

Mening:

Vrije artskenkeuze is niet gratis

Het wetsvoorstel van minister Schippers om de vrije artskenkeuze te beperken, heeft tot de nodige commotie geleid. Waar het voorstel volgens de minister een essentieel onderdeel is van het nieuwe zorgstelsel, is het volgens sommigen juist in strijd daarmee. Zo betoogde Sweder van Wijnbergen (2014) onlangs in *NRC Handelsblad* dat het wetsvoorstel ingaat tegen het gezond verstand, omdat een vrije artskenkeuze juist hoort bij de door Schippers beoogde marktwerking. Hiermee slaat Van Wijnbergen echter de plank mis. Om te zorgen dat de premies betaalbaar blijven, moeten zorgverzekeraars immers afspraken kunnen maken over de prijs en kwaliteit van zorg. Zij kunnen dergelijke afspraken alleen maken als zij niet worden gedwongen om ook de kosten van ondoelmatig werkende zorgaanbieders volledig te vergoeden. Een vrije artskenkeuze klinkt sympathiek, maar betekent in de praktijk dat verzekeraars ook zorgaanbieders moeten betalen die hoge prijzen vragen, onnodig hoge kosten maken of matige kwaliteit zorg leveren. Dit leidt tot hogere premies, waardoor mensen met een laag inkomen het hardst worden geraakt. Vrije artskenkeuze is niet gratis.

Hoewel veel zorgverzekeraars ook nu al niet honderd procent van de tarieven van alle zorgaanbieders vergoeden, berust die beperkte vergoeding op juridisch drijfzand. De Hoge Raad (2014) heeft in een uitspraak over een geschil tussen zorgverzekeraar CZ en een verslavingskliniek namelijk bepaald dat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg niet zo laag mag zijn dat deze voor de patiënt een feitelijke 'hinderpaal' vormt om de betreffende zorg te gebruiken. Wanneer een beperkte vergoeding precies een hinderpaal vormt is echter niet duidelijk. Zo kan bij een ziekenhuisbehandeling van 20.000 euro een vergoeding van 95 procent al gauw een hinderpaal vormen voor een alleenstaande bijstandsvader, omdat hij dan 1.000 euro uit eigen zak moet betalen. De huidige vergoeding van zeventig à tachtig procent voor niet-gecontracteerde ziekenhuiszorg die veel zorgverzekeraars hanteren, lijkt dus in strijd te zijn met het hinderpaalcriterium. Zonder wetswijziging is het wachten op de volgende rechtszaak.

Een belangrijk voordeel van de door minister Schippers voorgestelde wetswijziging is dan ook dat deze juridische duidelijkheid schept over het recht op vergoeding van niet-gecontracteerde ziekenhuiszorg en klinieken voor geestelijke gezondheidszorg. In de praktijk zal er door de wetswijziging,

ERIK SCHUT

Hoogleraar aan de
Erasmus Universiteit Rotterdam

MARCO VARKEVISSE

Universitair hoofddocent aan de
Erasmus Universiteit Rotterdam

WYNANDVAN DE VEN

Hoogleraar aan de
Erasmus Universiteit Rotterdam

zeker op korte termijn, waarschijnlijk niet veel veranderen. Indien toegestaan, zal een percentage van zeventig tot tachtig procent in de regel namelijk al effectief genoeg zijn om verzekeren te laten kiezen voor de gecontracteerde zorgaanbieders.

De wetswijziging kan echter alleen bijdragen aan kostenbeheersing en kwaliteitsverbetering als wordt voldaan aan twee belangrijke voorwaarden. Een eerste voorwaarde is dat zorgverzekeraars inderdaad contracten sluiten met zorgaanbieders die goede zorg leveren tegen een redelijke prijs. Dit gaat echter niet vanzelf. Een belangrijk knelpunt is namelijk dat

kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders voornamelijk onvoldoende inzichtelijk zijn (Schut *et al.*, 2014). Het gevaar bestaat hierdoor dat zorgverzekeraars bij zorginkoop te eenzijdig letten op de prijs. Er is dus alle reden om maximaal in te zetten op het verbeteren en openbaar maken van de informatie over de door zorgaanbieders geleverde kwaliteit van zorg. Het is dan ook niet voor niets dat minister Schippers onlangs 2015 heeft bestempeld tot het jaar van de transparantie in de zorg. Wanneer kwaliteitsverschillen voldoende inzichtelijk zijn is er voor verzekeraars ook geen reden om innovatieve en doelmatige toetreders geen contract te bieden, zoals Van Wijnbergen vreest. Integendeel zelfs. En als verzekeraars hun verzekeren duidelijk kunnen maken dat zij bepaalde zorgaanbieders niet hebben gecontracteerd omdat de kwaliteit van hun zorg ondermaats is, dan zal dit voor de meeste verzekeren geen enkel probleem zijn. Veel van hen zullen dit zelfs waarderen.

