

Een economisch gezonde gezondheidszorg

KVS Preadviezen 2012



ISBN 978 90 12 57743 4
NUR 781

De Preadviezen 2012 van de Koninklijke Vereniging voor de Staathuishoudkunde wordt uitgegeven door Sdu Uitgevers, Den Haag.

© 2012 De auteurs, p/a Koninklijke Vereniging voor de Staathuishoudkunde, Postbus 98, 1000 AB Amsterdam.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) dient men zich te wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl). Voor het overnemen van een gedeelte van deze uitgave ten behoeve van commerciële doeleinden dient men zich te wenden tot de uitgever.

Omslag en typografie: Twin Media BV, Culemborg

Een economisch gezonde gezondheidszorg

Koninklijke Vereniging voor de Staathuishoudkunde

Preadviezen 2012

Onder redactie van

Prof. dr. F.T. Schut en dr. M. Varkevisser



Inhoudsopgave

Inleiding	7
Hoofdstuk 1	
Zonder zorg vaart niemand wel <i>Flip de Kam en Jan Donders</i>	15
Hoofdstuk 2	
Budgetten en marktwerking in de zorg: waarom en hoe? <i>Jan Boone en Rudy Douven</i>	45
Hoofdstuk 3	
Op naar een effectieve afbakening van het basispakket: kansen en uitdagingen <i>Werner Brouwer en Frans Rutten</i>	67
Hoofdstuk 4	
Grenzen aan leefstijlsolidariteit <i>Wim Groot en Flip van Sloten</i>	89
Hoofdstuk 5	
Zorgkosten van ongezond gedrag en preventie <i>Johan Polder, Rudolf Hoogenveen, Guus Luijben, Matthijs van den Berg, Hendriek Boshuizen en Lany Slobbe</i>	109
Hoofdstuk 6	
Gereguleerde concurrentie: de onvoltooide agenda <i>Wynand van de Ven en Erik Schut</i>	131
Hoofdstuk 7	
Zorginkoop: de lakmoesproef voor het nieuwe stelsel <i>Marcel Canoy en Misja Mikkers</i>	153

Hoofdstuk 8	
Concurrentie en samenwerking op de zorgverleningsmarkt	179
<i>Eric van Damme</i>	
Hoofdstuk 9	
De ziekenhuisbekostiging gefileerd	201
<i>Hugo Keuzenkamp</i>	
Hoofdstuk 10	
Langdurige zorg: vooral een verzekeringsprobleem	217
<i>Casper van Ewijk</i>	
Over de redactie	243
Over de auteurs	245

Een economisch gezonde gezondheidszorg: inleiding¹

Erik Schut en

Marco Varkevisser

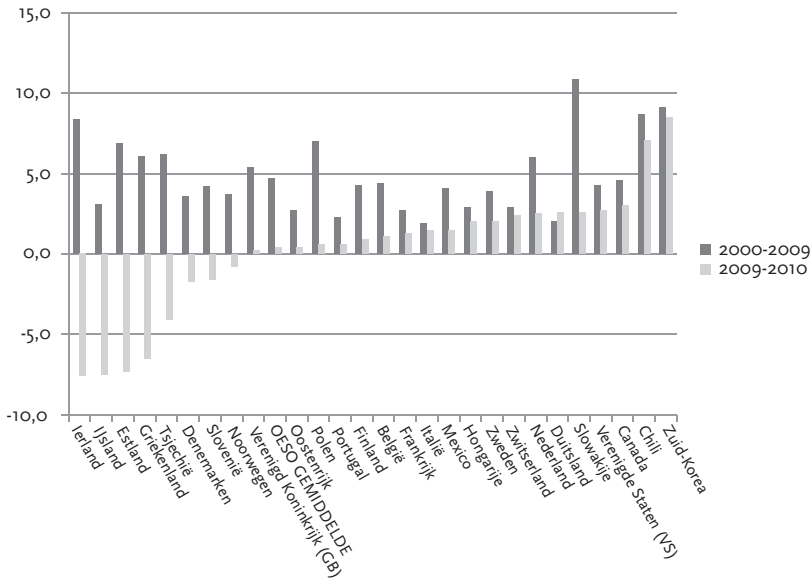
Er zijn twee hoofdpijndossiers waar opeenvolgende kabinetten mee worstelen: de financiële crisis en de kosten van de gezondheidszorg. De financiële crisis was in 2010 en 2011 het onderwerp van de preadviezen van de Koninklijke Vereniging voor de Staathuishoudkunde (KVS). De minister van Financiën stelde echter in 2010 dat de stijgende zorgkosten op de langere termijn de grootste zorg voor de overheidsfinanciën vormen, groter zelfs dan de huidige Europese schulden crisis.² Het is dus de hoogste tijd voor een bundel preadviezen over de gezondheidszorg, waarin vooraanstaande (gezondheids-) economen een diagnose stellen van de economische gezondheidstoestand van de zorgsector en adviezen formuleren om deze toestand te verbeteren.

7

1 Hoe economisch gezond is de Nederlandse gezondheidszorg?

Nederland is niet het enige land dat zich zorgen maakt over de stijgende zorguitgaven. Net als de financiële crisis vormt de beheersing van de zorguitgaven een wereldwijd probleem, dat overigens als gevolg van diezelfde financiële crisis een stuk urgenter is geworden. Inmiddels heeft de financiële crisis binnen de OESO wel geleid tot een sterke afname van de reële groei van de zorguitgaven, van gemiddeld 5% in de periode 2000-2009 tot vrijwel 0% in 2010 (Figuur 1), terwijl voorlopige cijfers voor 2011 ook op een gemiddelde nulgroei wijzen (OECD 2012a).³ In landen die het zwaarst zijn getroffen door

- 1 Wij bedanken Jeannette Verbruggen voor de uitstekende redactionele ondersteuning bij de totstandkoming van deze preadviezen.
- 2 Aldus minister De Jager (Ministerie van Financiën) in een toelichting op het financieel jaarverslag van de Rijksfinanciën over 2010 ('Duurdere zorg groter probleem dan Europese schulden crisis', Trouw.nl, 12 mei 2011).
- 3 De groei van de reële uitgaven is de groei van de nominale uitgaven (in geld) gecorrigeerd voor prijsstijgingen van het bbp en weerspiegelt de toename van de hoeveelheid zorg die mensen daadwerkelijk gebruiken. In de zorg is de prijsstijging echter doorgaans hoger dan de algemene inflatie, als gevolg van het Baumol-effect en onvoldoende correcties voor kwaliteitsverbeteringen. Dit betekent dat de volumegroei (nominale uitgavengroei gecorrigeerd voor zorgprijsstijging) gemiddeld lager ligt dan de reële groei (nominale uitgavengroei gecorrigeerd voor bbp-prijsstijging), al is dit verschil in Nederland sinds het jaar 2000 minimaal (De Jong 2012). De groei van de reële zorguitgaven bevat dus ook een zorgspecifieke prijscomponent.



Figuur 1: Gemiddelde jaarlijkse reële groei van de totale zorguitgaven binnen de OESO, 2000-2010

8

de recessie, zoals Ierland, IJsland en Griekenland, zijn de reële zorguitgaven in 2010 zelfs met circa 7% gedaald.

In verhouding tot andere OESO-landen zijn de reële zorguitgaven in Nederland in het afgelopen decennium echter relatief hard gestegen (6% per jaar over de periode 2000-2009 versus gemiddeld 4,7% per jaar binnen de OESO). De Nederlandse gezondheidszorg is binnen de OESO ook relatief duur. Na de Verenigde Staten⁴ spendeerde Nederland in 2010 van alle OESO-landen het grootste deel van het nationale inkomen (12%) aan zorg, op korte afstand gevolgd door Frankrijk, Duitsland, Denemarken en Zwitserland (OECD 2012a).⁵ In haar meest recente analyse van de Nederlandse economie noemt de OESO de beheersing van de stijgende zorgkosten, zeker gezien

4 Ondanks circa 45 miljoen onverzekerden is de Verenigde Staten met afstand koploper als het gaat om het aandeel van de zorguitgaven in het bbp (18%). Verschillende Amerikaanse (gezondheids)economen hebben dan ook de noodklok geluid en waarschuwen voor een 'fiscal Armageddon' (Chernew 2010). Anderen zijn echter van mening dat zelfs een aandeel van 30% op termijn nog houdbaar is, zolang de welvaart maar voldoende toeneemt (Hall en Jones 2007).

5 Hoewel hier wel de kanttekening bij past dat een goede internationale vergelijking van zorguitgaven lastig is wegens definitie- en registratieverschillen. Zo klom Nederland door een eigen definitiewijziging in 2009 in één keer van de negende naar de tweede plaats in de rangorde van duurste landen binnen de OESO.

het steeds meer vraaggestuurde zorgstelsel, dan ook een belangrijke uitdaging (OECD 2012b). De relatief hoge zorgkosten in Nederland komen overigens grotendeels voor rekening van de hoge uitgaven voor langdurige zorg. Internationaal gezien is Nederland voor dit type zorg, samen met Zweden, met afstand koploper.⁶ De curatieve zorguitgaven liggen daarentegen om en nabij het OESO-gemiddelde.

Niet uit het oog mag worden verloren dat tegenover deze relatief hoge zorgkosten ook belangrijke baten staan.⁷ Zo zijn sinds 2000 niet alleen de zorguitgaven relatief hard gestegen maar – na jaren van stagnatie – ook de levensverwachting. Hoewel een causaal verband met de toegenomen groei van de zorguitgaven moeilijk aan te tonen is, geven Mackenbach et al. (2011) aan dat een dergelijk verband wel plausibel is. Tweederde van de toename in levensverwachting is namelijk toe te schrijven aan een afnemende mortaliteit onder ouderen, terwijl juist bij deze groep sprake is van een sterk toegenomen zorggebruik. Daarnaast zijn de wachttijden in de zorg sinds 2000 gestaag afgenomen en liggen deze in 2011 voor alle klinische behandelingen op of onder de in 2000 vastgestelde aanvaardbare ‘Treeknormen’ (NZa 2012, Schut en Varkevisser 2012). Ook bij internationale vergelijkingen over de prestaties van het zorgstelsel is Nederland stevast in de top te vinden als het gaat om toegankelijkheid en patiëntvriendelijkheid (zie bijvoorbeeld Davis et al. 2010, HCP 2012, Joumard et al. 2010).

Maar wegen deze baten wel op tegen de kosten en, als dat zo is, zouden zij dan misschien ook kunnen worden behaald tegen lagere kosten? Vooral op de laatste vraag lijkt het antwoord bevestigend. Zo blijkt volgens Van de Vijssel et al. (2011) een belangrijk deel van de sterke groei van de zorgproductie in ziekenhuizen te worden veroorzaakt door extra behandelingen waarvoor geen lange wachtlijsten bestonden en waarvan de diagnose onduidelijk was. Op grond hiervan trekken zij de noodzaak van de sterk gestegen ziekenhuisuitgaven in twijfel. Voorts blijkt uit verschillende studies dat er sprake is van een grote regionale variatie in zorgintensiteit die niet verklaard kan worden door gezondheidsverschillen en evenmin door verschillen in uitkomsten van zorg (Van Beek et al. 2010, Westert et al. 2010). Ook dit wijst er op dat

-
- 6 Hier past de kanttekening dat de uitgaven voor langdurige zorg in Nederland beter worden geregistreerd dan in veel andere OESO-landen. De reden hiervoor is dat een relatief groot aandeel van de langdurige zorg in Nederland bestaat uit formele zorg en wordt betaald uit collectieve middelen. Bovendien rapporteren diverse landen alleen de aan medische zorg gerelateerde langdurige zorg (Colombo et al. 2011).
- 7 Het rendement van de Nederlandse zorg is door Pomp (2010) over de afgelopen vijftig jaar becijferd op ruim 30%. Anders gezegd, volgens hem kost de zorg de gemiddelde Nederlander opgeteld over zijn/haar hele leven weliswaar maar liefst 340.000 euro, maar krijgt hij/zij daar ter waarde van 450.000 euro extra gezondheid en welzijn voor terug.

er in de zorg ruimte is voor aanzienlijke doelmatigheidsverbeteringen. Ten slotte scoort Nederland in internationaal vergelijkende studies ondergemiddeld op verschillende indicatoren voor efficiency (Davis et al. 2010, Joumard et al. 2010). De economische gezondheid van de Nederlandse gezondheidszorg lijkt dus voor verbetering vatbaar. De vraag is hoe deze het beste kan worden verbeterd. Dit vereist allereerst een scherpe diagnose en vervolgens een goede therapie.

Naast de vraag of en hoe de zorg in Nederland doelmatiger kan worden georganiseerd is een belangrijke vraag welke zorguitgaven we in de toekomst collectief willen financieren. Een voortzetting van de huidige sterke groei van de collectieve zorguitgaven kan niet alleen ten koste gaan van groeiruimte voor andere collectieve uitgaven, maar kan ook repercussies hebben voor de economische groei. Bovendien zal een steeds groter beroep worden gedaan op de solidariteit tussen arm en rijk en tussen jong en oud. De vraag is of we kiezen voor meer eigen betalingen en minder solidariteit, voor het in stand houden van de huidige herverdeling of voor een andere herverdeling? Met andere woorden, waarvoor en in welke mate willen we in de toekomst solidaire zijn?

Zowel het doelmatigheids- als het herverdelingsvraagstuk staan centraal in deze preadviezen.

10

2 Opbouw en overzicht preadviezen

Deze bundel preadviezen valt grofweg in twee delen uiteen. De hoofdstukken 1 t/m 5 hebben primair betrekking op de groei van zorguitgaven en op mogelijke strategieën om deze groei in de toekomst te beperken. De hoofdstukken 6 t/m 10 gaan vooral in op de ordening en bekostiging van de curatieve en langdurige zorg, waarbij tekortkomingen en mogelijke oplossingen daarvoor worden besproken.

In **hoofdstuk 1** staan Flip de Kam en Jan Donders uitgebreid stil bij de (on)beheersbaarheid van de collectieve zorguitgaven. Na eerst te hebben uiteengezet welke oorzaken ten grondslag liggen aan de persistente uitgavenstijging in de zorg, schetsen zij bij ongewijzigd beleid een weinig rooskleurig toekomstbeeld. De Kam en Donders concluderen dan ook dat de beheersbaarheid van de collectief gefinancierde zorguitgaven moet verbeteren. Dit kan op verschillende manieren, maar volgens hen is een groter accent op private financiering van de zorg onontkoombaar. In **hoofdstuk 2** gaan Jan Boone en Rudy Douven in op de vraag of budgettering en marktwerking een effectieve combinatie kunnen vormen om de stijgende uitgaven voor ziekenhuiszorg tegen te gaan. Dit doen zij aan de hand van een eigen 'denkmodel' waarin zowel de kosten als baten van zorg een plek hebben. Hun analyse laat onder andere zien dat wanneer sprake is van overbehandeling de inzet van budgettering welvaartsverhogend kan werken. Wel is het, om de juiste prikkels voor marktwerking te behouden, volgens Boone en Douven dan van

belang om bij het vaststellen van de budgetten per ziekenhuis voldoende rekening te houden met mogelijke verschillen in zorgzwaarte en geleverde kwaliteit. In **hoofdstuk 3** bespreken Werner Brouwer en Frans Rutten hoe de afbakening van het basispakket zodanig kan worden verbeterd dat een bijdrage wordt geleverd aan de doelmatigheid van de Nederlandse gezondheidszorg. De afgelopen jaren zijn volgens hen belangrijke stappen gezet om te komen tot een bruikbaar instrumentarium. Nu komt het er op aan de criteria noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid ook echt te gaan toepassen. Brouwer en Rutten merken in dat kader op dat de politiek, middels de vaststelling van duidelijke ‘afkapgrenzen’ (wat zijn de maximale kosten per QALY?) moet aangeven welke verstrekkingen tot het basispakket dienen te worden toegelaten. Daarnaast dienen richtlijnen en zorgstandaarden in toenemende mate te worden gebruikt voor het bevorderen van gepast gebruik van de toegelaten verstrekkingen in de praktijk. In **hoofdstuk 4** staat de vraag centraal of wellicht grenzen gesteld moeten worden aan de leefstijlsolidariteit in de verplichte basisverzekering. Nadat zij eerst de huidige omvang van de genoemde solidariteit in kaart hebben gebracht, concluderen Wim Groot en Flip van Sloten dat de momenteel vrijwel onbegrensde leefstijlsolidariteit het draagvlak voor de basisverzekering (in de toekomst) kan eroderen. Zij stellen daarom voor maatregelen te nemen die er op gericht zijn om gezond gedrag te belonen, bijvoorbeeld door verzekerden met een gezonde leefstijl een premiekorting in het vooruitzicht te stellen. Ook in **hoofdstuk 5** is er aandacht voor de zorgkosten van ongezond gedrag. Johan Polder, Rudolf Hoogenveen, Guus Luijben, Mathijs van den Berg, Hendriek Boshuizen en Lany Slobbe proberen een antwoord te vinden op de vraag of het promoten van gezond gedrag een kansrijke route is om de zorguitgaven in bedwang te houden. Zij komen tot de conclusie dat dit niet het geval is. Hoewel voor bepaalde aandoeningen (kanker, hart- en vaatziekten) het aandeel van leefstijl in de zorguitgaven hoog is, blijkt uit hun berekeningen dat het aandeel van ongezond gedrag in de totale zorguitgaven beperkt is. De waarde van preventie, zo stellen Polder c.s., moet dan ook vooral gezocht worden in de bijdrage die op die manier wordt geleverd aan een vitale (beroeps)bevolking met alle bijbehorende productiviteitswinsten en andere maatschappelijke baten.

