen'? VGE Bulletin. 2024(december 2024).
60. Cattel D, Hendriks CMR, Eijkenaar F, Steenhuis S, Vugts M, Gajadien C, et al. Ontwikkeling en implementatie van alternatieve bekostiging in de zorg: doen, leren en evalueren. 2023.
61. Cattel D, Eijkenaar F, Ahaus K, van de Laar M. Bundelbekostiging in de zorg mogelijk, ondanks belemmeringen. Economisch-Statistische Berichten. 2021;106(4794):86–9.
62. NZa. Uitkomstgerichte en passende bekostiging geïntroduceerd voor hand- en polszorg. 2024.
63. NZa. Experiment nieuwe bekostiging revalidatie- en herstellzorg. 2024.
64. NZa. Informatiekaart concentraties in de zorg 2025 [Available from: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_798729_22/].
65. EY. Onderzoek Private Equity in de zorg. 2024.
66. Borsa A, Bejarano G, Ellen M, Bruch JD. Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: systematic review. BMJ. 2023;382:e075244.
67. Kannan S, Bruch JD, Song Z. Changes in Hospital Adverse Events and Patient Outcomes Associated With Private Equity Acquisition. JAMA. 2023;330(24):2365–75.
68. Singh Y, Song Z, Polsky D, Bruch JD, Zhu JM. Association of Private Equity Acquisition of Physician Practices With Changes in Health Care Spending and Utilization. JAMA Health Forum. 2022;3(9):e222886.



PROF. DR. JEROEN N. STRUIJS

Jeroen Struijs (1974) is werkzaam als bijzonder hoogleraar Population Health Economics, in het bijzonder alternatieve bekostigingsmodellen, bij de Health Campus Den Haag (LUMC) en sinds 2025 als Chief Economist bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Jeroen heeft een afgeronde master aan de Universiteit Maastricht en Erasmus Universiteit en een PhD aan de Universiteit van Amsterdam. Jeroen was van 2000 tot 2024 werkzaam bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) op het gebied van alternatieve bekostigingsmodellen in de zorg, integrale bekostiging van diabetes- en geboortezorg, en de ontwikkeling van shared savings contracten.

Jeroen was een Commonwealth Fund Harkness Fellow (2013-2014) en was visiting professor bij Harvard Medical School, department of Health Care Policy (2024-2025). Zijn onderzoek betreft zowel de ontwikkeling als implementatie en evaluatie van bekostigingshervormingen, en hij begeleidt daarin meerdere promovendi en master-studenten. Door de toepassing van bestaande kennis in de praktijk probeert Jeroen

vanuit een onderzoeksperspectief de maatschappelijke impact te vergroten. Daarnaast ontwikkelt Jeroen zowel onderwijs op de 'hoe' en 'waarom' van het brede thema van financiering, bekostiging, contractering en inkoop van de zorg voor zowel Bachelor, Master als postgraduate onderwijs.