Een tweede voorwaarde is dat er sprake moet zijn van voldoende concurrentie tussen zorgverzekeraars. Alleen wanneer zorgverzekeraars voldoende concurrentiedruk ervaren, zullen zij immers de prijsvoordelen en doelmatigheidswinsten van scherpe zorginkoop doorgeven aan de klant. Volgens Van Wijnbergen zijn zorgverzekeraars echter monopolisten die ondanks meevallende kosten hun premies verhogen. Dit is wat al te kort door de bocht. In sommige regio's heeft de dominante zorgverzekeraar weliswaar een groot marktaandeel, maar voor het doorgeven van inkoopvoordelen is het van belang dat de concurrentie om verzekeren op een landelijke markt plaatsvindt. Weliswaar is ook de landelijke zorgverzekeringmarkt sterk geconcentreerd – waarbij vier concerns een gezamenlijk marktaandeel van negentig procent bezitten (NZA, 2014) – maar vanaf 2006 is er desondanks sprake van stevige prijsconcurrentie. Tot 2011 is op de basisverzekering

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders

te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

per saldo dan ook nauwelijks winst gemaakt. De winst die zorgverzekeraars in 2012 en 2013 op de basisverzekering hebben gerealiseerd, lijkt vooral een gevolg van de sinds 2012 veel geringere kostenstijging dan voorafgaande jaren, waarmee bij de premievaststelling onvoldoende rekening werd gehouden (NZA, 2014). Volgens de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA, 2014) hebben zorgverzekeraars in reactie hierop in 2013 en 2014 de opslag in hun nominale premie aanzienlijk verlaagd, waardoor deze in 2014 gemiddeld zelfs negatief was (23 euro per verzekerde van 18 jaar en ouder). Zorgverzekeraars lijken de in de afgelopen jaren gerealiseerde winsten dus wel degelijk deels door te spelen naar de klant. Dit laat onverlet dat gelet op de hoge marktconcentratie waakzaamheid is geboden van zowel de Autoriteit Consument & Markt (toezicht op kartelvorming en fusies) als de Nederlandse Zorgautoriteit (toezicht op aanmerkelijke marktmacht).

Gelet op de genoemde twee voorwaarden is er alle reden om het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars kritisch te volgen. Maar dit vormt geenszins een reden om hun de mogelijk-

heid te ontnemen om selectief en kritisch in te kopen. Want als de zorgverzekeraar niet op de kosten mag letten, wie doet dat dan wel? Deze vraag laat Van Wijnbergen onbeantwoord. Moet de overheid weer het voortouw nemen, zoals in de jaren tachtig en negentig? Daar lijkt hij evenmin voorstander van gelet op zijn terechte constatering dat “via regelgeving afgedwongen kostenbesparing tot wachtlijsten leidt, zoals we vroeger kenden in de zorg”.

“Hoort vrije keuze niet juist bij marktwerking?” luidt de retorische vraag die Van Wijnbergen in het begin van zijn artikel stelt. Het antwoord daarop is “ja” als het gaat om de vrije keuze voor een zorgpolis. De voorgestelde wetswijziging perkt de poliskeuze niet in maar verruimt deze juist. Verzekerden kunnen dan immers, naast de gebruikelijke restitutie- en naturopolis, ook kiezen voor een selectieve en dus goedkopere polis waarbij zij niet langer hoeven mee te betalen aan ondoelmattige, te dure of kwalitatief inferieure zorg. Niets dwingt verzekeren om zo’n polis te kopen. De keuze is aan de verzekerde.

Reactie: Beperken van vrije artsenkeuze leidt tot tweedeling en hogere kosten in de zorg

Schippers en in navolging Schut *et al.* willen verzekeraars de vrijheid geven de vrije artskeuze van patiënten te beperken, want die kunnen uiteindelijk toch ook voor de duurdere restitutiepolissen gaan. Maar in de praktijk zal het overgrote (en minder welgestelde) deel van de bevolking voor de goedkopere naturopolissen gaan, waarmee de toch al scheve machtsverhoudingen in de zorg nog schever komen te liggen en de toetreding nog moeilijker wordt – met op de langere termijn hogere, niet lagere kosten.