In **hoofdstuk 6** analyseren Wynand van de Ven en Erik Schut of voldaan is aan de noodzakelijke voorwaarden om gereguleerde concurrentie in de Nederlandse gezondheidszorg tot een succes te maken. Zij identificeren een aantal essentiële randvoorwaarden voor succes en constateren dat daar op dit moment nog niet afdoende aan is voldaan. De hervormingsagenda is volgens hen dan ook nog niet voltooid. In **hoofdstuk 7** zoomen Marcel Canoy en Misja Mikkers in op de cruciale rol die de zorgverzekeraars in het curatieve zorgstelsel toebedeeld hebben gekregen. Zij stellen dat de lakmoesproef voor het nieuwe stelsel is of zorgverzekeraars de beoogde rol als kritische zorginkoper namens hun verzekerden gaan waarmaken. Zij sig-

naleren verschillende problemen die een effectieve zorginkoop momenteel belemmeren en suggereren daarvoor verschillende oplossingen. Wanneer deze oplossingen niet het gewenste effect sorteren en effectieve zorginkoop onvoldoende op gang komt, moet de stelselherziening volgens Canoy en Mikkers als mislukt worden beschouwd. In **hoofdstuk 8** bespreekt Eric van Damme de toepassing van de Mededingingswet (Mw) in de zorgsector. Omdat zorgmarkten sterk afwijken van ‘normale’ markten en de overheid in deze markten sterk ordenend optreedt, is het niet op voorhand duidelijk dat zorgmarkten efficiënt zijn. Van Damme stelt dat dit betekent dat de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) ertoe gehouden is om bij toepassing van de Mw expliciet rekening te houden met de kenmerken van de betreffende zorgmarkt. Volgens hem heeft de NMa dit tot op heden echter onvoldoende gedaan. Zowel de sanctiebesluiten als de richtsnoeren in de zorgsector missen volgens hem daardoor voldoende economische onderbouwing. Hij concludeert dat innovaties en doelmatige vormen van samenwerking daarom onnodig worden afgeremd. In **hoofdstuk 9** bespreekt Hugo Keuzenkamp een andere rem op de marktdynamiek in de zorg, te weten de wijze van ziekenhuisbekostiging. Hij ontrafelt de buitengewoon complexe bekostigingssystematiek en laat zien dat de in 2012 sterk toegenomen ruimte voor vrije prijsonderhandelingen als gevolg van een tegelijkertijd ingevoerd ‘transitieregime’ *de facto* een radicale terugkeer naar budgettering impliceert. Het gevolg is dat product- en organisatorische innovaties – zoals het ontstaan van *focused factories* – worden ontmoedigd. Keuzenkamp gaat kort in op verschillende alternatieve manieren van bekostiging van ziekenhuiszorg die dergelijke innovaties zouden kunnen bevorderen. Ten slotte bespreekt Casper van Ewijk in **hoofdstuk 10** de wijze van financiering van de langdurige zorg. De uitdagende stelling die hij uitwerkt is dat als de financiering van de langdurige zorg op basis van het profijtbeginsel wordt geregeld – en mensen dus meer bijdragen in de kosten van langdurige zorg naarmate zij daar meer profijt van hebben – de stijgende uitgaven in de langdurige zorg géén vergrijzingsprobleem vormen en ook geen verstikkend effect hebben op de economische groei. Het werkelijke probleem bij de financiering van langdurige zorg is volgens hem primair een verzekeringsprobleem. Dit probleem vloeit voort uit het feit dat de gezondheidsschade moeilijk objectiveerbaar is en de daaraan verbonden kosten moeilijk over een langere tijdshorizon zijn vast te leggen. Beide aspecten hebben, zo beargumenteert Van Ewijk, belangrijke implicaties voor de optimale vormgeving van de verzekering voor langdurige zorg.

3 Tien adviezen voor de nieuwe minister van VWS

Om de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) van het nieuwe kabinet een vliegende start te geven, hebben wij uit elk van de hoofdstukken één advies gedestilleerd. De adviezen zijn gerangschikt naar volgorde

van de hoofdstukken en zijn nadrukkelijk een eigen keuze van de redactie. Onderstaande adviezen zijn noodzakelijkerwijs beknopt. Uiteraard bieden de onderliggende hoofdstukken zelf, behalve de onderbouwing en meer nuance, nog veel meer interessante en bruikbare inzichten en adviezen. De nu volgende selectie adviezen is daarom mede bedoeld om de geïnteresseerde lezer aan te sporen kennis te nemen van de volledige preadviezen. De ‘tien geboden’ die ten aanzien van het gezondheidszorgbeleid de komende jaren in acht moeten worden genomen luiden volgens deze preadviezen als volgt:

- 1 Verhoog de inspanningen om de collectieve zorguitgaven beter te beheersen en onderzoek daarbij de mogelijkheden voor meer private financiering.
- 2 Vervang het macrobudget voor ziekenhuizen door individuele ziekenhuisbudgetten die worden gedifferentieerd naar (i) risicosamenstelling (zorgzwaarte) van de populatie in het verzorgingsgebied en (ii) de kwaliteit van de geleverde zorg.
- 3 Bepaal voor ziektelast gedifferentieerde afkapgrenzen (maximale kosten per QALY) om bij de afbakening van het basispakket de kosteneffectiviteit van (nieuwe) verstrekkingen adequaat mee te kunnen wegen.
- 4 Stel grenzen aan de momenteel vrijwel onbeperkte leefstijlsolidariteit in de zorgsector.
- 5 Investeer in preventie vanwege de potentiële gezondheidswinst, maar niet om de zorguitgaven in bedwang te houden.
- 6 Zet maximaal in op het verbeteren van de informatie over kwaliteit van zorg omdat dit een cruciale randvoorwaarde vormt voor het welslagen van gereguleerde concurrentie in de zorg.
- 7 Verscherp het fusietoezicht in de zorg, zowel bij zorgaanbieders als bij zorgverzekeraars.
- 8 Verbeter zowel de economische onderbouwing als de transparantie van het mededingingstoezicht in de zorg.
- 9 Stimuleer en biedt ruimte voor de ontwikkeling van alternatieve bekostigingsmethoden voor ziekenhuiszorg die product- en organisatorische innovaties bevorderen.
- 10 Baseer de verzekering voor langdurige zorg voor de verschillende leeftijd- en inkomensgroepen zoveel mogelijk op het profijtbeginsel.

Literatuur

- Beek, E. van, K. Lemmens, G. van Schooten en E.-J. Vlieger (2010), Reduceren van praktijkvariatie: budgettaire effecten van scherpere indicatiestelling, Plexus, Breukelen.
- Chernew, M. (2010), Health care spending growth: can we avoid fiscal Armageddon, *Inquiry* 47, 285-295.
- Colombo, F., A. Llana-Nozal, J. Mercier, F. Tjadens (2011), Help wanted? Providing and paying for long-term care, *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.

- Davis, K., C. Schoen en K. Stremikis (2010), *Mirror, mirror on the wall: How the performance of the U.S. health care system compares internationally, 2010 update*, New York: The Common Wealth Fund.
- Hall, R.E. en C.I. Jones (2007), *The value of life and the rise in health spending*, *Quarterly Journal of Economics* 122(1), 39-72.
- HCP (2012), *Euro Health Consumer Index 2012*, Health Consumer Powerhouse, Danderyd, Sweden.
- Jong, J. de (2012), *Decompositie van de zorguitgaven, 1972-2010*, CPB Achtergronddocument bij: CPB Policy Brief 2011/11, Centraal Planbureau, Den Haag.
- Journard I, C. André en C. Nicq (2010), *Health care systems: efficiency and institutions*, OECD Economics Department Working Papers No. 769, OECD, Paris.
- Mackenbach, J.P., L. Slobbe, C.W.N. Looman, A. van der Heide, J. Polder en J. Garssen (2011), *Sharp upturn of life expectancy in the Netherlands: effect of more health care for the elderly?*, *European Journal of Epidemiology* 26 (12), 903-914.
- NZa (2012), *Marktscan medisch specialistische zorg: weergave van de markt 2006-2011*, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
- OECD (2012a), *OECD Health Data 2012*, OECD Publishing, Parijs.
- OECD (2012b), *OECD Economic Surveys: The Netherlands 2012*, OECD Publishing, http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-nld-2012-en
- 14 Pomp, M. (2010), *Een beter Nederland: de gouden eieren van de gezondheidszorg*, Uitgeverij Balans, Amsterdam
- Schut, F.T. en M. Varkevisser (2012), *Waiting time policies in the Netherlands*, in OECD (2012), *Waiting time policies in the health sector: what works?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>
- Vijzel, A.R. van de, P.M. Engelfriet en G.P. Westert (2011), *Rendering hospital budgets volume based and open ended to reduce waiting lists: does it work?*, *Health Policy* 100 (1), 60-70.
- Westert, G.P., M.J. van den Berg, S.L.N. Zwakhals, R. Heijink, J.D. de Jong en H. Verkleij (2010) *Zorgbalans 2010. De prestaties van de Nederlandse zorg*, RIVM, Bilthoven.

Zonder zorg vaart niemand wel

Flip de Kam en

Jan Donders

1 De zorgsector

De zorgsector omvat alle instellingen en beroepsbeoefenaren die werken in het belang van de gezondheid van de bevolking, zoals ziekenhuizen, zelfstandig gevestigde artsen en voorzieningen voor ouderen en gehandicapten. De uitgaven voor gezondheidszorg laten zich op verschillende manieren becijferen. Afhankelijk van de gekozen afbakening van het zorgdomein lagen die uitgaven in 2010 tussen 59,2 mld euro en 87,6 mld euro.¹ Zorguitgaven worden zowel privaat als collectief gefinancierd. Collectieve financiering wil zeggen dat zorguitgaven worden betaald met de opbrengst van sociale premies en belastingen.² Het aandeel van de collectieve financiering bedraagt 83 à 90% van de totale zorguitgaven. Het precieze percentage hangt af van de gebruikte definitie van zorguitgaven.

2 Motieven voor overheidsingrijpen

Het consult van een arts, de operatie in het ziekenhuis en de levering van medicijnen door de apotheker zijn diensten die in beginsel kunnen worden geproduceerd met inschakeling van het prijsmechanisme: de werking van vraag en aanbod. Zou de zorg aan de markt worden overgelaten, dan ontstaat vanzelf een situatie waarbij koopkrachtige zorgvraag en het zorgaanbod in evenwicht zijn. Onder deze omstandigheden zal echter een grote groep mensen met lage inkomens in voorkomende gevallen hoogstwaarschijnlijk van zorg verstoken blijven, omdat zij de rekening niet kunnen betalen. Dit vinden we in Nederland niet aanvaardbaar. Behalve het garanderen van toegang tot de zorg voor iedereen, zijn er nog verschillende andere redenen waarom de overheid zich diepgaand bemoeit met het functioneren van de markten voor:

- verzekeringen tegen kosten van genezing, verpleging en verzorging;
- de producten genezing (*cure*) en verpleging & verzorging (*care*) zelf.

2.1 Verzekering tegen ziektekosten

Iedere dag lopen mensen risico's. Ze kunnen bijvoorbeeld een verkeersongeluk krijgen. Worden ze daarna in het ziekenhuis opgenomen, dan kost

1 Zie Van der Horst *et al.* (2012), p. 47.

2 Preciezer: het gaat om financiering ten laste van de algemene middelen: de opbrengst van de belastingen, de niet-belastingontvangsten en de sociale premies, vermeerderd met het bedrag van (netto) door de overheid aangegeven leningen.

alleen het verblijf al 300 tot 400 euro per dag. Daar komen de kosten van de behandeling dan nog bij; die kunnen – afhankelijk van de behandeling – in de duizenden euro's lopen. Bijna niemand kan dit probleemloos uit eigen zak betalen. Ook zonder verzekeringsplicht zullen veruit de meeste mensen daarom proberen zich tegen ziektekosten te verzekeren. Verzekeraars zijn in het algemeen bereid dit risico te dekken. Op grond van statistische gegevens weten zij met voldoende zekerheid welke kenmerken van individuen bepalend zijn voor de in de toekomst te vergoeden zorgkosten: leeftijd, geslacht, postcode van de woonplaats en zorggebruik in het verleden. Door ervoor te zorgen dat de premieopbrengst de naar verwachting te vergoeden ziektekosten ('schade') en zijn eigen apparaatskosten dekt, bereikt de verzekeraar een sluitende exploitatie.

Verzekeraars streven ernaar een actuariel zuivere premie vast te stellen. Daarbij betaalt elke verzekerde een premie die is afgestemd op de ziektekosten die zijn verzekeraar naar verwachting moet vergoeden. Deze kosten worden berekend op basis van de prijzen van zorgproducten en de kans dat de verzekerde deze producten nodig heeft. Veel risico's zijn met inschakeling van de markt verzekeraar. Juist de markt voor verzekeringen tegen ziektekosten kent echter belangrijke tekortkomingen. Dat het prijsmechanisme hier tot maatschappelijk ongewenste uitkomsten leidt, heeft vier oorzaken:

- premiedifferentiatie en risicoselectie door verzekeraars;
- averechtse selectie door verzekerden;
- de manier waarop verzekeraars moreel risico tegengaan;
- het bestaan van onverzekerbare risico's.

Het gaat hierbij om verschillende vormen van marktfalen; deze kunnen voor de overheid aanleiding zijn om in te grijpen.

Premiedifferentiatie en risicoselectie door verzekeraars

De risico's die mensen met hun gezondheid lopen, zijn erg ongelijk verdeeld. De helft van alle zorgverzekerden veroorzaakt minder dan 5% van de totale uitgaven. Vanuit het standpunt van de verzekeraars vormen zij de goede risico's. Anderzijds wordt bijna driekwart van de zorguitgaven gedaan voor slechts 10% van de verzekerden. Zij zijn voor verzekeraars de slechte risico's. De slechte risico's zullen zich graag verzekeren tegen een voor iedereen gelijke premie. Natuurlijk willen ook de goede risico's zich indekken tegen de kosten van een dure ziekenhuisopname, al is de kans dat zij naar het ziekenhuis moeten relatief klein. Zij zullen echter waarschijnlijk niet bereid zijn om een premie te betalen die veel hoger is dan past bij hun relatief geringe schadekans.

Op een niet door de overheid gereguleerde verzekeringsmarkt komen daarom gedifferentieerde, actuariel zuivere premies tot stand. Verzekeraars bakenen min of meer homogene risicogroepen af, elk met een verschillende

premie, die de uiteenlopende schadekansen weerspiegelt. Wie zich aanmeldt als gegadigde voor een verzekering dient een aantal persoonlijke gegevens te verstrekken en zich – soms – vooraf medisch te laten keuren.³ Zo weet de verzekeraar wat voor vlees hij in de kuip heeft. Hij zal de gevraagde premie vervolgens afstemmen op de risicogroep waarin hij de aanvrager van een verzekering heeft geplaatst (premiedifferentiatie) of via selectieve acceptatie de te verzekeren risico's in lijn brengen met een vastgestelde uniforme doorsnee-premie (risicoselectie). De gevolgen van premiedifferentiatie, die zorgverzekeringen voor slechte risico's onbetaalbaar kan maken, en van risicoselectie, die de zorgverzekering voor mensen met een slechte gezondheid ontoegankelijk kan maken, zijn voor de samenleving (kennelijk) onaanvaardbaar.

Zelfselectie door verzekerden

Wanneer verzekeraars iedereen dezelfde doorsneepremie in rekening brengen,⁴ melden alleen minder goede risico's zich aan. De betere risico's vinden – gezien hun kleine kans op hoge kosten – de premie te hoog en besluiten zich daarom niet te verzekeren. Het bestand van de verzekeraars bestaat door deze zelfselectie (ook: averechtse selectie) van potentiële verzekerden steeds meer hoofdzakelijk uit slechte(re) risico's. Daarom moet de premie omhoog. Hierop haakt weer een groep af, die de verhoogde premie niet langer vindt opwegen tegen het verzekerde risico. Zo ontstaat een spiraal van steeds meer mensen die afhaken, en steeds hogere premies om de schade van de nog geïnteresseerde slechtste risico's te kunnen dekken. Zo ontvalt de basis aan de verzekering. Wanneer de overheid deze uitkomst onaanvaardbaar vindt, is ingrijpen in de verzekeringsmarkt geboden.

Het tegengaan van moreel risico

Eenmaal verzekerd tegen ziektekosten, zijn consumenten niet langer geneigd tot een terughoudend gebruik van zorgvoorzieningen, omdat zij niet hoeven te betalen naar rato van het gebruik dat zij van zorgproducten maken. Bij de beslissing de huisarts te raadplegen of medicijnen te slikken, spelen de kosten – als men er toch tegen verzekerd is – niet langer een rol. Verder

- 3 Verzekeraars kunnen er ook voor zorgen dat verzekerden zichzelf in verschillende risicogroepen indelen, door verzekeringen aan te bieden die onderling verschillen wat betreft de hoogte van de eigen betalingen (bijvoorbeeld in de vorm van een eigen risico). De relatief goede risico's zullen bij deze aanpak een verzekering sluiten met een relatief lage premie en relatief hoge eigen betalingen, terwijl de relatief slechte risico's een verzekering zullen kiezen met een relatief hoge premie en relatief lage eigen betalingen.
- 4 Wanneer verzekeraars premiedifferentiatie en/of risicoselectie toepassen, vormt zelfselectie van verzekerden niet langer een probleem. Zelfselectie vormt dus uitsluitend een probleem wanneer verzekeraars onvoldoende in staat zijn om de gevraagde premie te differentiëren of slechte risico's te weren.

is het denkbaar dat mensen ongezonder gaan leven of riskante gewoonten koesteren. De verzekering dekt immers toch de hierdoor veroorzaakte medische kosten. Zulke gedragsaanpassingen van verzekerden staan bekend als moreel risico (*moral hazard*). Verzekerden handelen, omdat zij verzekerd zijn, alsof de zorg gratis is. De kosten van een hoge eigen consumptie worden immers omgeslagen over alle verzekerden en hebben dus een verwaarloosbare invloed op de hoogte van de individueel verschuldigde ziektekostenpremie. Omdat vrijwel alle verzekerden zich zo gedragen, lopen de kosten van de zorg snel op.

Deze gedragsaanpassing van zorgconsumenten kan een verzekeraar tegengaan door remgelden in te voeren: eigen betalingen die de consumptie afremmen. Een voorbeeld is de eigen bijdrage, waarbij de verzekerde voor elke behandeling of verstrekking zelf een bepaald bedrag moet voldoen. Een andere vorm van remgeld bestaat uit een eigen risico. Hierbij moeten verzekerden jaarlijks eerst een bepaald bedrag aan ziektekosten uit eigen zak betalen, voordat de verzekering het meerdere (volledig) vergoedt. Eigen bijdragen geven voortdurend een prikkel om overbodige zorgconsumptie achterwege te laten. Bij ieder volgend bezoek aan de dokter moet de patiënt immers weer in de portemonnee tasten. Bij een eigen risico is dit niet zo. Zodra dit is 'volgelopen', vergoedt de verzekeraar de verdere zorguitgaven immers volledig. Remgelden hebben als voordeel dat zij het morele risico beperken, maar daar staat als nadeel tegenover dat de verzekering verzekerden minder zekerheid biedt. Remgelden treffen bovendien chronisch zieken onevenredig hard en een eigen risico zal voor deze groep niet effectief zijn. Mensen die veel ziek zijn weten immers van tevoren dat zij het eigen risico vol zullen maken, waardoor een terughoudend gebruik van zorg geen zin heeft en het beoogde remmend effect niet optreedt.

Overheidsbemoeienis met zorgverzekeringen kan het morele risico van de verzekerden niet wegnemen. De overheid is wel in staat om invloed uit te oefenen op de polisvoorwaarden, waarmee de verzekeraar beoogt het morele risico binnen de perken te houden. Zij bemoeit zich onder andere met de zorgverzekeringen, omdat zij verzekerden tegen te hoge remgelden wil beschermen. Zo kent de Zorgverzekeringswet slechts een betrekkelijk bescheiden verplicht eigen risico van nu nog 220 euro per jaar, waarvan de huisartsenzorg – waarvoor verzekerden het meest prijsgevoelig zijn – overigens is uitgezonderd. De Tweede Kamer heeft inmiddels besloten dat het eigen risico in 2013 omhooggaat naar 350 euro. Bij via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) gefinancierde voorzieningen spelen eigen betalingen een veel grotere rol dan in de basisverzekering.

Onverzekerbare risico's

Bepaalde risico's zijn op een vrije markt onverzekeraar. Geen verzekeraar zal een zwaar gehandicapt geboren kind voor de rest van zijn leven tegen

ziektelkosten willen verzekeren. Wanneer een samenleving haar leden tegen zulke risico's wil beschermen, zal de overheid een wettelijke regeling tot stand moeten brengen. Op grond van deze overweging is in 1967 de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ingevoerd.

Een rol voor de overheid

Worden de geschetste uitkomsten van de markt voor zorgverzekeringen ongewenst geacht, dan is corrigerend overheidsingrijpen dus nodig, bijvoorbeeld door de verzekering tegen ziektekosten voor iedereen verplicht te stellen. Zo zijn in Nederland – gegeven de voor de AWBZ en de Zorgverzekeringswet opgelegde verzekeringsplicht en de uniforme premiestelling voor beide volksverzekeringen – goede risico's gedwongen mee te betalen voor slechte risico's. Om de gevolgen van risicoselectie in te dammen, kan de overheid verzekeraars bovendien dwingen elke gegadigde te accepteren. Die acceptatieplicht is eveneens in de Zorgverzekeringswet geregeld. Er bestaat bij deze aanpak wel behoefte aan een vereveningsmechanisme, met behulp waarvan verzekeraars die veel slechte risico's in hun portefeuille hebben schadeloos worden gesteld door collega's die in verhouding weinig dure klanten hebben. Ook hier zal de overheid regelend moeten optreden, omdat de kans gering is dat verzekeraars vrijwillig tot sluitende afspraken over risicoverevening komen. Zulke afspraken zijn immers niet in het belang van verzekeraars met een gunstig samengesteld bestand van verzekerden, die bij risicoverevening netto betalende zouden worden. De overheid kan met haar optreden tevens voorkomen dat verzekeraars een groter beroep op remgelden doen dan zij wenselijk acht. Daarom stelt de Zorgverzekeringswet een maximum aan het eigen risico. In vergelijking met de situatie in andere landen spelen het verplichte eigen risico en eigen bijdragen van zorggebruikers in het Nederlandse zorgstelsel een betrekkelijk ondergeschikte rol.⁵

2.2 Markten voor zorgproducten

Niet alleen de markt voor een verzekering tegen ziektekosten, ook markten voor zorgproducten zelf kennen aanzienlijke tekortkomingen. Het gaat om:

- problemen door asymmetrische informatie;
- machtsposities van zorgaanbieders;
- het optreden van externe effecten.

Asymmetrische informatie

Consumenten hebben veel voor hun gezondheid over. Zij zijn in veel gevallen echter niet of nauwelijks in staat noodzaak, doeltreffendheid en kwaliteit van verleende zorg te beoordelen. Door deze asymmetrische informatie van

5 De opbrengst aan eigen betalingen ligt in de curatieve zorg inmiddels in lijn met die in negen andere OESO-landen. Zie: Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012), p. 23-24.

vragers en aanbieders kunnen de laatstgenoemden in hoge mate de vraag naar hun product bepalen. Dit kan leiden tot nodeloze verrichtingen en overproductie, vooral wanneer omzet en inkomen van zorgverleners rechtstreeks afhangen van het aantal gedeclareerde verrichtingen. Daarom is in bepaalde gevallen vooraf toestemming van de zorgverzekeraar vereist voor een dure ingreep of behandeling. Daarnaast probeert de overheid de informatieachterstand van de zorgvragers te verkleinen, bijvoorbeeld door gegevens te publiceren over de kwaliteit van ziekenhuizen.

Machtsposities van zorgaanbieders

De zorgmarkt wordt gekenmerkt door machtsposities van aanbieders: kartelvorming (farmaceutische industrie), aanbodtekorten (doordat in het verleden onvoldoende medisch specialisten zijn opgeleid), en regionale of lokale monopolies (streekziekenhuis, plattelandsapotheek). Ook de aanpak van deze machtsposities van zorgaanbieders kan een motief voor overheidsbemoeienis zijn. Zo heeft de overheid een maximumuurtarief voor medisch specialisten verordonneerd en gelden maximumprijzen voor veel geneesmiddelen. Door toestemming te weigeren voor fusies van zorginstellingen kan de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) het ontstaan van regionale of lokale monopolies tegengaan. Daarnaast kan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan zorgpartijen met aanmerkelijke marktmacht specifieke verplichtingen opleggen om te voorkomen dat zij hun positie misbruiken.

20

Externe effecten

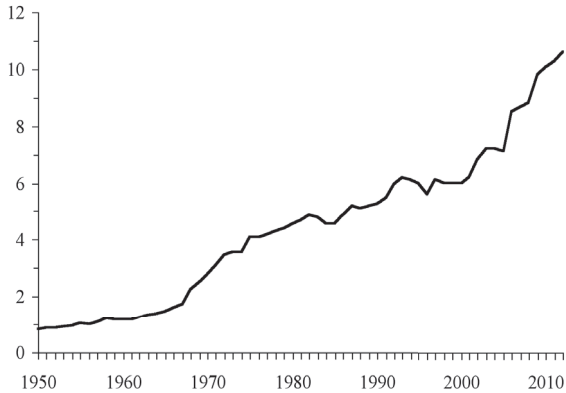
Verder kunnen externe effecten de overheid bewegen tot ingrijpen. Sommige individuen vinden het te duur om zich tegen besmettelijke ziekten te laten inenten. Zij houden bij hun beslissing echter onvoldoende rekening met het belang dat de samenleving als geheel heeft bij het voorkomen van epidemieën. Daarom zal de overheid de gehele bevolking soms kosteloos laten inenten en slaat zij de kosten via de belastingen over iedereen om.

3 Zorguitgaven

Uitgaande van de definitie van het Centraal Planbureau (CPB) zijn de collectief gefinancierde zorguitgaven in de laatste zestig jaar sterk opgelopen.⁶ Hiervan getuigt de stijging van de zorgquote, die wordt berekend door de zorguitgaven uit te drukken als percentage van het bruto binnenlands product (bbp). In de loop van de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw is de zorgquote verviervoudigd. In

⁶ De zorgquote uit de reguliere publicaties van het CPB, zoals de Macro Economische Verkenning en het Centraal Economisch Plan, heeft betrekking op de verstrekkingen in natura die vallen onder het Budgettair Kader Zorg (paragraaf 5). De standaarddefinitie van de zorguitgaven van het CPB houdt ook rekening met administratiekosten en de zorguitgaven van decentrale overheden. In 2012 staat de zorgquote volgens de *Juniraming 2012* op 10,6% (van het bbp).

de daaropvolgende twintig jaar nam zij slechts in een gematigd tempo toe. In de jaren nul van deze eeuw schoot de quote weer omhoog (figuur 1).



Figuur 1: Collectief gefinancierde zorguitgaven (procenten van het bbp), 1950-2012
Bronnen: Centraal Planbureau (2012) en door het CPB verstrekte cijfers.

Zorguitgaven worden in Nederland op zes manieren gefinancierd:

- via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- via de in de Zorgverzekeringswet geregelde basisverzekering tegen ziektekosten;
- via aanvullende (particuliere) ziektekostenverzekeringen;
- via andere private betalingen van zorggebruikers;
- met bijdragen ten laste van de rijksbegroting;
- uit eigen middelen van gemeenten en provincies.

21

De in 1967 ingevoerde Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten bood oorspronkelijk dekking tegen op de particuliere markt onverzekerbare risico's, zoals langdurig verblijf in een verpleeghuis of in een instelling voor gehandicaptenzorg. Later zijn ook andere voorzieningen in het verstrekkingenpakket opgenomen. Vervolgens is het verzekerde pakket weer uitgedund. De AWBZ is een volksverzekering. Dit betekent dat iedere ingezetene een beroep op de regeling kan doen. De regeling wordt – afgezien van een rijksbijdrage en leningen ten laste van de rijksbegroting – voor ruim de helft gefinancierd via een door de Belastingdienst geheven premie (12,15% over een inkomen van ten hoogste 33.863 euro).⁷

⁷ Het gaat hier om het inkomen uit werk en de eigen woning (box 1 van de inkomensheffing). Voordelen die een grootaandeelhouder geniet uit een aanmerkelijk aandelenbelang (box 2) en het fictief inkomen uit sparen en beleggen (box 3) vallen buiten de grondslag voor de premieheffing volksverzekeringen. Merk op dat de premiegrondslag voor belastingplichtigen die voor 1 januari 1946 zijn geboren 34.055 euro bedraagt.

Iedereen is verplicht om bij één van de in ons land actieve zorgverzekeraars een basisverzekering tegen ziektekosten te sluiten. Elke zorgverzekeraar heeft acceptatieplicht: hij mag niemand die zich aanmeldt weigeren. Zo wordt voorkomen dat verzekeraars uitsluitend gezonde mensen (met een geringe schadelast) voor een polis selecteren. De verzekeringsplicht en de acceptatieplicht zijn geregeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw), die van kracht is sinds 2006. Globaal gesproken dekt de in de Zvw geregelde basisverzekering de kosten van de eerstelijnszorg (huisarts, verloskundige), van medisch specialisten, ziekenhuiszorg, medicijnen, hulpmiddelen en revalidatie. Niet in het basispakket zitten onder andere tandartszorg (voor 18-plussers) en fysiotherapie.⁸ Wie zich daarvoor wil verzekeren, dient zelf een aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten.

De basisverzekering wordt – afgezien van een bijdrage uit de rijksbegroting – volledig via premieheffing gefinancierd. Verzekerden zijn twee premies verschuldigd (kinderen tot achttien jaar zijn gratis verzekerd):

- Een nominale premie, rechtstreeks te betalen aan de eigen zorgverzekeraar; dit is een vast bedrag van gemiddeld 106 euro per maand.
- Een door de Belastingdienst geheven inkomensafhankelijke bijdrage van 7,1% over ten hoogste 50.065 euro;⁹ voor zelfstandigen en enkele andere groepen geldt een lager tarief. De opbrengst van deze bijdrage komt ten goede aan het Zorgverzekeringsfonds; zorgverzekeraars ontvangen een uitkering uit dit fonds die mede is afgestemd op het risicoprofiel van hun verzekerden.

22

Tabel 1 vat de zorguitgaven en hun financiering samen. Uitgaven die niet ten laste komen van de AWBZ, de Zorgverzekeringswet en de rijksbegroting zijn buiten het beeld gehouden, afgezien van wat zorggebruikers zelf betalen wanneer zij in deze wetten geregelde aanspraken claimen. De relatief geringe rol van eigen betalingen van zorggebruikers valt op. Met name in de sector *care* liggen de eigen bijdragen lager dan buiten de landsgrenzen gebruikelijk is. In 2012 boeken de gezamenlijke zorgverzekeraars bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet naar verwachting een overschot van bijna 2 mld euro. De AWBZ levert daarentegen een tekort van 4,3 mld euro op. Door dit verlies wast het negatieve vermogen van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) verder aan tot 18 mld euro tegen het eind van 2012. Dit AFBZ bankiert bij de schatkist. De fondsbeheerders staan voor de opgelopen schuld in het krijt bij het Rijk.

⁸ Langdurige fysiotherapie voor chronisch zieken (meer dan twaalf behandelingen) zit wel in het basispakket.

⁹ Het gaat hier eveneens om inkomen in box 1 van de inkomensheffing.

Tabel 1: Zorguitgaven en hun financiering (mld euro), 2012

Uitgaven		Inkomsten	
AWBZ	27,1	AWBZ-premie	16,0
Zorgverzekeringswet	36,8	Zorgverzekeringswet	
Bijdrage aan gemeentefonds (Wmo)	1,4	• nominale premie	16,3
Overheid	1,8	• inkomensafhankelijke bijdrage	20,6
Beheerskosten Zorgverzekeringswet	2,5	Eigen betalingen ^a	3,6
Overige posten (vooral rentelasten)	0,3	Belastingmiddelen	10,9
Exploitatie-overschot Zvw	1,8	Exploitatietekort AWBZ	4,3
Totaal	71,7		71,7

^a Eigen bijdragen AWBZ (1,7 mld euro), plus eigen risico (1,8 mld euro) en eigen bijdragen Zorgverzekeringswet (0,1 mld euro).

Bronnen: Tweede Kamer (2011-2012a), p. 191-197 en mededeling van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De bijdrage van huishoudens aan de collectieve financiering van de gezondheidszorg houdt geen verband met (de statistische kans op) hun gebruik van zorgvoorzieningen. Hierdoor bewerkstelligt het stelsel een aanzienlijke herverdeling van de beschikkingsmacht over goederen en diensten. Van die inkomensherverdeling profiteren vooral mensen met lagere inkomens en de groep van de senioren.¹⁰ Het stelsel doet dus een fors beroep op de inkomenssolidariteit van mensen met hogere inkomens en op de risicosolidariteit van jongeren.

4 Negen oorzaken van stijgende zorguitgaven

De Nederlandse economie kampt momenteel met tegenwind. De wereldwijde economische neergang, het resultaat van de kredietcrisis, is ook binnen onze landsgrenzen goed voelbaar: de dubbele dip is een feit. Afgezien van de scherpe conjuncturele neergang laat de crisis ook sporen na in het structurele niveau van het bbp. Verder staat de groei van het bbp de komende jaren onder druk, want beleidsmakers trappen overal in Europa op de rem, doordat zij via een combinatie van bezuinigingen en belastingverhogingen de ontspoorde overheidsfinanciën weer op de rails proberen te krijgen. De onzekerheid over de economische ontwikkeling in de nabije toekomst is erg groot, onder andere omdat onduidelijk is in hoeverre de Europese leiders erin slagen om een escalatie van de eurocrisis te voorkomen. Bij alle bestaande onzekerheden staat volgens ingevoerde waarnemers één ding als een paal boven water: de uitgaven voor de gezondheidszorg zullen blijven stijgen – zowel in absolute bedragen, alsook wanneer die uitgaven worden uitgedrukt

¹⁰ Zie De Kam (2012) over inkomenssolidariteit en Van der Torre *et al.* (2012) over de verdeling van het profijt van de sociale zorgverzekeringen.

in procenten van het bbp. Negen oorzaken van de opwaartse druk op het peil van de zorguitgaven zijn uit de literatuur welbekend. Zij liggen zowel aan de vraagkant als aan de aanbodkant van markten waarop zorg- en welzijnsvoorzieningen worden verhandeld.¹¹

Vraagfactoren

Bij de vraag naar zorg spelen vijf factoren een rol. Ten eerste is het een ervaringsfeit dat mensen wanneer zij meer te besteden hebben, ook meer geld voor zorg willen uitgeven. Het Centraal Planbureau neemt aan dat een verbetering van de reële inkomens met 1% meebrengt dat ook de vraag naar zorg met 1% groeit.¹² Ten tweede neemt het aandeel van ouderen (65-plussers) in de totale bevolking door de stijging van de levensverwachting en de daling van het geboortecijfer (de 'pildip') al enkele tientallen jaren toe. De pensioenering van de babyboomgeneratie versterkt sinds kort deze ontwikkeling. Ouderen doen een in verhouding groot beroep op zorgvoorzieningen. De vergrijzing stuwt de vraag naar zorg dus op, ook los van de algemene stijging van de welvaart.¹³ Toch schieten inkomensgroei en vergrijzing tekort als verklaring van de sterke expansie van de zorguitgaven. Andere oorzaken leggen eveneens gewicht in de schaal.

24

Zo is sprake van voortschrijdende 'medicalisering' van het dagelijks bestaan. Steeds meer klachten en problemen – waarmee mensen vroeger gewend waren te leren leven – worden tegenwoordig benoemd als aandoeningen die vragen om interventie van hulpverleners. Zorgaanbieders zelf werken dit proces in de hand. Bij kleine kwaaltjes gaan mensen eerder naar de huisarts, al gaan die doorgaans na een paar dagen vanzelf weer over. Wat minder aangepast gedrag of tijdelijke neerslachtigheid zijn vandaag de dag voldoende aanleiding voor een bezoek aan therapeutische helers. Het zegenrijk resultaat van hun interventies is overigens lang niet altijd aantoonbaar. Zorgverzekeraars vergoeden heel wat behandelingen waarvan de beweerde positieve resultaten allesbehalve *evidence based* zijn.

Daarbij komt dat ongedurige consumenten aan het zorgaanbod steeds hogere eisen stellen. Zij vinden dat ze tot het eind recht hebben op een zo goed mogelijk verzorgd bestaan, zonder pijn en lichamelijke ongemakken. Ten slotte wordt de vraag nauwelijks afgeremd door eigen betalingen van zorggebruikers, die – afgezien van het eigen risico in de curatieve zorg en eigen betalingen bij het gebruik van intramurale AWBZ-voorzieningen – in Nederland weinig voorstellen.

11 De Kam *et al.* (2011), p. 187-188.

12 Empirische studies geven aan dat de inkomenselasticiteit in OECD-landen op nationaal niveau groter is dan 1, zie: Gerdtham en Jönsson (2000) en Getzen (2000). De aanname van het CPB is dus aan de lage kant.

13 Zie over het verband tussen vergrijzing en zorguitgaven: Polder *et al.* (2012).

Aanbodfactoren

Bij het aanbod van zorg drijven vier factoren de uitgaven op. Ten eerste bestaan steeds meer mogelijkheden om zieke mensen te helpen en de kwaliteit van het leven te verhogen. Technisch geavanceerde apparatuur en de nieuwste medicijnen zijn vaak erg duur. Dit is een belangrijke oorzaak dat de kostprijs van de zorg snel stijgt.

In de tweede plaats beschikken zorgaanbieders over meer informatie dan zorggebruikers en hun zorgverzekeraar. Dankzij deze informatievoorsprong kunnen zij tot op zekere hoogte hun eigen omzet bepalen. Wanneer zorgaanbieders per verrichting worden betaald, stijgen de kosten van verleende zorg om deze reden vermoedelijk meer dan medisch gezien strikt noodzakelijk is. Dit ligt anders, wanneer zij bijvoorbeeld een vast bedrag per patiënt ontvangen (inschrijf-/abonnementstarief). Dan ervaren zorgaanbieders juist een prikkel om zo weinig mogelijk zorg te verlenen, terwijl de zorguitgaven – gegeven de omvang van de verzekerde populatie – op voorhand min of meer vastliggen. Sommige aanbieders zijn actief met het adverteren van hun diensten, wat de (verzekerde) zorguitgaven opdrijft.

Ten derde hebben zorgaanbieders ook door andere oorzaken soms een sterke positie bij tariefonderhandelingen met de overheid en de zorgverzekeraars. Huisartsen en apothekers schromen niet om hun patiënten met gerichte acties voor het karretje van hun inkomenseisen te spannen.

Ten slotte staat vast dat de productiviteit van werknemers in de dienstverlening minder snel toeneemt dan die van werknemers elders in de economie. Wanneer de lonen van dienstverleners even snel stijgen als die van hun collega's die werken in landbouw en industrie, stijgt de kostprijs per eenheid diensten in dit geval relatief snel. De arbeidsintensieve zorgverlening is een van de sectoren die het slachtoffer zijn van dit Baumol-effect.¹⁴ Normaal gesproken zal de vraag naar een door het Baumol-effect duurder geworden product afnemen. Wanneer mensen toch al verplicht tegen ziektekosten zijn verzekerd, terwijl eigen betalingen nauwelijks een rol als remgeld spelen, gaat dit bij de uitgaven voor gezondheidszorg niet op. De premie van de ziektekostenverzekering gaat het jaar daarop wel extra omhoog, maar op

14 In de periode 1995-2010 verbeterde de arbeidsproductiviteit in de marktsector met gemiddeld 1,6% per jaar. In het basisonderwijs (gemiddeld -1,7% per jaar), het voortgezet onderwijs (-1,0%), bij de politie (-1,6%) en in de *care* sector (-0,7%) was het Baumol-effect manifest. Ook de door het Sociaal en Cultureel Planbureau gerapporteerde verbetering van de arbeidsproductiviteit in de ziekenhuizen (gemiddeld 0,8% per jaar) bleef achter bij die in de marktsector. Wel leidt een reeks studies tot de slotsom dat de Nederlandse ziekenhuissector in verhouding blijikbaar minder last van het Baumol-effect heeft; zie: Eggink en Blank (2012), p. 103-104. Alleen de thuiszorg (gemiddelde verbetering van de arbeidsproductiviteit: 2,1% per jaar) was in de beschouwde periode het Baumol-effect de baas; zie: Kuhry en De Kam (2012), p. 14.

het moment dat zij zorg nodig hebben voelen verzekerden geen enkele prikkel voor een terughoudend zorggebruik.