De reactie van Schut *et al.* op mijn pleidooi in het *NRC Handelsblad* voor vrije artskeuze is wel ironisch. Schippers wil die inbreuk op de consumentenvrijheid omdat deze noodzakelijk zou zijn voor de completering van haar marktintroductie in de zorg. Schut *et al.* verdedigen die restrictie juist omdat

SWEDER VAN WIJNBERGEN
Hoogleraar aan de Universiteit
van Amsterdam

die marktwerking er helemaal niet is. *With friends like this...*

Schut *et al.* bedoelen natuurlijk niet dat er geen vrije markt is, maar dat de zorgmarkt niet op het ideaalbeeld van de perfecte markt uit de economieboeken lijkt, met vele zorgaanbieders die fel concurreren voor de gunsten van perfect geïnformeerde

grote aantallen klanten. Daaruit concluderen ze dat gebruikelijke argumenten voor keuzevrijheid niet meer op gaan. Helaas vinden ze dat zo duidelijk dat ze geen enkel argument voor die conclusie geven. Dat kan ook niet, simpelweg omdat het niet zo is: in de zorg is keuzevrijheid voor zorgafnemers namelijk nog veel belangrijker dan in de markten die dichter bij het ideaalbeeld van de leerboeken komen.

Allereerst is de restrictie, meer dan in normale markten, praktisch onuitvoerbaar. Sommige patiënten komen met

één diagnose (plus bijbehorende dokter) binnen bij een ziekenhuis, maar blijken in veel gevallen vervolgens iets anders te mankeren. Misschien past de keuze aanvankelijk wel bij de keuzeruimte geboden door de verzekeraar van de patiënt, maar dikwijls zal dat bij die veranderde of additionele diagnose niet meer zo zijn. Als verzekeraars volledige betaling kunnen weigeren voor niet-gecontracteerde artsen dan kan dit tot financieel desastreus gevolgen voor de patiënt leiden.

Schut *et al.* beweren dat als die andere artsen kwalitatief goed zijn, ze ook wel gecontracteerd zullen worden. Dat zou zo kunnen zijn als alle verzekeraars hun keuze maakten uit dezelfde objectief vastgestelde ranglijst. Maar zo'n objectieve ranglijst bestaat er niet, vanwege een van de grootste fouten in het hele Hoogervorst/Schippers-hervormingsprogramma: zij zijn er namelijk niet in geslaagd om een objectieve informatievoorziening over de zorgvoorzieningskwaliteit voor elkaar te krijgen. Die taak lag eerst bij de NZA, die daarin – net zoals in al haar andere taken – volledig gefaald heeft. Schippers heeft op dat mislukken van de NZA gereageerd door een apart kwaliteitsinstituut op te richten, waarvan sindsdien nooit meer iets vernomen is. Noodgedwongen proberen de verzekeraars dat gat te vullen, terecht met tegenzin, zoals de zorgverzekeraar CZ enige tijd geleden aangaf: ook zij hebben de benodigde informatie niet, laat staan de expertise om die te beoordelen als ze die wel zouden hebben. En verder hebben ze een evident belangenconflict vanwege hun kostendoelstelling, een probleem waar Schut *et al.* aan voorbijgaan. Ook de verzekeraars hebben liever een onafhankelijke kwaliteitsautoriteit. Die kan zonder enig belangenconflict de kwakzalvers en disfunctionele artsen eruit halen – dat zie je toch liever op basis van vaktechnisch bewijs en expertise gebeuren dan vanuit kostenoverwegingen.

Bovendien komen patiënten in de tweede lijn terecht via een verwijzing van huisartsen, die helemaal niet weten welke artsen door de verzekeraar van de betreffende patiënt gecontracteerd zijn. En zelfs als ze dat wel zouden weten, dan nog komen ze in een conflictsituatie terecht als ze zich aan verzekeraarsrestricties moeten houden. Als het patiëntenbelang arts A vereist maar die heeft geen contract, wiens belang moet de huisarts dan volgen? De huisarts is met afstand de belangrijkste pion in het kostenspel, maar zijn effectiviteit wordt ondermijnd als patiënten hem vanwege dit soort belangenconflicten zouden gaan wantrouwen – ook een punt waar Schut *et al.* geen aandacht aan besteden.