Politieke besluitvorming

Aangezien de zorguitgaven voor het overgrote deel collectief worden gefinancierd, zijn beslissingen over de omvang van het verzekerde pakket het priemaat van de politiek. In de praktijk zwichten politici vaak voor aanhoudende druk om het pakket uit te breiden, dit althans niet te beperken. Kennelijk speelt angst om de steun van het vergrijzende kiezerskorps te verliezen hierbij een rol. De *public choice*-theorie is zo in staat om te verklaren waarom de rollator – in feite een fiets voor senioren met vier wieltjes – tot 2013 in het collectief verzekerde voorzieningenpakket zit.

5 Uitgavenkader

Bij gelegenheid van elke kabinetsformatie worden plafonds voor de collectieve uitgaven vastgelegd, zo ook voor de collectief gefinancierde zorguitgaven. Dit Budgettair Kader Zorg blijkt in de praktijk een papieren tijger te zijn: het wordt nagenoeg elk jaar overschreden.

26

Budgettair Kader Zorg

Sinds 1994 leggen regeringspartijen bij elke kabinetsformatie een meerjarig plafond voor de collectief gefinancierde zorguitgaven vast. Dit plafond is verankerd in het Budgettair Kader Zorg. Het BKZ geldt voor de zorguitgaven die worden gefinancierd krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Zorgverzekeringswet. Het BKZ stelt een bovengrens aan de *netto* uitgaven. Ter bepaling van de netto uitgaven worden de bruto uitgaven verminderd met de relevant verklaarde niet-belastingontvangsten. Bij het BKZ zijn dit de eigen betalingen, met name van mensen die verblijven in instellingen voor ouderen- en gehandicaptenzorg. Om de uitgaven *reëel* op peil te houden worden de netto bedragen in de loop van de kabinetsperiode voor elk volgend kalenderjaar opgehoogd als de prijsstijging van de nationale bestedingen hoger uitkomt dan de prijsstijging van deze bestedingen die bij het opstellen van het regeerakkoord werd voorzien.

Voor overschrijdingen van het BKZ dient de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) specifiek compensatie te bieden, bijvoorbeeld door voorzieningen uit de sociale verzekering te lichten (pakketversmalling) of door de eigen betalingen van zorggebruikers te verhogen.

Mensen kunnen uit het basispakket van de Zvw verwijderde voorzieningen doorgaans aanvullend verzekeren. De premie voor deze aanvullende zorgverzekering telt niet als collectieve last. Zij vormt een vrije besteding van het beschikbaar inkomen, want het sluiten van een aanvullende verzekering is niet verplicht en de hoogte van de premie varieert met de omvang van het zelf gekozen aanvullend verzekerde pakket. Op grond van dezelfde redene-

ring vallen de uitgaven voor aanvullend verzekerde zorg buiten het BKZ. Net zoals pakketversmalling ontlast verhoging van eigen betalingen van zorggebruikers het budgettaire kader. Het bij de kabinetsformatie afgesproken plafond geldt immers voor de netto AWBZ- en Zvw-uitgaven.

Het blijkt een wijdverbreid misverstand te zijn dat de overheid via het BKZ de vraag naar zorg zou verstikken. Nederlanders mogen zich naar hartenlust aanvullend verzekeren en uit eigen zak aan zorg en verzorging spenderen zoveel als ze willen. Het plafond geldt alleen voor de collectief gefinancierde zorg.

Begrotingsdiscipline

De financiële bijlage bij het regeerakkoord en de *Startnota* kaderen de toelaatbare uitgavengroei in voor drie budgetdisciplinesectoren:

- de Rijksbegroting in enge zin (zonder de rijksuitgaven voor zorg en sociale zekerheid);
- Sociale Zekerheid en Arbeidsmarkt;
- de zorgsector (via het Budgettair Kader Zorg).

Voor tegenvallers moet de verantwoordelijke minister *specifieke* compensatie vinden op de eigen begroting of binnen de eigen sector, zodat de uitgaven per saldo onder het uitgavenplafond blijven. Meevallers mogen worden gebruikt als compensatie voor tegenvallers, maar niet voor beleidsintensivering (nieuw beleid). Voor de minister van Financiën is het uiteraard van het grootste belang dat de collega's overschrijdingen van de uitgavenplafonds daadwerkelijk compenseren. In het verleden is tegen die regel gezondigd: het Budgettair Kader Zorg werd bijna jaarlijks overschreden. Voor de overschrijdingen van het BKZ is doorgaans *generieke* compensatie gevonden door tegenvallers bij de zorguitgaven weg te strepen tegen meevallers in beide andere budgetdisciplinesectoren (tabel 2). Deze praktijk staat op gespannen voet met de geldende begrotingsregel 10: 'Compensatie tussen de afzonderlijke budgetdisciplinesectoren kan alleen in uitzonderlijke omstandigheden plaatsvinden, indien de Ministerraad daartoe besluit.'¹⁵ Hier is de uitzondering regel geworden.

¹⁵ Tweede Kamer (2010-2011a), p. 14.

Tabel 2: Begrotingsdiscipline (mutaties t.o.v. uitgavenplafonds in mld euro)

	2003-2007 ^a	2008	2009	2010	2011
Rijksbegroting in enge zin	-3,7	-0,1	-1,3	-3,3	-1,7
Sociale Zekerheid en Arbeidsmarkt	-4,3	-0,4	-0,3	0,3	-0,2
Budgettair Kader Zorg	7,0	0,4	2,0	2,3	2,0
Totaal	-1,0	-0,1	0,4	-0,7	0,2

^a Cumulatieve overschrijdingen.

Bronnen: De Kam *et al.* (2011), p. 146 (t/m 2008); Tweede Kamer (2009-2010), p. 20; Tweede Kamer (2010-2011b), p. 29; Tweede Kamer (2011-2012b), p. 25.

Beheersing van de zorguitgaven blijkt lastig te zijn, onder andere omdat burgers een goede gezondheid hoog op prijs stellen¹⁶ en doordat zij zonder financiële drempels van betekenis juridisch afdwingbaar toegang tot zorgvoorzieningen hebben. In de praktijk schrikken politici terug voor het nemen van afdoende maatregelen die nodig zijn om de collectief gefinancierde zorguitgaven beneden het voor de sector geldende uitgavenplafond te houden. Achteraf aan zorgaanbieders opgelegde kortingen zetten bijvoorbeeld volstrekt onvoldoende zoden aan de dijk.

28

6 Toekomstbeeld

De collectief gefinancierde zorguitgaven stijgen dus al jaren (nog) sterker dan beleidsmakers bij het opstellen van opeenvolgende regeerakkoorden wenselijk achten. Hierdoor blijft van de in totaal voor collectieve voorzieningen beschikbare middelen in verhouding steeds minder over voor de financiering van andere belangrijke overheidstaken: onderwijs, veiligheid, dijken, en zo verder. De zorguitgaven vormen – vrijmoedig gezegd – een ‘koekoeksjong’ dat andere collectieve uitgaven in toenemende mate over de rand van het begrotingsnest dreigt te werken. Hoewel maatregelen uit het regeerakkoord van het kabinet-Rutte (2010-2012) en het Begrotingsakkoord voor 2013 de groei van de zorguitgaven in de periode 2013-2017 met gemiddeld 1%-punt per jaar beogen te drukken, verwacht het Centraal Planbureau (2012) dat het aandeel van de zorguitgaven in de totale collectieve uitgaven in de aankomende kabinetsperiode desondanks verder toeneemt (tabel 3).

Voor de recente sterke stijging van de uitgaven voor curatieve zorg bestaat een specifieke verklaring. Sinds de vaste budgetten voor ziekenhuizen zijn losgelaten, stijgen de uitgaven voor medisch-specialistische zorg snel. In de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw liep de zorgquote betrekkelijk geleidelijk op, omdat de meeste zorgvoorzieningen waren gebudgetteerd.

¹⁶ Een grote meerderheid van de bevolking wil dat de overheid meer geld uitgeeft voor drie topprioriteiten: bevordering van de werkgelegenheid (79% van de respondenten), onderwijs (76%) en zorg (74%). Bron: Den Ridder, Kullberg en Dekker (2012), p. 10.

Een keerzijde van dit systeem waren de wachtlijsten, in het bijzonder voor planbare ziekenhuiszorg. Deze riepen zoveel maatschappelijke onvrede op, dat ze uiteindelijk een electorale factor van betekenis werden.¹⁷ Rondom de eeuwwisseling is de financiële armslag voor met name de ziekenhuizen verruimd. Zij kregen voortaan boter bij de vis – het doen van meer verrichtingen betekende een ruimer budget. Het volume van de geleverde zorg nam vervolgens fors toe en het probleem van de wachtlijsten verminderde. De zorguitgaven als percentage van het bbp schoten echter omhoog (figuur 1.1), ondanks het feit dat een scherper inkoopbeleid van de zorgverzekeraars de uitgavengroei bij de geneesmiddelen afremde.

Tabel 3: Zorguitgaven als ‘koekoeksjong’ in het begrotingsnest (% van het bbp)

Jaar	1960	1980	2000	2010	2012	2017
Collectieve uitgaven, waarvan	32	56	45	51	51	49
Openbaar bestuur	9	10	10	11	11	10
Onderwijs	4	7	5	6	5	5
Sociale zekerheid	7	18	11	13	13	13
Collectieve zorg	1	5	6	10	11	12
Aandeel zorg (procenten)	4	8	13	20	21	24

Bronnen: Centraal Planbureau (2012) en door het CPB verstrekte cijfers.

29

Vooruitzichten voor de collectieve zorguitgaven

Het Centraal Planbureau heeft recent vier scenario's opgesteld voor de ontwikkeling van de collectief gefinancierde zorguitgaven in de periode tot en met 2040.¹⁸ In het zogenoemde lagere-kostenscenario lopen deze uitgaven op van bijna 11% van het bbp in 2010 tot 16% van het bbp in 2040.¹⁹ In het betere-zorgscenario stijgen de collectief gefinancierde zorguitgaven tot maar liefst 22% van het bbp in 2040. In dit meest expansieve scenario zou een modaal tweeverdienersgezin over ruim een kwarteeuw nagenoeg de helft van het bruto gezinsinkomen kwijt zijn aan belastingen en premies voor de financiering van de zorg. Het is weinig aannemelijk, dat dit scenario werkelijkheid wordt. Particuliere huishoudens zullen vermoedelijk niet bereid zijn om zoveel voor de zorg af te dragen, mede omdat het profijt van de zorg zeer ongelijk over de bevolking is verdeeld. In het betere-zorgscenario wordt wel heel veel risicosolidariteit en inkomenssolidariteit van achtereenvolgens de

17 Denk aan de 'puinhopen van paars' – ook al had het tweede paarse kabinet (1998-2002) de koers in feite al verlegd.

18 Van der Horst *et al.* (2011).

19 In deze studie hanteert het CPB een iets ruimere afbakening van de collectief gefinancierde zorguitgaven dan is gebruikt voor figuur 1 en tabel 3; door de wat ruimere definitie ligt het niveau van de zorguitgaven in 2010 bijna 1% van het bbp hoger.

jongeren en de genietters van hogere inkomens gevraagd. Gekozen politici zullen daarom vermoedelijk tijdig maatregelen (moeten) treffen, die voorkomen dat dit scenario zich ontrolt.

Bij het opstellen van de vier scenario's zijn de rekenmeesters van het kabinet uitgegaan van een structurele bbp-groei van circa 1,5% per jaar. Deze groei is de resultante van een veronderstelde toename van de arbeidsproductiviteit met 1,7% per jaar en een krimp van het effectieve arbeidsaanbod²⁰ met 0,2% per jaar. Bij de berekening van de omvang van het 'houdbaarheidstekort' in 2017 heeft het Centraal Planbureau (2012) een ongeveer even hoge structurele economische groei verondersteld. Het uitgangspunt voor de groei van de arbeidsproductiviteit is nu weliswaar iets naar beneden bijgesteld, maar daar staat tegenover dat het arbeidsaanbod de komende decennia minder zou krimpen, als gevolg van de verhoging van de pensioenleeftijd. Stabilisatie van de zorgquote vereist bij een economische groei van 1,5% per jaar dat de toename van de reële zorguitgaven (de zorguitgaven gedeïfleerd met de prijs van het bbp) wordt teruggedrongen tot eveneens 1,5% per jaar. Dat zou neerkomen op meer dan een halvering van het groeitempo van de afgelopen tien jaar (ruim 4% per jaar).

Een zo spectaculaire afzwakking van het expansietempo van de zorguitgaven lijkt niet haalbaar te zijn.²¹ Alleen al vanwege de voortgaande vergrijzing van de bevolking valt te verwachten dat de reële zorguitgaven de komende decennia sneller zullen toenemen dan het volume van de (bruto) binnenlandse productie. Het valt bovendien niet te verwachten dat de pressie van de overige in paragraaf 4 besproken oorzaken van de almaar oplopende zorgquote in de komende decennia plotseling volledig wegvalt. Het zal dan ook een majeure beleidsinspanning vragen om de groei van de reële zorguitgaven in de komende decennia te beperken tot 3% per jaar. Een simpele berekening leert dat de zorgquote in dat geval – uitgaande van een economische groei van 1,5% per jaar – stijgt van 10,6% in 2012 tot 16% in 2040.²²

Om zo'n uitgavenstijging bij een gelijkblijvende collectieve-uitgavenquote te kunnen accommoderen, mogen de overige collectieve uitgaven tot 2040 in reële termen met slechts 1% per jaar toenemen. In dit geval liggen zij in 2040 circa 5,4% van het bbp lager dan in 2012 het geval is. De geschiedenis leert dat zo'n forse daling van de uitgavenquote niet onmogelijk is. Zo ligt het

20 Het effectieve arbeidsaanbod is het arbeidsaanbod na aftrek van de evenwichtswerkloosheid.

21 Het Centraal Planbureau (2012, p. 34) verwacht voor de periode 2013-2017 een groei van de reële uitgaven voor de Zorgverzekeringswet en de AWBZ met 3,4% per jaar. Dat is al belangrijk lager dan de uitgavengroei in de periode 2001-2008 (4,3%) en de periode 2009-2012 (4,1%).

22 De collectief gefinancierde zorguitgaven bedragen volgens de *Juniraming 2012* in 2012 10,6% van het bbp (CPB, 2012). Nemen de reële zorguitgaven met 3% per jaar toe, en het bbp met 1,5%, dan bedraagt de zorgquote in 2040: $10,6 \times 1,030^{28} / 1,015^{28} = 16,0\%$.

aandeel van de overige collectieve uitgaven in het bbp nu liefst ruim 11%-punt lager dan in 1980. Deze krimp is onder andere bereikt door minder te spenderen aan onderwijs, sociale zekerheid en defensie, en dankzij de gedaalde rentelasten. Bij deze historische les passen wel enkele kanttekeningen. Het defensiebudget is inmiddels uitgekleeft. Nog verder bezuinigen op de onderwijsuitgaven lijkt niet aanbevelenswaardig, wil de arbeidsproductiviteit verder verbeteren.²³ Door de vergrijzing lopen de uitgaven voor welvaarts-vaste sociale zekerheid op, ondanks de voorziene verhoging van de AOW-gerechtigde leeftijd. En de arbeidsdeelname ligt inmiddels op een veel hoger niveau dan in 1980, zodat het realiseren van een verdere stijging daarvan – ook na afloop van de huidige economische malaise – veel minder gemakkelijk zal zijn. De kans dat het aandeel van de overige collectieve uitgaven in het bbp in de aankomende kwarteeuw met 5 á 6%-punt omlaaggaat, achten wij op grond van deze overwegingen niet erg groot.²⁴

Neem daarom, om de gedachten te bepalen, aan dat de overige collectieve uitgaven samen een gelijk percentage van het bbp blijven uitmaken, dus in reële termen even snel toenemen als het bbp (dus met 1,5% per jaar). Dan zullen de collectieve lasten voor de financiering van de stijgende zorguitgaven bij deze projectie tot 2040 met 5,4% van het bbp moeten stijgen. Het ‘koekoeksjong’ groeit dan niet ten koste van de overige vogels in het begrotingsnest, maar de ‘ouders’ (de belasting- en premiebetalers) zullen in dit geval veel meer voedsel moeten aanvliegen. Een lastenverzwaring in de aangegeven orde van grootte zou bij ongewijzigd beleid hoofdzakelijk tot uiting komen in aanzienlijk hogere premies voor de AWBZ en de Zorgverzekeringswet, premies die thans slechts worden geheven over het inkomen beneden bepaalde inkomensgrenzen. De inkomensgevolgen van deze lastenverzwaring zullen vooral bij politieke partijen uit het linkerdeel van het politieke spectrum op bedenkingen stuiten. Financiering van de sterk gestegen zorguitgaven via lastenverzwaring voor personen met hogere inkomens zal met name bij de overige politieke partijen verzet oproepen. De noodzakelijke premieverhogingen zouden verder een zware aanslag doen op de (afgedwongen) solidariteit die nu al in de collectieve financiering van de zorg besloten ligt.

Bovendien kan een lastenverzwaring in deze orde van grootte de economie schaden, doordat zij het aanbod van arbeid ontmoedigt. Voor zover de

23 Van Ark (2011), p. 275.

24 Nederland heeft zich in ‘Brussel’ gecommitteerd om in de komende kabinetsperiode het structurele saldo van de overheidsbegroting dichtbij nul te brengen. Om dit doel te bereiken zijn – behalve te verwachten lastenverzwaringen – bezuinigingen nodig, die de uitgavenquote omlaag brengen. Stel dat de zorguitgaven hierbij buiten schot blijven. Dan ontstaat, uitgaande van de veronderstelde gelijkblijvende uitgavenquote, ruimte voor een verhoging van de zorguitgaven, die bij ongewijzigd beleid hoofdzakelijk zou worden gefinancierd via hogere premies voor de twee socialeziektekostenverzekeringen.

marginale lastendruk omhooggaat,²⁵ valt immers te verwachten dat mensen minder uren gaan werken, terwijl een hogere gemiddelde lastendruk sommigen kan weerhouden een aangeboden baan te accepteren.

Een geringer arbeidsaanbod is in een vergrijzende samenleving extra problematisch, omdat toch al tekorten aan arbeidskrachten dreigen te ontstaan. De arbeidsintensieve zorgsector zelf zou hier bij uitstek hinder van kunnen ondervinden, want bij de voorziene groei van de vraag naar zorg heeft die sector veel extra mensen nodig. Mocht de hogere lastendruk het arbeidsaanbod ongunstig beïnvloeden, dan zet dat bovendien de structurele groei van de economie onder druk. Zou het bbp hierdoor minder snel stijgen dan met de veronderstelde 1,5% per jaar, dan loopt de zorgquote – uitgaande van de veronderstelde groei van de reële zorguitgaven met 3% per jaar – nog hoger op. De lastendruk moet in dat geval extra omhoog. Want anders verslechtert het begrotingssaldo, doordat de opbrengst van belastingen en premies daalt.

Vooruitzichten voor de arbeidsmarkt

Ook zonder ongunstige effecten van een oplopende lastendruk op het arbeidsaanbod zal de zorgsector zich in de komende decennia moeten inspannen om alle openstaande vacatures te kunnen vervullen. Hoe dan ook neemt het aandeel van de zorgsector in de totale werkgelegenheid ongetwijfeld nog sterk toe. Sommigen zijn beducht dat deze wijziging in de sectorstructuur van de economie, waarbij steeds meer mensen in de zorg gaan werken ten koste van de werkgelegenheid in andere sectoren, met veel frictie haar beslag zal krijgen. Veranderingen in de sectorstructuur en de samenstelling van de werkgelegenheid zijn echter van alle tijden.

Inderdaad betekent de uitbreiding van de werkgelegenheid in de zorgsector dat de productie van internationaal verhandelbare goederen en diensten onder druk komt te staan. Ook veel andere landen krijgen hiermee te maken. Voor Nederland kan het effect voor de consumptie van internationaal verhandelbare goederen en diensten in verhouding minder ingrijpend zijn. Dankzij de buitenlandse beleggingen van de vaderlandse pensioenfondsen kunnen ingezetenen van ons land tot in lengte van jaren goederen en diensten in het buitenland kopen, zonder dat hiervoor elders schuld hoeft te worden aangegaan.

Het valt niet uit te sluiten dat de zorgsector er alleen in slaagt om een groter deel van de beroepsbevolking aan zich te binden, wanneer de relatieve beloning van werknemers in deze sector omhooggaat. Mocht dat gebeuren, dan nemen de kosten van de zorg extra toe. De zorgsector loopt dan nog eer-

25 De marginale lastendruk geeft aan welk percentage van een bruto inkomensstijging met 1 euro ten gunste van de collectieve kassen komt, doordat meer belasting en sociale premies verschuldigd zijn, en doordat de aanspraak op inkomensafhankelijke subsidies en toeslagen vermindert.

der tegen de grenzen van de betaalbaarheid aan. Dat bij een expansie van de zorgsector de relatieve beloning van werknemers in deze sector zal stijgen, ligt voor de hand; het valt echter niet op voorhand te zeggen of het hierbij om een tijdelijk of een blijvend effect gaat.

Vooruitzichten voor de arbeidsproductiviteit

Een oplopend aandeel van geproduceerde zorgvoorzieningen in het totale bbp zal de gemiddelde verbetering van de arbeidsproductiviteit drukken, doordat de groei van de arbeidsproductiviteit in de zorgsector relatief laag is. Een geleidelijke uitbreiding van de zorgsector zal de groei van het bbp dus (enigszins) temperen. Dit drijft het aandeel van de zorguitgaven in het bbp – op zich beschouwd – op. Hiertegenover staat echter dat de bijdrage van het Baumol-effect aan de stijging van de zorgquote geleidelijk afzwakt naarmate de werkgelegenheid in deze sector toeneemt. Een gedachte-experiment maakt dit duidelijk. Stel dat uiteindelijk de gehele actieve beroepsbevolking in de zorgsector werkzaam is en dat de reële lonen in de pas lopen met de voor deze sector kenmerkende (minder sterke) verbetering van de arbeidsproductiviteit. Dan doet het Baumol-effect zich per definitie niet langer voor.

7 Groei collectieve zorguitgaven afremmen?

De groei van de collectief gefinancierde zorguitgaven ging in de afgelopen zestig jaar royaal uit boven de toename van het bbp, zodat de zorgquote sterk opliep. Het aandeel van de collectieve zorguitgaven in het bbp zal in de komende decennia onder invloed van verschillende factoren verder stijgen. Is dat een problematische ontwikkeling? Het simpele antwoord luidt dat een voortdurend ongeremd hoger oplopen van de zorgquote niet goed denkbaar is. Uitgaande van een structurele economische groei van 1,5% en een toename van de collectief gefinancierde zorguitgaven van 4% (jaarlijkse reële mutaties), staat de zorgquote in 2060 op 34%.²⁶ Aangenomen dat de overige collectieve uitgaven toch ten minste 36% bbp zullen vergen (nu: 40%), geeft dit voor 2060 een collectieve-uitgavenquote van 70%. (Lang) voordat deze situatie is bereikt, zal de wal het schip hoogstwaarschijnlijk keren.

Op de heel lange termijn zou de zorgquote bij deze uitgangspunten per definitie tenderen naar 100%. Een niet aflatende stijging van het aandeel van de zorguitgaven in het bbp is echter al op een veel eerder tijdstip problematisch. Bij de analyse die tot deze slotsom voert is het dienstig onderscheid te maken tussen twee situaties. In het ene geval wordt de voortdurende toename van de zorgquote gefinancierd door de collectieve lasten te verzwaren. In het andere geval blijft de totale collectieve-uitgavenquote gelijk en begrenzen de toenemende zorguitgaven de ruimte voor de groei van andere collectieve uitgaven. In de praktijk komt dit erop neer dat aanzienlijk minder middelen

²⁶ Want $10,6 \times 1,040^{48} / 1,015^{48} = 34,1\%$.

beschikbaar zijn voor andere bestemmingen. In die zin dringen groeiende zorguitgaven collectieve uitgaven voor andere bestemmingen weg.

Lastenverzwaring

In dit geval verdringen de stijgende zorguitgaven via een continu verder stijgende lastendruk een deel van de particuliere bestedingen.²⁷ Voor zover deze verandering in de samenstelling van de totale bestedingen aansluit bij de preferenties van mensen, wat het geval kan zijn wanneer de inkomenselasticiteit van zorg groter is dan 1 en die van (een deel van) de particuliere consumptie juist een lagere waarde heeft, is deze verandering geen probleem, maar valt zij juist te verwelkomen. Het ligt echter niet voor de hand dat een voortgaande stijging van de zorgquote mensen gelukkiger blijft maken, wanneer de groei van de particuliere consumptie daardoor voortdurend bij de groei van het bruto inkomen achterblijft. Het gunstige effect op hun welbevinden van de steeds hogere zorgconsumptie zal op enig moment kleiner zijn dan het ongunstige effect van de beperkte ruimte voor de groei van de private consumptie.

Bij financiering van de expansie van de zorguitgaven via een stijgende collectievelastendruk komt daar nog het ongunstige effect van die lastenverzwaring op het arbeidsaanbod bij. Een verhoging van de *marginale* lastendruk beweegt mensen minder uren te gaan werken. Vrije tijd wordt in dit geval immers goedkoper, zodat het substitutie-effect economisch actiever stimuleert om een geringer aantal uren te werken. Hier staat weliswaar tegenover dat de daling van het netto inkomen juist een stimulans betekent om gedurende meer uren betaalde arbeid te doen (inkomenseffect), maar het hiernaar verrichte empirische onderzoek wijst uit dat het substitutie-effect sterker is dan het inkomenseffect.²⁸ De stijging van de *gemiddelde* lastendruk leidt er bovendien toe dat sommige mensen besluiten om helemaal niet aan het arbeidsproces deel te nemen. Volgens Mastrogiacomio *et al.* (2011) beïnvloeden financiële prikkels vooral de keuze om wel of niet te werken en in

27 Behalve in zoverre als huishoudens hun vrije besparingen verlagen of interen op hun vermogen, teneinde de gewenste private consumptie op peil te houden. Spaargedrag en vermogenspositie van grote aantallen huishoudens bieden in dit opzicht slechts beperkt soelaas. Huishoudens die een substantieel deel van hun beschikbare inkomen opzij leggen hebben daarvoor vaak beweegredenen die de keuze voor een permanent lagere spaarquote minder waarschijnlijk maken.

28 Zie bijvoorbeeld Mastrogiacomio *et al.* (2011). Deze auteurs presenteren schattingen van de arbeidsaanbodelasticiteit voor verschillende groepen in Nederland, en maken daarbij onderscheid tussen het effect via de urenbeslissing en de invloed via de participatiebeslissing.

mindere mate de keuze voor het aantal uren per week.²⁹ Door deze ongunstige effecten op het arbeidsaanbod komt de economische groei structureel lager uit. Huishoudens kunnen in dit geval minder consumptieve bestedingen doen, maar zij krijgen wel de beschikking over meer vrije tijd. Zolang het genot van vrije tijd niet wordt belast, ziet de overheid tegelijkertijd het draagvlak voor de financiering van de collectieve voorzieningen krimpen.

Bezuinigen op andere collectieve uitgaven

Wanneer de stijging van de zorgquote gepaard gaat met een dienovereenkomstige daling van het aandeel van de overige collectieve uitgaven in het bbp, hoeft de lastendruk niet omhoog. In dat geval worden bovendien geen particuliere bestedingen verdrongen, maar worden andere collectieve uitgaven weggedrukt. Mocht deze wijziging in de samenstelling van de collectieve uitgaven aansluiten bij de preferenties van mensen, dan is er opnieuw geen probleem. Noopt een voortdurende stijging van de zorgquote tot een steeds verder krimpend aandeel van de overige collectieve uitgaven in het bbp, dan ligt het echter niet voor de hand dat dit gunstig blijft uitpakken voor de welvaart. Het welvaartsverlies door de bezuinigingen op de overige collectieve uitgaven zal ooit groter zijn dan het gunstige effect op de welvaart door de stijging van de zorgquote.

35

Publieke versus private financiering

Tot nu toe is het uitgangspunt dat de financiering van de totale zorguitgaven in de toekomst voor een gelijkblijvend deel uit publieke middelen plaatsvindt. Sommigen menen in dit verband dat het niet uitmaakt hoe de financiering van de zorg is geregeld, zolang de burgers zich bij publieke financiering ten volle realiseren wat zij voor hun verplichte afdracht van belastingen en ziektekostenpremies terugkrijgen. Wanneer zij de zorg voldoende hoog waarderen, dan zullen zij – zo luidt deze redenering – daarvoor graag de benodigde collectieve lasten dragen. Deze redenering lijkt op het eerste gezicht wellicht plausibel, maar zij is toch om twee redenen onjuist:

- anders dan private financiering drukt collectieve financiering het arbeidsaanbod;
- er treden complicaties op door het proces van politieke besluitvorming.

²⁹ Verschillende groepen op de arbeidsmarkt blijken bovendien verschillend op financiële prikkels te reageren. Mannen en vrouwen kennen vergelijkbare arbeidsaanbodelasticiteiten wanneer zij alleenstaand zijn. Wanneer zij samenwonen of gehuwd zijn, hebben mannen echter veel lagere elasticiteiten dan vrouwen, vooral als het huishouden kinderen telt. Laagopgeleide alleenstaanden en laagopgeleide alleenstaande ouders hebben veel hogere arbeidsaanbodelasticiteiten dan hoogopgeleide alleenstaanden en hoogopgeleide alleenstaande ouders, terwijl verschillen tussen opleidingscategorieën veel minder groot zijn voor gehuwden. De urenbeslissing van vooral vrouwen blijkt gevoelig te zijn voor financiële prikkels.

Collectieve financiering drukt het arbeidsaanbod

Het eerste verschil springt in het oog bij een vergelijking van twee landen. Land A kent een volledig collectief gefinancierd zorgstelsel, terwijl in land B alle zorg privaat wordt gefinancierd.³⁰ Stel dat de zorg in land A een druk van belastingen en premies op het huishoudinkomen nodig maakt van gemiddeld 20%. In land B besteden huishoudens gemiddeld 20% van hun bruto inkomen aan zorg. Ook wanneer de burgers in beide landen dezelfde waardering voor zorgvoorzieningen hebben, bestaat desondanks een groot verschil. Bewoners van land A maken namelijk aanspraak op zorg, ongeacht het aantal uren dat zij werken. Bij hun beslissing om al dan niet deel te nemen aan het arbeidsproces en over het aantal uren arbeid dat zij aanbieden houden ze geen rekening met de bijdrage die zij met de door hen betaalde belastingen aan de financiering van de zorg leveren. Hun eigen profijt van de zorg is immers onafhankelijk van hun belastingafdracht. Bewoners van land B daarentegen moeten hun zorgkosten uit eigen zak betalen. Zij komen dus slechts voor zorg in aanmerking, wanneer zij daar zelf het geld voor op tafel leggen. De wens om van zorgvoorzieningen te kunnen profiteren stimuleert hen om (gedurende veel uren) te werken, een prikkel die in land A ontbreekt.

36

De consequentie is dat een stijgende zorgquote in landen die de zorguitgaven collectief financieren het arbeidsaanbod ongunstig beïnvloedt. In landen waar de zorg uit private middelen wordt gefinancierd, kunnen de uitgaven aan gezondheidszorg een steeds groter deel van de verdiende inkomens opslokken zonder dat dit het arbeidsaanbod nadelig beïnvloedt. Dit effect van publieke financiering van de zorguitgaven valt in theorie te voorkomen door gebruik te maken van *lumpsumheffingen*: heffingen die voor iedere belastingplichtige even hoog zijn, ongeacht bijvoorbeeld het verdiende inkomen. *Lumpsumheffingen* ontmoedigen het arbeidsaanbod niet. Zij komen in de praktijk echter niet of nauwelijks voor, want zij worden niet acceptabel gevonden, omdat zij geen rekening houden met de draagkracht van de burgers.³¹

Bij private financiering van de zorguitgaven raakt een snelle stijging van de zorgquote het arbeidsaanbod niet. Daar staat een belangrijk nadeel tegenover. Bij private financiering van de zorg is veel minder risicosolidariteit mogelijk en is van inkomenssolidariteit geen sprake. Private verzekeraars passen bij afwezigheid van overheidsbemoeienis immers premiedifferentiatie dan wel risicoselectie toe (paragraaf 2) en houden bij de premiestelling

³⁰ Om didactische redenen betreft de vergelijking een land waar de zorg volledig uit publieke middelen wordt gefinancierd en een land waarin alle zorg privaat wordt gefinancierd. De tweede casus is echter niet realistisch, onder andere vanwege het bestaan van onverzekerbare risico's (paragraaf 2).

³¹ Een uitzondering lijkt in Nederland de nominale premie voor de Zorgverzekeringswet te zijn. Deze moet echter in samenhang worden gezien met de zorgtoeslag en de inkomensafhankelijke Zwv-bijdrage.

geen rekening met het inkomen van de verzekerde. Dit nadeel manifesteert zich ook wanneer de collectief gefinancierde zorguitgaven worden bevroren op een bepaald percentage van het bbp, en iedere verdere toename van deze uitgaven wordt bekostigd uit hogere eigen betalingen – in de vorm van een hoger eigen risico en/of hogere eigen bijdragen bij het gebruik van bepaalde zorgvoorzieningen.³² Bij deze aanpak kan verzwarend van de lastendruk – met het daarmee gepaard gaande ongunstige effect op het arbeidsaanbod – achterwege blijven, maar daar staat tegenover dat de risico- en de inkomenssolidariteit afnemen. De overheid kan de gevolgen voor de lage inkomens desgewenst beperken door de aanspraak op inkomensafhankelijke zorgtoeslag te verhogen, maar de afbraak van die toeslag bij een stijging van het inkomen heeft in dat geval onvermijdelijk een ongunstig effect op de arbeidsdeelname.³³ Tegenover het verlies aan welvaart dat hieruit voortvloeit staat uiteraard wel een gunstig effect op de welvaart als gevolg van de bereikte inkomensherverdeling.

Complicaties door politieke besluitvorming

Een tweede verschil tussen publieke en private financiering van de zorg houdt direct verband met wie de in het geding zijnde keuzen maken. Bij private financiering beslist ieder huishouden zelf over de uitgaven voor gewenste zorgvoorzieningen. Bij publieke financiering hakken in een democratie gekozen volksvertegenwoordigers de knopen door. Gegeven een democratische staatsinrichting brengt het gelijkheidsbeginsel mee dat door de wetgever als ‘gelijk’ gedefinieerde gevallen een gelijke behandeling krijgen. Als uitloei van het gelijkheidsbeginsel serveert de overheid bij de sociale verzekeringen eenheidsworst. Dit bezorgt veel verplicht verzekerden welvaartsverlies. Sommigen zouden bij voorkeur (wat) minder dekking tegen de risico’s van het leven hebben, in ruil voor een lagere premie. Anderen geven de voorkeur aan een uitgebreidere risicodekking, en zijn bereid daarvoor een hogere dan de collectief vastgestelde premie te voldoen. Gelet op de al zeer uitgebreide dekking die de sociale verzekeringen tegen ziektekosten momenteel geven, opteert een meerderheid van de verzekerden waarschijnlijk voor minder risicodekking en een lagere premie. Hun gecumuleerde welvaartsverliezen staan tegenover de welvaartswinst die ontstaat, doordat de overheid tekortkomingen van de zorgverzekeringsmarkt corrigeert (paragraaf 2).

32 Dit is bijvoorbeeld de consequentie van de ‘automatische sluitregel’ voor het BKZ die wordt gepousseerd in het veertiende rapport van de Studiegroep Begrotingsruimte (2012), p. 42. De sluitregel houdt in dat overschrijdingen van het BKZ door een verhoging van de eigen betalingen van zorgverzekerden worden goedge maakt.

33 Financiering van de zorgtoeslag maakt in dit geval ook een hogere (gemiddelde en marginale) lastendruk voor hogere inkomens noodzakelijk. Ook dat beïnvloedt het arbeidsaanbod ongunstig.

De afwegingen die gekozen politici in dezen als ‘preferentiemakelaars’ maken, gaan mank aan allerlei gebreken die onvermijdelijk kleven aan besluitvorming in de collectieve sector. Denk aan onvoldoende kennis van de voorkeuren van het electoraat, de weinig representatieve samenstelling van het parlement, en de invloed van lobbyisten, pressiegroepen en soms tendentieuze berichtgeving in de media. Publieke financiering kan tot een snellere groei van de zorguitgaven leiden dan private financiering wanneer politici ervoor terugdeinzen om maatregelen te nemen die nodig zijn om de groei van de zorguitgaven te beteugelen.³⁴ Politici doen dit mogelijk uit angst om de stemmen van het groeiende grijze deel van het electoraat te verliezen (paragraaf 4).

Een andere mogelijke verklaring voor het gedrag van politici is het beeld dat zij – terecht of ten onrechte – hebben van hun electoraat. Wellicht hebben kiezers heel goed in de gaten hoe goed of slecht zorgvoorzieningen functioneren, maar realiseren zij zich veel minder goed welke betalingen in de vorm van belastingen en premies daartegenover staan of in welke mate de zorguitgaven ten koste gaan van de kwaliteit van andere overheidsvoorzieningen. Veel kiezers zullen bij een versobering van collectief gefinancierde zorgvoorzieningen vooral oog hebben voor de nadelige gevolgen voor hun ‘gratis’ zorgconsumptie. Zij beseffen veel minder scherp dat bij het achterwege blijven van bezuinigingen op de zorg de lasten omhoog moeten, dan wel dat dan op andere collectieve voorzieningen moet worden bezuinigd. In dat geval kan het voor politici aantrekkelijk zijn om zich vierkant tegen zo’n versobering van de collectief gefinancierde zorg te verzetten. Het bedoelde irrationele gedrag van de kiezers – ‘lonen omhoog, prijzen omlaag’ – beperkt in dit geval de beheersbaarheid van de zorguitgaven, wanneer de politici althans hun oren naar de (irrationele) kiezers laten hangen.