Al deze argumenten draaien om patiëntenbelangen, maar Schippers en in navolging Schut *et al.* lijken voornamelijk geïnteresseerd in kortetermijnkostenbeheersing. Curieus genoeg denken politici altijd dat marktwerking lagere totale zorgkosten op gaat leveren, ook de belangrijkste doelstelling van Schut *et al.* Maar daar is geen enkele garantie voor. Goed functionerende marktwerking zal meer klantvriendelijke en efficiëntere zorg opleveren, maar of patiënten dan meer of minder gaan uitgeven is niet te voorspellen, en is zeker niet in het algemeen waar. Rantsoener maar op nul, dat is zeker goedkoper, zij het evident niet acceptabel. En als je efficiëntere zorg wil, dan komt er een tweede soort probleem naar boven bij de restrictie van de vrije artskeuze: het vergroot de toch al grote monopolie-macht van verzekeraars.

Hiermee begeeft Schippers zich allereerst in een mededingingsrechtelijk wespennest. Schippers en in navolging Schut *et al.* willen meer monopolie-macht bij verzekeraars omdat ze

hopen dat die verzekeraars de zorgaanbieders zo beter uit kunnen knippen en daarmee dan kostenverlaging kunnen bewerkstelligen. Maar de Europese mededingingsregels verbieden in principe dit soort beleidsmatig uitdelen van monopolie-macht, tenzij nodig in verband met onoplosbare marktmachtsproblemen aan de andere kant van de markt (als *countervailing power*) – en alleen dan nog als aangetoond kan worden dat de daaruit volgende besparingen uiteindelijk aan patiënten zullen worden doorgegeven. Maar die marktmacht van zorgaanbieders bestaat niet of nauwelijks, niet op maatschapsniveau en zeker niet op individueel artsenniveau – alleen de megaziekenhuizen zijn qua macht enigszins gelijkwaardig aan de zorgverzekeraars. En zelfs als dat wel zo zou zijn, moet er nog een garantie komen dat de eventueel te behalen kostenvoordelen de consument zullen bereiken – en dat gaat niet lukken: de politiek heeft voor private verzekeraars gekozen en vervolgens volledig gefaald de escalerende concentratie bij verzekeraars in te perken. Schut *et al.* bagatelliseren dat: die top 4 hebben 'maar' negentig procent van de markt, en de prijzen zijn toch wel eens omlaag gegaan? Maar die vier concurreren onderling nauwelijks omdat de NZA en ACM (vroeger NMA) vier regionale monopolies hebben laten ontstaan. In zijn eigen adherentiegebied heeft elk van die vier individueel zo'n negentig procent van zijn markt, onderlinge concurrentie bestaat er dus nauwelijks, en daarmee is ook aan de tweede Europese voorwaarde niet voldaan.

Een nog veel groter structureel bezwaar tegen het uitbannen van de vrije artskeuze is dat het een enorme toetredingsbarrière opwerpt tegen nieuwe spelers aan de aanbods-kant van de zorg. Politici en ambtenaren geloven heilig in de dwingende regelgeving of monopolie-macht voor verzekeraars als een instrument voor kostenbeheersing, net als kennelijk Schut *et al.* dat vinden. Die dwingende regelgeving met bijbehorende wachtlijsten willen Hoogervorst en Schippers juist kwijt, vandaar hun vlucht in de monopolie-macht voor zorg-inkopende verzekeraars. Monopolisten inzetten om kosten te beheersen? Zijn we niet juist tegen monopolies omdat ze tot hogere kosten voor consumenten leiden? Werkelijke marktdiscipline komt voort uit (de dreiging van) nieuwe toetreders, maar dat wordt juist praktisch onmogelijk gemaakt door het voorstel van Schippers. Een nieuwe toetreders heeft per definitie contracten met niemand, en valt dus onder Schippers' voorstel volledig uit de boot.

Schut *et al.* beweren dat als die toetreders voldoende kwaliteit hebben ze vanzelf wel contracten krijgen. Maar met Schippers' voorstel betekent geen contracten geen activiteit en dus ook geen mogelijkheid tot kwaliteitsmeting – dus, nee, zo makkelijk zal dat niet gaan. Verder zijn verzekeraars in toenemende mate überhaupt niet meer bereid om met kleine nieuwe spelers in gesprek te gaan, ook wel begrijpelijk gezien de transactiekosten van de onderhandelingen. Dus zelfs als verzekeraars op korte termijn wel kostenbeperking zouden kunnen afdwingen en die aan consumenten door zouden geven, zouden ook zij bij gebrekkige toetreding de productiviteitsstijgingen – en de daarmee mogelijk wordende kostenbeheersing die bewezen samengaan met nieuwe toetreders – mislopen. Dus door zo'n toetredingsbarrière op te werpen, gaat Schippers' voorstel op de lange duur tot hogere en niet tot lagere kosten leiden.