Een democratisch gelegitimeerde voortgaande groei van de collectief gefinancierde zorguitgaven zal waarschijnlijk toch op grenzen stuiten. Bijvoorbeeld, omdat van verplicht verzekerden te veel risicosolidariteit wordt gevergd: gezonde mensen betalen zich blauw voor mensen die veel zorg nodig hebben. Vooral de van jongeren gevergte risicosolidariteit met ouderen kan op enig moment voor de jongeren onaanvaardbaar blijken te zijn. Het is ook mogelijk dat de in het stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen belichaamde inkomenssolidariteit op de proef wordt gesteld, zodra hoger betaal-

34 Zeker is dit niet. Zo waren de kosten per verzekerde bij de vroegere (vrijwillige) particuliere ziektekostenverzekering – na correctie voor gezondheidsverschillen van de verzekerde populatie – niet lager dan die van verzekerden die vielen onder de voormalige (verplichte) ziekenfondsverzekering. Private verzekeringen zijn bovendien kwetsbaar voor marktfalen. Zo zijn de bestaande aanvullende ziektekostenverzekeringen weinig transparant en behalen zorgverzekeraars daarmee veel hogere winsten dan met de basisverzekering.

den in verhouding wel heel erg veel voor hun zorgverzekering moeten betalen. Een en ander kan ertoe leiden dat beleidsmakers er niet aan ontkomen om de groei van de zorguitgaven af te remmen.

Leidt een hogere zorgquote tot grotere maatschappelijke welvaart?

De zorguitgaven dragen om verschillende redenen bij aan de welvaart. Zij maken het mogelijk dat wij aanzienlijk langer leven dan onze ouders en grootouders en verbeteren de kwaliteit van het leven van veel mensen. De verzorging van zieken, gehandicapten en bejaarden draagt daarnaast uiteraard bij aan het geluk van deze groepen. De zorg heeft ook economische baten. Het gaat hierbij niet om de werkgelegenheid die de sector verschaft (zie de hoofdtekst voor een toelichting), maar om de bijdragen die zorguitgaven leveren aan de groei van het effectieve arbeidsaanbod en de verhoging van de arbeidsproductiviteit. Al deze baten kunnen echter niet kosteloos worden geïncasseerd. De zorg vergt veel geld en gaat bij een voortgezette snelle uitgavengroei in de toekomst nog veel meer kosten. De expansie van de zorgsector gaat daarom ten koste van andere particuliere en collectieve uitgaven. Voor zover een uitzettende zorgsector leidt tot verzwaring van de lastendruk, remt dit bovendien de groei van het arbeidsaanbod en zet zo de economische groei onder druk. Beleidsmakers zouden er enorm mee geholpen zijn, wanneer inzicht bestond in de gevolgen voor de maatschappelijke welvaart van een stijging van de zorgquote en van het welvaartsverlies dat daartegenover staat bij enerzijds collectieve en anderzijds particuliere financiering. De voor zulke becijferingen noodzakelijke informatie is helaas niet voorhanden.

Pomp (2010) stelt dat het aan curatieve zorg gespendeerde geld goed besteed is.³⁵ Tegenover de hoge kosten van deze zorg staan volgens deze auteur aanzienlijke baten, die ook bij een voorzichtige schatting de kosten overtreffen. Dit resultaat betekent echter niet dat een verdere stijging van de collectief gefinancierde uitgaven voor de curatieve zorg (als aandeel van het bbp) de samenleving meer oplevert dan kost. De studie van Pomp levert namelijk geen inzicht op in alle *marginale* baten van de toenemende zorguitgaven en alle *marginale* kosten die daartegenover staan.³⁶

Hogere zorguitgaven motor van de economie?

Een snelle groei van de collectief gefinancierde zorguitgaven, zo volgt uit het voorafgaande, kan met name een obstakel voor de economische groei vor-

³⁵ Deze studie besteedt geen aandacht aan de langdurige zorg.

³⁶ Van der Vlugt (2010).

men wanneer zij leidt tot een stijgende collectievelastendruk. Een ongebreidelde expansie van deze zorguitgaven kan – ongeacht of zij via hogere lasten dan wel via bezuinigingen op andere collectieve uitgaven wordt gefinancierd – de welvaart bovendien schaden, doordat het steeds verder snoeien in andere private dan wel collectieve bestedingen de welvaart in toenemende mate schade berokkent. Is zo'n analyse echter wel volledig? Wordt dan niet vergeten dat snel stijgende zorguitgaven een impuls aan de economische groei (kunnen) geven? Zo'n impuls kan onder andere voortvloeien uit de invloed van een gezonde bevolking op het effectieve arbeidsaanbod en de arbeidsproductiviteit. Pleitbezorgers van uiteenlopende collectieve voorzieningen hameren daarnaast vaak op de gunstige werkgelegenheidseffecten die deze voorzieningen zouden hebben. De zorgsector biedt werk aan een groot aantal mensen, en dat aantal groeit ook nog eens als kool. Valt dat als een pluspunt van deze sector te beschouwen? Sommigen vestigen er bovendien de aandacht op dat de vergrijzing zich niet alleen in Nederland, maar in nagenoeg de gehele wereld voordoet. De vraag naar medische producten zal daarom wereldwijd sterk toenemen. Dat betekent volgens deze waarnemers dat de uitvoer van zulke producten een welkome bijdrage aan de economische groei in eigen land kan leveren.

40

De structurele groei van de economie is gelijk aan de toename van het structurele effectieve arbeidsaanbod (in uren) plus die van de structurele arbeidsproductiviteit (per gewerkt uur). De zorguitgaven kunnen inderdaad aan beide determinanten van de structurele groei bijdragen. De groei van het arbeidsaanbod wordt gunstig beïnvloed, wanneer dankzij de zorg ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid afnemen. De arbeidsproductiviteit kan toenemen wanneer werkenden dankzij de zorg fitter op hun werkplek verschijnen. Een kwantificering van deze effecten is echter niet voorhanden. Al te hooggespannen verwachtingen zijn hier overigens misplaatst. Van de zorguitgaven profiteren namelijk vooral mensen die niet (langer) voor de arbeidsmarkt beschikbaar zijn. Denk aan de ouderen- en de gehandicaptenzorg en het gegeven dat de zorguitgaven vooral de levensverwachting verhogen en de gezondheid verbeteren *nadat* mensen de pensioenleeftijd zijn gepasseerd. Dit drukt het gunstige effect van de zorg op de structurele groei. Wel kunnen gezonde ouderen hun kinderen ontlasten door op de kleinkinderen te passen of door mantelzorg te verlenen. Wanneer zij dit doen, neemt de arbeidsdeelname van hun kinderen mogelijk toe. De geleidelijke verhoging van de pensioenleeftijd, waartoe inmiddels is besloten, zorgt er bovendien voor dat het gunstige effect van de zorg op de structurele groei wat groter wordt.

Voorstanders van bepaalde collectieve voorzieningen hameren vaak op de gunstige werkgelegenheidseffecten van die voorzieningen. Zij roepen de overheid daarom op om de portemonnee te trekken. Wie zo redeneren gaan er impliciet van uit dat mensen die door de overheidsuitgaven in kwestie aan

het werk komen anders noodgedwongen achter de geraniums zouden zitten. Deze redenering snijdt echter geen hout. Bij een gegeven omvang van de beroepsbevolking leiden hogere overheidsuitgaven alleen tot extra werkgelegenheid, als daardoor de werkloosheid daalt. Bij werkloosheid door conjuncturele oorzaken – waarvan op dit moment sprake is – is dit scenario mogelijk inderdaad valide. De conjuncturele component van de werkloosheid is echter van voorbijgaande aard. Uitsluitend wanneer extra overheidsuitgaven een daling van de evenwichtswerkloosheid mogelijk maken, kan blijvende werkgelegenheidswinst worden geboekt. Maar voor slechts weinig categorieën van overheidsuitgaven geldt dat zij een geschikt instrument zijn om de structurele werkloosheid aan te pakken.

De zorgsector biedt veel mensen werk en zal in de toekomst een nog veel groter deel van de beroepsbevolking werk verschaffen dan nu al het geval is. De grote omvang van de werkgelegenheid in de zorgsector is echter geen reden om die sector te koesteren. Wanneer deze sector uitsluitend mensen werk zou verschaffen die anders geen bijdrage aan het bruto binnenlands product konden leveren, zou dat uiteraard wel het geval zijn. Maar dat is geen realistisch uitgangspunt.

Kan de uitvoer van hier te lande ontwikkelde en geproduceerde medische producten dan wellicht voor een groeistimulans zorgen? Wanneer een land over een grote sector beschikt die medische producten voortbrengt, is het mogelijk dat die sector bijdraagt aan de export. Dat levert echter geen extra economische groei op, want een hogere productie van medische goederen betekent bij een gegeven structureel bbp dat minder andere goederen en diensten (kunnen) worden geproduceerd. Wie denken dat een grote zorgsector als voordeel heeft dat zo'n sector een grote export van medische producten mogelijk maakt, rekenen wellicht op een gunstig effect op de groei van het reële nationale inkomen,³⁷ omdat zij vermoeden dat medische producten een relatief hoge prijs op de wereldmarkt opleveren en dat het om die reden lucratief is om zulke producten te maken en te exporteren. Elk land doet er uiteraard verstandig aan om zijn comparatieve voordelen uit te buiten. Mocht een land over een comparatief voordeel beschikken bij de fabricage van medische producten, dan zal het marktmechanisme er wel voor zorgen dat dit land die producten ook gaat voortbrengen. Aan dit feit valt echter geen argument te ontleen voor het opvoeren van de zorguitgaven. Het valt immers niet in te zien dat het groeitempo van deze uitgaven invloed heeft op de comparatieve voordelen waarover een land beschikt.

37 Het reële nationale inkomen is een maatstaf voor de mogelijkheden van een land om (private en collectieve) bestedingen te doen. Dit inkomen neemt onder andere toe wanneer de prijsstijging van de uitvoer boven de prijsstijging van de invoer ligt, want in dat geval kunnen met de opbrengst van de export in het buitenland meer goederen en diensten worden gekocht.

Het voorafgaande leidt tot de conclusie dat er goede argumenten zijn voor inspanningen om de beheersbaarheid van de collectief gefinancierde zorguitgaven te verbeteren. Zonder zulke inspanningen valt niet te vermijden dat de zorgquote op een bepaald moment zo sterk stijgt dat de maatschappelijke baten van een verdere verhoging van de zorguitgaven worden overvleugeld door de maatschappelijke kosten die daartegenover staan. Wanneer beleidsmakers de groei van de collectief gefinancierde zorguitgaven wensen af te remmen, dan beschikken zij over diverse opties. Bespreking van die opties valt buiten het kader van dit preadvies.³⁸ Volgens ons valt er geen reden te bedenken waarom de overheid burgers zou ontmoedigen om zelf veel geld aan zorgvoorzieningen te spenderen. Wanneer burgers zelf veel geld aan zorg(verzekeringen) uitgeven, dan is dat immers hun eigen keuze waarvan zij zelf de financiële consequenties dragen.

De groei van de zorguitgaven kan bij private financiering lager uitkomen dan die van publiek gefinancierde zorguitgaven, zo leert de economische theorie van de politieke besluitvorming. Een groter accent op private financiering van de zorg vermindert dus niet alleen de collectief gefinancierde uitgaven, maar leidt waarschijnlijk tevens tot minder hoge totale zorguitgaven, mede omdat een deel van de bevolking om financiële redenen niet langer toegang heeft tot bepaalde zorgvoorzieningen. Wanneer een groter deel van de zorguitgaven privaat wordt gefinancierd, komen onvermijdelijk de risico-solidariteit en de inkomenssolidariteit onder druk te staan. Een gratis lunch blijkt ook in dit geval niet te worden geserveerd.

Literatuur

- Ark, Bart van (2011), De hardnekkigheid van het Nederlandse productiviteitsprobleem, in J.H. Garretsen, R.M. Jong-A-Pin en E. Sterken (red.), *De economische toekomst van Nederland, Preadviezen van de Koninklijke Vereniging voor de Staathuishoudkunde 2011*, Den Haag: Sdu Uitgevers, 255-277.
- Centraal Planbureau (2012), *Juniraming 2012. De Nederlandse economie tot en met 2017, inclusief Begrotingsakkoord 2013*, CPB Policy Brief 2012-1, Den Haag: CPB.
- Eggink, Evelien, en Jos L.T. Blank (2012), Ziekenhuiszorg, in Bob Kuhry en Flip de Kam (red.), *Waar voor ons belastinggeld? Prijs en kwaliteit van publieke diensten*, SCP-publicatie 2012-2, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 88-108.
- Gerdtham, Ulf-G., en Bengt Jönsson (2000), International comparisons of health expenditure. Theory, data and econometric analysis, in: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (red.) *Handbook of Health Economics*, Amsterdam: Elsevier, 11-53.
- Getzen, T.E. (2000), Health care is an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures, *Journal of Health Economics*, 19(2), 259-270.

³⁸ Zie voor een aantal opties: Werkgroep curatieve zorg (2010); Werkgroep langdurige zorg (2010); en Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012).

- Horst, Albert van der, Frank van Erp, en Jasper de Jong (2011), *Trends in gezondheid en zorg*, CPB Policy Brief 2011-11, Den Haag: Centraal Planbureau.
- Horst, A. van der, F.A.M. van Erp, en J.F.M. de Jong (2012), Zorguitgaven, in J.H.M. Donders en C.A. de Kam (red.), *Zorg verzekerd? Naar houdbare financiering voor de gezondheidszorg*, Den Haag: Sdu Uitgevers, 45-67.
- Kam, C.A. de (2012), Voor wat, hoort wat, in J.H.M. Donders en C.A. de Kam (red.), *Zorg verzekerd? Naar houdbare financiering voor de gezondheidszorg*, Den Haag: Sdu Uitgevers, 125-140.
- Kam, C.A. de, L. Koopmans, en A.H.E.M. Wellink (2011), *Overheidsfinanciën*, Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Kuhry, Bob, en Flip de Kam (2012), *Waar voor ons belastinggeld? Prijs en kwaliteit van publieke diensten*, SCP-publicatie 2012-2, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Mastrogiacomio, Mauro, Nicole M. Bosh, Miriam D.A.C. Gielen, en Egbert L.W. Jongen (2011), *Estimating labour supply responses in the Netherlands using structural models*, CPB-achtergronddocument horend bij Policy Brief 2011-4, Den Haag: Centraal Planbureau.
- Polder, J.J., A. Wong, en B. Wouterse (2012), Vergrijzing: kosten en baten, in J.H.M. Donders en C.A. de Kam (red.), *Zorg verzekerd? Naar houdbare financiering voor de gezondheidszorg*, Den Haag: Sdu Uitgevers, 101-123.
- Pomp, Marc, (2010) *Een beter Nederland. De gouden eieren van de gezondheidszorg*, Amsterdam: Uitgeverij Balans.
- Ridder, Josje den, Jeanet Kullberg, en Paul Dekker (2012), *Burgerperspectieven 2011/4*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Studiegroep Begrotingsruimte (2012), *Stabiliteit en Vertrouwen. Veertiende rapport Studiegroep Begrotingsruimte*, Den Haag: Ministerie van Financiën.
- Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012), *Naar beter betaalbare zorg. Rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven*, Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Torre, A.G.J. van der, E.J. Pommer, en J.J.J. Jonker (2012), Zorg: financiering en profijt, in J.H.M. Donders en C.A. de Kam (red.), *Zorg verzekerd? Naar houdbare financiering voor de gezondheidszorg*, Den Haag: Sdu Uitgevers, 141-160.
- Tweede Kamer (2009-2010), *Financieel Jaarverslag van het Rijk 2009*, 32 360, nr. 1.
- Tweede Kamer (2010-2011a), *Nota over de toestand van 's Rijksfinanciën. Brief van de minister van Financiën (Startnota)*, 32 500, nr. 29.
- Tweede Kamer (2010-2011b), *Financieel Jaarverslag van het Rijk 2010*, 32 710, nr. 2.
- Tweede Kamer (2011-2012a), *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2012*, 33 000 XVI, nr. 1-2.
- Tweede Kamer (2011-2012b), *Financieel Jaarverslag van het Rijk 2011*, 33 240, nr. 2.
- Vlugt, Gijs van der (2010), Boeken. M. Pomp, Een beter Nederland. De gouden eieren van de gezondheidszorg, *Economisch Statistische Berichten*, 95(4590), 478.

Wergroep Curatieve zorg (2010), *Curatieve zorg. Rapport brede heroverwegingen 11*, Den Haag: Ministerie van Financiën.

Wergroep Langdurige zorg (2010), *Langdurige zorg. Rapport brede heroverwegingen 12*, Den Haag: Ministerie van Financiën.

Budgetten en marktwerking in de zorg: waarom en hoe?

Jan Boone en

Rudy Douven

1 Inleiding

In 2006 heeft de overheid een model van gereguleerde concurrentie geïntroduceerd. Een belangrijke doelstelling van dit model is om via meer concurrentieprikkels een efficiëntere zorgverlening te creëren.

Een efficiëntere zorgverlening is geen synoniem voor lagere totale zorguitgaven. Meer concurrentie kan immers leiden tot een snellere invoering van nieuwe technologie en langs die kant de zorguitgaven doen stijgen. Volgens recente berekeningen van het CPB (2012) zullen de uitgaven voor de gezondheidszorg de komende decennia sterk toenemen. Afhankelijk van het gekozen scenario zal in 2040 naar verwachting tussen 19% en 31% van het bruto binnenlands product aan zorg worden besteed.

De financiering van deze zorguitgaven baart zorgen, er moet immers een steeds groter beroep worden gedaan op de solidariteit tussen arm en rijk en tussen jong en oud (CPB, 2012). Door de overheid wordt daarom al jaren geprobeerd de collectieve zorguitgaven te beperken.

In dit hoofdstuk gaan we nader in op de vraag of naast marktwerking het hanteren van een (macro)budget – en de wijze waarop dit gebeurt – een effectief middel kan zijn om de stijgende zorgkosten tegen te gaan. Naast de kosten nemen we in dit hoofdstuk ook de baten van de zorg mee. Hogere uitgaven aan gezondheidszorg kunnen immers ook positieve effecten hebben op de kwaliteit van zorg en de gezondheid van mensen. We zullen ons betoog toespitsen op de ziekenhuiszorg omdat daar recentelijk door de minister een wettelijk afdwingbaar macrobudget is voorgesteld: namelijk door de introductie van het zogenoemde macrobeheersingsinstrument (MBI).

2 Een denkmodel voor de zorg

In dit hoofdstuk presenteren we een denkmodel van de zorg. Het model formaliseert keuzes in de zorg met een zo gunstig mogelijke uitkomst van opbrengsten minus kosten. In dit model rangschikken we de behandelingen die patiënten tijdens een periode kunnen krijgen.

De baten van een behandeling waarderen we in gewonnen levensjaren gecorrigeerd voor de kwaliteit van leven, ook wel Quality Adjusted Life Years

(QALYs) genoemd.¹ In de literatuur wordt vaak een monetaire waarde aan een qaly gekoppeld. Zo hanteert Cutler (2005) een waarde van 100.000 US dollars voor 1 QALY en stelde de RVZ (2006) onlangs voor om een waarde van 80.000 euro te hanteren. Er is echter veel discussie over de hoogte van deze waarde. Bijvoorbeeld het Engelse kwaliteitsinstituut NICE gebruikt waarden tussen de 20.000 en 30.000 Engels pond (NICE, 2008). De baten van een behandeling kunnen nu berekend worden door het aantal QALYs dat gewonnen wordt met de behandeling te vermenigvuldigen met de monetaire waarde van een QALY.

In principe kan de waarde van een QALY per persoon en over de tijd verschillen. In praktische toepassingen van QALY's (bijvoorbeeld bij kosten-effectiviteitanalyses van nieuwe behandelingen) wordt echter met één waarde voor een QALY gewerkt. Ook wij gaan er van uit dat iedere patiënt dezelfde waarde heeft per QALY en interpreteren de toegenomen waarde van een QALY bij een patiënt als de baten van een behandeling.²

Vervolgens kunnen we deze baten afzetten tegen de kosten van die behandeling. Dit doen we in ons denkmodel door de baten van een behandeling te delen door de kosten.³

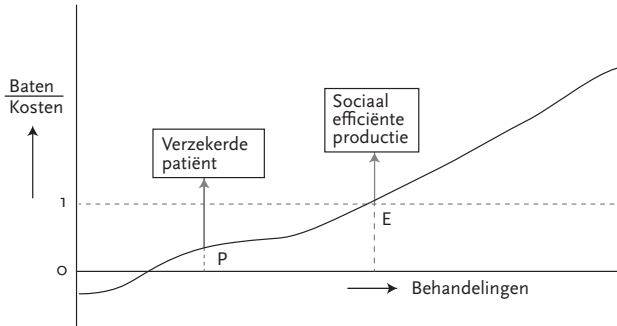
46

$$\text{waarde van een behandeling} = \frac{\text{baten van een behandeling}}{\text{kosten van een behandeling}}$$

In figuur 1 rangschikken we op de x -as behandelingen die patiënten kunnen krijgen. Hoewel het waarden van individuele behandelingen in de praktijk lastig is, helpt de figuur ons de afwegingen te verhelderen. Rechts op de x -as staan behandelingen die veel QALYs opleveren (teller effect) of relatief goedkoop zijn (noemer effect). Dit kan bijvoorbeeld een knie operatie zijn voor een veertigjarige. Een dergelijke ingreep, kan, naar verwachting, zonder veel complicaties gedaan worden (en is daarom relatief goedkoop) en de patiënt heeft jaren lang plezier van de nieuwe knie (hoge baten van de behandeling). Dezelfde ingreep bij een negentigjarige is naar verwachting duurder door

- 1 Een gewonnen levensjaar in goede gezondheid correspondeert met QALY = 1. Aan de hand van enquêtes wordt bepaald hoe mensen een gewonnen levensjaar ervaren met een of meer beperkingen. Ter illustratie, een gewonnen levensjaar waarbij men niet meer de trap op kan, correspondeert dan met QALY = 0,9.
- 2 Een behandeling definiëren we als een behandeling gekoppeld aan een individuele patiënt. De baten en kosten van eenzelfde soort behandeling (bijvoorbeeld cataractoperatie of het plaatsen van een nieuwe heup) kunnen verschillen per patiënt.
- 3 Merk op dat naast de kosten en baten van een behandeling ook andere doelen zoals rechtvaardigheid of de noodzakelijkheid van een behandeling, in beschouwing kunnen worden genomen bij de bepaling van de waarde van een behandeling (Brouwer 2009).

complicaties en leidt tot lagere verwachte baten vanwege de hogere kans op overlijden in de nabije toekomst. Een dergelijke ingreep staat links daarvan op de x -as.



Figuur 1: Een denkmodel van de gezondheidszorg

Uiterst links op de x -as staan patiënten waarvoor de gezondheid na de behandeling is verslechterd (negatieve baten). Hierbij kan men denken aan patiënten die veel medicijnen innemen, waarvan de bijwerkingen op de gezondheid groter zijn dan het bedoelde effect van de behandeling. Ook valt hieronder het te lang doorbehandelen van patiënten, met als resultaat een verslechtering van de gezondheid. Zeker in het laatste levensjaar komt het voor dat patiënten achteraf zeggen spijt te hebben van de laatste behandelingen. Men had liever de laatste maanden rustig thuis doorgebracht met familie en vrienden in plaats van op de Intensive Care na nog een operatie. Ook het merendeel van de artsen geeft aan dat ze in de laatste levensfase vaak te lang doorbehandelen (Medisch Contact 2012).

Behandelingen met een toegevoegde waarde tussen 0 en 1 kunnen optreden bij het plaatsen van stents in bloedvaten. De baten ervan zijn groot bij patiënten die net een hartaanval hebben ondergaan maar de baten zijn een stuk minder bij patiënten die borstpijn hebben als gevolg van stress. Een ander voorbeeld is het behandelen van rugpijn. De baten van een behandeling zijn groot bij een vernauwd wervelkanaal maar zijn veel kleiner wanneer er geen aanwijsbare medische reden is voor de rugpijn (Skinner, 2011).

Omdat behandelingen gerangschikt zijn naar waarde van de behandeling is de curve in de grafiek monotoon stijgend. In ons denkmodel en de grafiek positioneren we de preferenties van de verschillende spelers in de zorg.

Sociaal efficiënte productie, punt E (figuur 1)

Productie-efficiency is het punt waarbij de toegevoegde waarde van een behandeling precies gelijk is aan 1. Met andere woorden, de verwachte baten zijn gelijk aan de verwachte sociale kosten. Alle behandelingen rechts van

productie efficiency leveren dus economisch gezien meer op dan ze kosten en leveren dus welvaartswinst op. Voor behandelingen links van het productie efficiency punt zijn de sociale kosten hoger dan de opbrengsten.

Consumenten weten vooraf (als ze een verzekering kopen) niet welke behandelingen ze nodig zullen hebben. En als ze een behandeling nodig blijken te hebben, weten ze vooraf niet waar ze terecht komen op de horizontale as in figuur 1. In principe, als consumenten rationeel zijn en inzicht hebben in de kosten en baten van behandelingen, zullen ze een verzekeringspolis kopen die alleen behandelingen vergoedt vanaf punt *E* en rechts daarvan.

Dit kan bijvoorbeeld door protocollen en second opinions te gebruiken. De patiënt begrijpt dan dat ze, als ze links van punt *E* uitkomt, niet in aanmerking komt voor een behandeling. Dit is efficiënt omdat de kosten de baten overstijgen. Een private verzekeraar zal dus een polis aanbieden waarbij alleen behandelingen rechts van *E* worden vergoed.⁴ Bij een collectieve verzekering zal de overheid rekening moeten houden met het feit dat ze verstorende belastingen moet heffen om de collectieve zorgverzekering uit te voeren. In dat geval zullen de kosten voor de overheid hoger uitvallen dan bij een uitvoering door een private zorgverzekeraar, met als gevolg dat ze een aantal behandelingen rechts van *E* (maar er dichtbij) niet vergoeden. Een uitvoering door de overheid kan echter ook additionele baten opleveren, bijvoorbeeld omdat de overheid beter de solidariteit kan waarborgen dan private zorgverzekeraars. We gaan hier niet verder in op deze discussie en veronderstellen dat de uitvoering door de overheid of door de zorgverzekeraar plaatsvindt en dat vanuit maatschappelijk perspectief punt *E* het optimale punt is.

Verzekerde patiënt, punt *P*

Consumenten betalen voor een behandeling meestal een geringe (of zelfs geen) eigen bijdrage. Voor een consument zijn de directe eigen betalingen voor een behandeling dus vrijwel altijd lager dan de baten van de behandeling. Een patiënt die al een verzekering heeft (in tegenstelling tot de consument die een verzekering koopt, zoals hierboven beschreven) wil dus ook behandelingen ondergaan waarvan de toegevoegde waarde kleiner is dan 1. Dit is bijvoorbeeld punt *P* in de figuur. Omdat de patiënt zelf nog iets betaalt of omdat er andere kosten van een behandeling zijn, zoals reis- of tijdskosten van de patiënt, ligt punt *P* boven de *x*-as (i.e. rechts van de behandeling waar de baten gelijk aan nul zijn).

Merk op dat het verhogen van eigen betaling en/of van een eigen risico het punt *P* naar rechts laat bewegen. Punt *P* komt dan dichterbij de buurt van het efficiënte punt *E*. Het nadeel hiervan is dat de consument minder

⁴ Dit is een vereenvoudiging van de werkelijkheid waar punt *E* kan verschillen per verzekerde.

goed verzekerd is, omdat ze meer zelf moet meebetalen en dus een hoger financieel risico loopt.⁵

Aangezien de eed van Hypocrates wel over de baten van behandeling spreekt, maar niet over de monetaire kosten, hebben artsen de neiging patiënten te behandelen als deze mensen voordeel hebben van zo'n behandeling. Artsen kijken niet altijd of de voordelen opwegen tegen de kosten. In een recente enquête naar het behandelen van patiënten in de laatste levensfase geeft 61% van de artsen aan nooit op de kosten te letten en 35% 'soms' op de kosten te letten (Medisch Contact, 2012). Het optimale punt voor artsen ligt bij *P* als de arts alleen uitgaat van de baten voor de consument en de sociale kosten negeert. Misschien komen artsen zelfs links van *P* uit, omdat patiënten soms aangeven dat ze meer behandelingen krijgen dan nodig is (Wennberg, 2010).

Stelling 1: Als er geen sprake is van overbehandeling, is er ook geen reden voor een budget.

Het doel van een budget is om de totale uitgaven te beperken. Dat kan door de prijzen en/of het volume te verlagen. Zoals we later laten zien gaat van een budget geen prijsverlagend effect uit. Het achterliggende doel moet dus zijn dat het volume omlaag gaat. Als er geen overbehandeling is (we zitten rechts van punt *E*), is een volumeverlaging welvaartsverlagend. Een reductie van het volume is alleen welvaartsverhogend als we links van *E* zitten: er is sprake van overbehandeling. Stelling 1 impliceert dat stijgende zorguitgaven op zichzelf geen reden vormen voor het invoeren van een budget. Alleen wanneer stijgende zorguitgaven gepaard gaan met overbehandeling kan er reden zijn om op een of andere manier een budget, op individueel of macro-niveau, in te voeren.

Nu zijn er inderdaad aanwijzingen dat overbehandeling een rol speelt in het huidige stelsel. Eerder gaven we al aan dat sommige artsen kostenoverwegingen minder zwaar laten meewegen bij een behandeling. Er zijn ook empirische aanwijzingen dat er een grote variatie is in de wijze van behandelen door artsen.

Behalve dat sommige artsen minder op kosten letten, kan ook meespelen dat bij sommige artsen een gebrek aan wetenschappelijke kennis over de effecten van bepaalde behandelingen en een gebrek aan kennis over de *best practice* een rol spelen (Fuchs, 2004; Weinstein et al. 2004). Phelps (1992) rekent de variatie in behandelingen vooral toe aan de invloed van lokale verschillen in opleiding die tot *local schools of belief* leiden. Zo kunnen zieken-

5 Wanneer consumenten onvoldoende informatie hebben over de kosten-batenafweging, dan zullen eigen betalingen er niet alleen toe leiden dat er minder behandelingen worden geconsumeerd met kosten/baten kleiner dan 1 en groter dan 0, maar ook behandelingen waarvan de baten/kosten groter dan 1 en kleiner dan nul zijn. Dit was een van de uitkomsten van het beroemde RAND experiment (Newhouse 1993).

huizen of maatschappen op grond van eigen ervaringen behandelpatronen toepassen die niet stroken met de nieuwste medisch-wetenschappelijke inzichten. Chandra en Staiger (2007) laten zien dat variatie ook kan optreden wanneer sommige ziekenhuizen zich meer specialiseren en sneller gebruik maken van nieuwe medische technologie dan andere ziekenhuizen.

Algemeen wordt aangenomen dat het belonen van artsen ook een rol speelt in de preferenties van de arts om een patiënt te behandelen (Chandra et al. 2011). Ander onderzoek laat zien dat verschillen in zorgconsumptie voor een deel verklaard kunnen worden doordat artsen patiënten niet volledig informeren waardoor patiënten een andere behandeling krijgen dan wanneer ze volledig zouden zijn geïnformeerd (Wennberg 2010). Ook kunnen patiënten objectieve informatie anders interpreteren dan artsen (Rothberg et al. 2010).

Variatie in behandelingen kan ook wijzen op onderbehandeling. Na uitgebreid onderzoek in de VS stelt Wennberg (2010) echter dat 15% van de totale variatie in behandelingen in de Amerikaanse gezondheidszorg voortvloeit uit onderbehandelingen, 25% uit behandelingen waarbij de visie van de specialist niet overeenkomt met de voorkeur van de patiënt; de resterende 60% is moeilijker te verklaren, maar wordt gekarakteriseerd door situaties van overbehandeling, i.e. behandelingen waarvan de kosten groter zijn dan de baten.

In Nederland zijn er ook aanwijzingen dat er grote regionale variatie bestaat in het aantal behandelingen (KPMG/Plexus 2010). Douven et al. (2012) laten voor Nederland zien dat de dichtheid van artsen in regio's en de beloningswijze van artsen een rol spelen bij de behandelwijze van artsen. Van Dijk et al. (2012) vinden dat de introductie van een systeem waarin huisartsen ook per verrichting betaald krijgen het aantal huisartsconsulten doet toenemen. De sterke groei van de ziekenhuiszorg met ongeveer 7,5% per jaar sinds 2006, in combinatie met de korte wachttijden, duidt er op dat ook in Nederland sprake is van overbehandeling.

2.1 Een denkmodel voor gereguleerde concurrentie

In de *first best* uitkomst worden alle behandelingen rechts van E uitgevoerd. In een wereld met perfecte richtlijnen en protocollen die door alle zorgverleners gevolgd worden, kunnen we dit punt implementeren en is er geen budget nodig. Stel dat door efficiëntiewinsten of technologische vooruitgang de kosten per behandeling dalen (noemereffect) en/of baten stijgen (teller), dan schuift punt E naar links. Dat wil zeggen, dergelijke veranderingen leiden in het *first best* systeem tot meer volume. In het verlengde hiervan, zien we dat een ziekenhuis dat efficiënter is en/of hogere kwaliteit levert, meer produceert in de *first best* dan een ziekenhuis met hogere kosten/lagere kwaliteit.

Vanaf nu nemen we aan dat in de zorgverleningsmarkt ook behandelingen links van E worden uitgevoerd. Zoals hierboven aangegeven kan dat

enerzijds komen door een gebrek aan accurate protocollen, het feit dat een arts niet perfect kan voorspellen wat het effect van een behandeling zal zijn, maar kan dat anderzijds komen door overbehandeling omdat behandelaars zich onvoldoende aan protocollen houden. De precieze reden voor het ontstaan van behandelingen links van E is van belang omdat die informatie ook betere aanknopingspunten geeft voor het zoeken naar oplossingen. Is het bijvoorbeeld het geval dat alle ziekenhuizen overbehandelen, of is er alleen in bepaalde ziekenhuizen sprake van overbehandeling en in andere misschien van onderbehandeling?

Zoals gezegd, als de behandelingen nu rond punt E liggen, is er geen reden om in te grijpen. We gaan er vanaf nu van uit dat in Nederland de zorgproductie dicht bij punt P ligt dan bij punt E , en dat de overheid zich geroepen voelt om in te grijpen met budgetten. Onder welke condities kan het opleggen van een budget de welvaart verhogen? In deze sectie nemen we aan dat de prijs van een behandeling gegeven is.⁶ Later bekijken we het effect van een budget op de onderhandelde prijzen tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder.

Stelling 2: Een budget kan welvaartsverhogend zijn als artsen efficiënt rantsoeneren.

51

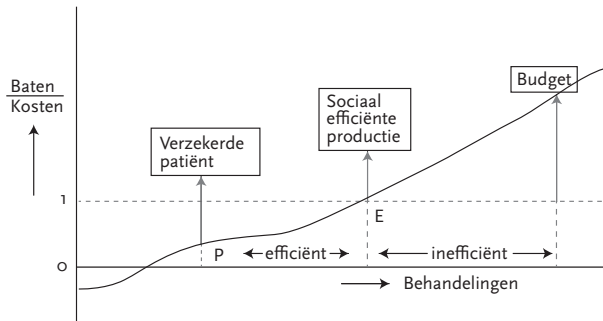
Bij een gegeven prijs leidt een budget tot rantsoenering in het aantal behandelingen. Dit kan alleen welvaartsverhogend werken als artsen dan patiënten behandelen met de hoogste toegevoegde waarde. Als artsen efficiënt rantsoeneren, is het mogelijk om het budget zo te kiezen dat alleen patiënten rechts van E behandeld worden. Er wordt dan in hoge mate een beroep gedaan op de professionele waarden, ethische en sociale motieven bij artsen. Er is enige empirische evidentie dat artsen eerst behandelingen uitvoeren die de meeste waarde opleveren. Zo laten Baicker et al. (2006) zien dat bij keizersneden de artsen vrouwen rangschikken naar de klinische noodzaak van een behandeling en vervolgens vrouwen behandelen in volgorde van die noodzaak.

Wanneer de overheid gaat rantsoeneren via budgetten, en specialisten zelf bepalen welke behandelingen mogen worden uitgevoerd zal er een vraagoverschot blijven bestaan. In figuur 2 wordt dit vraagoverschot weergegeven door de behandelingen die tussen punt P en E op de x -as liggen. De reden voor de overbodige vraag is dat bij rantsoenering de artsen weliswaar op punt E produceren maar de patiënten op punt P blijven en dus meer behandelingen vragen dan het budget toelaat. We noemen het een overbodig vraagoverschot, omdat de baten van de behandelingen niet opwegen tegen de kosten. De reden voor het ontstaan van dit vraagoverschot is moreel gevaar. Omdat consumenten verzekerd zijn, is de prijs voor zorg lager dan de werkelijke

⁶ We veronderstellen dat de prijs van een behandeling iets hoger ligt dan de kostprijs van de behandeling waardoor het voor aanbieders aantrekkelijk is om de behandeling uit te voeren.

kosten en zal er ook in een budgetstelsel overbodige vraag blijven bestaan.⁷ Dit kan leiden tot een (efficiënt) vraagoverschot (bijvoorbeeld in de vorm van wachtlijsten).⁸ Als het budget te krap gezet wordt, komen we rechts van *E* uit. Dan vormen de behandelingen tussen dit nieuwe punt en *E* een terecht (of efficiënt) vraagoverschot. Dit kan leiden tot een inefficiënte wachtlijst omdat de patiënten op deze wachtlijst wel behandeld hadden moeten worden. De baten van hun behandeling weegt immers op tegen de kosten.

In de praktijk is het optimistisch om aan te nemen dat het budget zo gekozen wordt dat we precies op *E* uitkomen. Maar als we in *P* zitten, zal het terugbrengen van het budget (vanaf het niveau van de uitgaven in *P*) leiden tot een toename van de welvaart. Een risico van budgetten is dat de overheid de budgetten gaat gebruiken om te sterk te bezuinigen. Zoals gezegd leidt een te krap budget tot behandelingen rechts van *E* die niet worden uitgevoerd. Dit zal zich in de praktijk manifesteren via lange(re) wachtlijsten, wachtlijsten die voor een deel efficiënt zijn en voor een deel inefficiënt zijn.



Figuur 2: Wanneer de overheid te sterk bezuinigt, ontstaat een vraagoverschot dat voor een deel efficiënt en voor een deel inefficiënt is

Stelling 3: In een first best oplossing bestaat een efficiënt vraagoverschot (zie figuur 2). Een gebrek aan wachtlijsten in de zorg kan dus duiden op overbehandeling.

We veronderstellen dat de overheid een budget wil vaststellen dat het aantal behandelingen meer in de buurt van punt *E* brengt.

Als er maar één zorgaanbieder is, is dit al geen gemakkelijke opgave. Maar in dat geval kan de overheid het aantal behandelingen jaarlijks aanpas-

7 De omvang van de overbodige vraag hangt sterk samen met de wijze waarop zorgaanbieders de zorg organiseren en consumenten reageren op dit aanbod (Feldman en Lobo, 1998).

8 Het verschil met *first best* is dat daar verzekeraars alleen behandelingen verzekeren die rechts van *E* liggen en verzekerden dit begrijpen en behandelingen die links van *E* liggen niet zullen vragen. In de praktijk zal echter in een *first best* systeem *ex-post* ook een vraagoverschot optreden en kunnen ook daar wachtlijsten efficiënt zijn.

sen op basis van informatie uit voorgaande jaren. Het probleem wordt groter wanneer er meerdere zorgaanbieders in de markt zijn. Het aantal behandelingen moet dan verdeeld worden over de zorgaanbieders. In dit hoofdstuk diepen we verder uit in hoeverre budgetten gecombineerd kunnen worden met marktwerking in de zorg. De cruciale vraag is hoe de overheid of verzekeraar het aantal behandelingen (of budgetten) optimaal kan verdelen over zorgaanbieders (met behoud van prikkels voor een efficiënte zorgverlening met hoge kwaliteit).

In de rest van dit hoofdstuk, veronderstellen we dus dat artsen efficiënt rantsoeneren en dat de overheid informatie heeft om van punt *P* naar punt *E* te komen. We vragen ons af: hoe moet de overheid een budget gebruiken, en welk budget verdient de voorkeur? Een globaal instrument als het MBI of een individueel budget per ziekenhuis?

2.2 Macrobeheersingsinstrument (MBI)

Om de groei van de ziekenhuisuitgaven te beteugelen heeft minister Schippers in 2012 een macrobudget voor de ziekenhuisuitgaven ingevoerd. De hoogte van het macrobudget wordt vooraf berekend via een raming van de zorgprijs en vooralsnog een jaarlijkse volumegroei van 2,5%. Wanneer de som van de zorguitgaven van alle ziekenhuizen samen boven het macrobudget uitstijgen, moeten de ziekenhuizen het teveel terugbetalen.

Cruciaal bij dit MBI is echter hoe de terugbetaling wordt vormgegeven voor individuele ziekenhuizen. De minister heeft een systeem bedacht dat wanneer de gezamenlijke uitgaven boven het budget uitstijgen ieder ziekenhuis wordt aangeglagen naar rato van het eigen landelijke marktaandeel.

In 2012 gaan verzekeraars meer risico lopen over de zorguitgaven omdat een aantal achteraf correcties, zoals de macronacalculatie, worden afgeschaft.⁹ De bedoeling van het beleid is dat zorgverzekeraars zich daardoor kritischer zullen opstellen in onderhandelingen met ziekenhuizen en dat dit zal bijdragen aan een doelmatigere zorgverlening.

Evenals het Nederlandse zorgstelsel, is deze wijze van financieren van ziekenhuizen internationaal gezien een uniek experiment. Zover als wij hebben kunnen nagaan is er geen ander land in de wereld dat vrije onderhandelingen over prijzen en volumes tussen verzekeraar en ziekenhuizen combineert met een globaal macrobudget als het MBI.

Ruwweg gesproken, doet het MBI het volgende. Het legt een budget op voor alle ziekenhuizen samen. Als de totale (macro) uitgaven onder het budget blijven gebeurt er niets. Maar als we nu rond punt *P* zitten en richting *E* willen, is dit niet waarschijnlijk. Als de ziekenhuizen over het budget heen gaan, dan moeten ze een boete betalen naar rato van hun marktaandeel. Wij

9 Zie Douven (2010) voor een beschrijving van de verschillende achteraf correcties.

leggen uit dat vooral dit laatste nadelen heeft, omdat het haaks staat op het idee van mededinging in de zorgsector.

Beide ziekenhuizen behandelen op punt P

Stel dat er twee ziekenhuizen zijn. Wanneer beide ziekenhuizen op punt P behandelen, en het budget is afgestemd op een punt in de buurt van het efficiënte punt E , dan is er sprake van overbehandeling. Ziekenhuizen betalen dan een boete. Het MBI bepaalt nu dat de hoogte van de boete voor beide ziekenhuizen gelijk is aan de kosten van de behandelingen tussen P en E . Dit is het achterliggende idee van het MBI; overbehandeling wordt beboet.

In de praktijk betekent een overschrijding van het macrobudget dat ziekenhuizen te veel geld (vergeleken met een budget in de buurt van E) declareren bij zorgverzekeraars. Dit overschot moeten ziekenhuizen in het Zorgverzekeringsfonds storten. Dit geld vloeit vervolgens terug naar de burger via een premiekorting in het daaropvolgende jaar. Doordat de overheid overschrijdingen rechtstreeks afroemt bij ziekenhuizen, worden de contracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen niet aangetast. Verzekeraars die afspraken maken met ziekenhuizen die hoge prijzen vragen of relatief veel volume draaien, zullen dus ook een relatief hogere premie moeten stellen.

54

Asymmetrisch gedrag van ziekenhuizen

In dit voorbeeld veronderstellen we twee ziekenhuizen waarbij één ziekenhuis niet overbehandelt en op punt E produceert, en het andere ziekenhuis wel overbehandelt, en op punt P produceert.¹⁰ Omdat de twee ziekenhuizen gezamenlijk teveel produceren, worden beide ziekenhuizen naar rato van hun landelijke marktaandeel gekort. Hier zien we al een nadeel van het MBI. Het ziekenhuis dat op punt E produceert en niet overbehandelt, wordt gekort omdat het andere ziekenhuis te veel patiënten behandelt.

Dit aspect kan worden opgelost door de boete van ziekenhuizen te differentiëren voor populatieverschillen in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis.¹¹ Bijvoorbeeld wanneer de populaties in beide verzorgingsgebieden van de ziekenhuizen gelijk zijn, dan zou het macrobudget 50:50 verdeeld moeten worden over beide ziekenhuizen. In dat geval zou het probleem opgelost zijn omdat het ziekenhuis dat op E produceert geen korting krijgt, maar alleen het ziekenhuis dat in punt P produceert een boete krijgt.

¹⁰ De reden zou kunnen zijn dat het ene ziekenhuis meer specialisten in dienst heeft of dat die specialisten anders betaald worden. Empirisch is er bijvoorbeeld een verband gevonden dat ziekenhuizen met relatief meer (vrijgevestigde) specialisten meer behandelen (Douven *et al.* 2012).

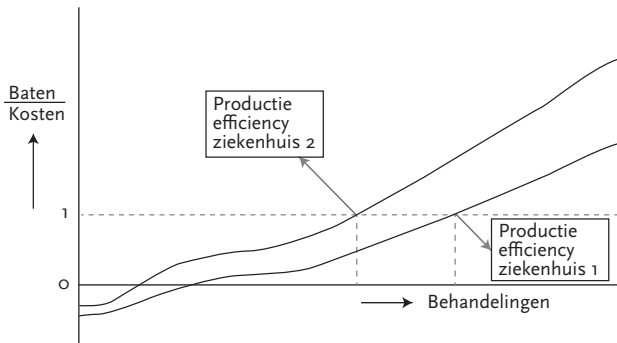
¹¹ In de praktijk zijn verzorgingsgebieden van ziekenhuizen soms moeilijk te onderscheiden. Met behulp van econometrische technieken kan er echter wel een inschatting gemaakt worden van de populatiegrootte en populatieverschillen van ziekenhuizen.

Wanneer een ziekenhuis een populatie heeft die meer behandelingen nodig heeft, dan kan het in een *first best* uitkomst natuurlijk ook meer produceren. Het achterliggende idee is dus dat de boete rekening houdt met verschillende risicofactoren. In zekere zin zou men kunnen spreken van een *risk-adjusted* boete. In plaats van een *risk-adjusted* boete, is ook een ex-ante *risk-adjusted* budget voor individuele ziekenhuizen mogelijk.¹² In beide gevallen kunnen er nog steeds problemen ontstaan, omdat er ook verschillen in kwaliteit/efficiëntie tussen ziekenhuizen zijn.

Ziekenhuizen verschillen in efficiëntie

Wanneer de populatie in het verzorgingsgebied van twee ziekenhuizen identiek is, kunnen ook verschillen optreden in kwaliteit/efficiëntie in ziekenhuizen, in de zin dat de curve in figuur 3 voor ziekenhuis 2 boven de curve voor ziekenhuis 1 ligt. Om het betoog eenvoudig te houden, focussen we hier op ziekenhuizen die dezelfde kosten per behandeling hebben, maar die verschillen in kwaliteit. Zoals hierboven al is aangegeven: het is sociaal optimaal als ziekenhuizen die (voor dezelfde kosten) meer kwaliteit kunnen leveren, meer produceren. Wanneer twee ziekenhuizen verschillen in kwaliteit, dan is het niet optimaal om de patiënten 50:50 te verdelen over de ziekenhuizen.

55



Figuur 3: Ziekenhuis 2 produceert efficiënter dan ziekenhuis 1 en mag daarom meer produceren

¹² Wanneer ziekenhuizen een ex-ante 'risk-adjusted' budget krijgen is dat gebaseerd op informatie van de ziekenhuispopulatie uit het verleden. In het lopende jaar kunnen grote veranderingen optreden in ziekenhuispopulaties waardoor het ex-ante ziekenhuisbudget 'ex-post' aangepast dient te worden.

Het idee van concurrentie in de zorg is precies dit. Ziekenhuizen verschillen in kwaliteit en consumenten (geholpen door hun verzekeraars en door informatie van de overheid) zien die verschillen. Consumenten zullen dan vaker naar het ziekenhuis met de hoogste kwaliteit gaan. Zo beloont de markt het hoge kwaliteit ziekenhuis met meer klanten (voor een gegeven prijs).

Onder het huidige MBI wordt het hoge kwaliteit ziekenhuis juist gestraft. Door de hoge kwaliteit, trekt het ziekenhuis veel patiënten. Als alle ziekenhuizen samen over het macrobudget heen gaan, wordt het ziekenhuis beboet naar rato van het marktaandeel. Hoge kwaliteit ziekenhuizen betalen dus een hogere boete dan lage kwaliteit ziekenhuizen. Dit remt de marktwerking in de zorg omdat het hoge kwaliteit ziekenhuis juist veel patiënten wegstuurt en niet behandelt om de boete die later betaald moet worden, te vermindere. Het beleid is dus inconsistent met aan de ene kant de nadruk op marktwerking en aan de andere kant het MBI.

Hoe moet het dan wel? Op dezelfde manier als hierboven geschetst is het beter om te differentiëren naar ziekenhuizen. Om van punt P naar E te komen kan de overheid dan een lagere boete (of een hoger budget) opleggen aan ziekenhuizen met een hogere kwaliteit. Als de overheid niet direct de kwaliteit van een ziekenhuis kan observeren, maar wel gelooft in marktwerking, dan kan de consumenten/patiëntenstroom gebruikt worden als indicator van de (gepercipieerde) kwaliteit.¹³ Zoals we straks zullen beargumenteren, moet dit gedaan worden op een manier die niet leidt tot overbehandeling door lage kwaliteit ziekenhuizen.

3 Marktwerking en budgetten

Het idee van marktwerking is dat patiënten kunnen kiezen (direct of gestuurd door de netwerkkeuze van verzekeraars) voor het ziekenhuis dat volgens hen de hoogste kwaliteit heeft. Als de overheid dus ziet dat een bepaald ziekenhuis meer patiënten aantrekt dan volgens de kenmerken van de regio verwacht kan worden, kan dit een signaal zijn dat het ziekenhuis hogere kwaliteit levert. In dat geval, kan de overheid (of de verzekeraar) proberen om op een slimme manier dit ziekenhuis een hoger budget toe te kennen. Dit moet zo gebeuren dat het niet aantrekkelijk wordt voor een lage kwaliteit ziekenhuis om ook zoveel te gaan produceren (dus om het hoge kwaliteit ziekenhuis na te bootsen). Een vorm van *mechanism design* is nu dat de overheid (of de verzekeraar) aan ziekenhuizen twee keuzes aanbiedt: een hoog budget met de eis dat ten minste, zeg, honderd patiënten worden behandeld of een laag budget waarbij tenminste vijftig patiënten behandeld moeten worden. Lage kwaliteit ziekenhuizen kiezen dan niet voor het hoge

13 Gowrisankaran (2008) laat zien hoe men patiëntenstromen van ziekenhuizen kan gebruiken als kwaliteitsindicator. De veronderstelling is dat de kwaliteit van een ziekenhuis gecorreleerd is met het aantal patiënten dat een grote reistijd wil afleggen om het ziekenhuis te bezoeken.

budget, omdat het moeilijk is om de benodigde honderd patiënten aan te trekken. De cruciale veronderstelling hierbij is dat de consument in staat is om adequaat op feitelijke kwaliteitsverschillen te reageren. Dat wil zeggen dat de gepercipieerde kwaliteit is gecorreleerd met de werkelijke kwaliteit en dat de consument naar een ziekenhuis met hogere gepercipieerde kwaliteit gaat. Als de consument kwaliteit niet of nauwelijks meeneemt bij zijn keuze voor een ziekenhuis, dan is het beter om geen marktwerking toe te staan in de gezondheidszorg.

Een manier om het nog moeilijker te maken voor lage kwaliteit ziekenhuizen om hoge kwaliteit ziekenhuizen na te doen, is te kijken naar de samenstelling van de patiëntenpopulatie. Hoge kwaliteit ziekenhuizen trekken meer patiënten van buiten de regio aan en dit is lastiger voor lage kwaliteit ziekenhuizen.¹⁴ Lage kwaliteit ziekenhuizen kunnen wellicht wel gemakkelijk meer mensen uit de regio aantrekken om het aantal behandelde patiënten te vergroten, maar het is lastig voor een lage kwaliteit ziekenhuis om mensen van buiten de regio aan te trekken. In ieder geval is het moeilijker voor lage kwaliteit ziekenhuizen om mensen van buiten de regio aan te trekken dan voor hoge kwaliteit ziekenhuizen.

Door gebruik te maken van patiëntenstromen kan de overheid (of de verzekeraar) hoge kwaliteit aanbieders een hoger budget geven dan lage kwaliteit aanbieders. Dan is er zowel het voordeel van het budget (waardoor we van P naar E gaan) en is het systeem complementair met marktwerking (i.p.v. dat marktwerking wordt tegengewerkt zoals bij het huidige MBI).

3.1 Gedragsreacties van ziekenhuizen

Het invoeren van budgetten kan gedragsreacties oproepen bij ziekenhuizen. Een argument dat soms gebruikt wordt om het gebruik van budgetten te verdedigen is dat het de prijzen omlaag brengt in de onderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen. Dit is echter niet evident.

Prijsreacties

Als een ziekenhuis niet meer dan een vast bedrag (budget) krijgt, zal het proberen het aantal behandelingen terug te brengen door juist de prijs te verhogen. Om dit te illustreren, kijken we eerst naar de situatie waar een individueel ziekenhuis een vast budget B niet mag overschrijden. Om het eenvoudig te houden, veronderstellen we dat het ziekenhuis een prijs p per behandeling aanbiedt aan de verzekeraar. De verzekeraar bepaalt dan hoeveel patiënten $x(p)$ er in dit ziekenhuis behandeld worden, waarbij $x'(p) < 0$. Als de prijs hoger is, zal de verzekeraar proberen patiënten te sturen naar ziekenhuizen

¹⁴ Of dit voor alle behandelingen geldt, moet nader worden onderzocht. Varkevisser et al. (2012) laten zien dat Nederlandse patiënten kiezen voor de betere kwaliteit ziekenhuizen bij het behandelen van vernauwde slagaders.

waarmee ze lagere prijzen heeft afgesproken of ze zal proberen protocollen aan te scherpen zodat minder patiënten behandeld worden.

De kosten van x behandelingen zijn $c(x)$ met $c'(x) > 0$. Een ziekenhuis heeft dus het volgende optimalisatieprobleem: $\max_p p x(p) - c(x(p))$ onder de restrictie dat $p x(p) \leq B$

Als de restrictie niet bindend is, is de eerste orde voorwaarde:

$$x(p) + p x'(p) = c'(x(p)) x'(p)$$

Nu verlagen we het macrobudget B zodat de restrictie bindend wordt. Dan is het optimalisatieprobleem: $\max_p B - c(x(p))$

Het ziekenhuis kiest dus een zeer hoge prijs zodat nog geldt $p x(p) = B$. Het opleggen van een bindend budget B zal eerder leiden tot hogere prijzen dan tot lagere prijzen. Het ziekenhuis weet dat het niet meer krijgt dan B , dan is het optimaal om zo min mogelijk behandelingen te doen voor het bedrag B . Het MBI is iets ingewikkelder omdat het budget B geldt voor alle ziekenhuizen samen. Ziekenhuis i optimaliseert (voor gegeven keuzes van andere ziekenhuizen): zie formule op de volgende bladzijde.

58

$$\max_{p_i} p_i x_i(p_i) - \frac{p_i x_i(p_i)}{\sum_j p_j x_j(p_j)} \max \left(0, \sum_j p_j x_j(p_j) - B \right) - c(x_i(p_i))$$

Als het budget niet bindend is, is de eerste-ordevoorwaarde gelijk aan de eerste voorwaarde hierboven. Als het budget B wel bindend is, laat de eerste-ordevoorwaarde zien dat ook in dit geval de prijs omhoog gaat.

Dit gebeurt om twee redenen. De eerste is net als hierboven: gegeven het budget en gegeven de keuzes die andere ziekenhuizen maken, is het optimaal voor een ziekenhuis om zo min mogelijk behandelingen te doen. De tweede is dat een ziekenhuis door een hogere prijs het marktaandeel kan terugbrengen en dus de boete die het ziekenhuis moet betalen als het budget overschreden wordt. Immers, een verzekeraar zal minder patiënten sturen naar een ziekenhuis waar de prijs hoog is. Omdat het MBI gebaseerd is op het landelijke marktaandeel, is het tweede effect kleiner dan het eerste.

Deze analyse suggereert dat het opleggen van een individueel budget of een globaal budget als het MBI zal leiden tot hogere prijzen.¹⁵ Bij een MBI kan dit effect (waar ziekenhuizen nog 'zoeken' naar het evenwicht) versterkt worden door onzekerheid over de hoogte van de boete. Omdat ziekenhuizen

¹⁵ Zie ook Schut, Varkevisser en Van de Ven (2011).

onzeker zijn over de prijs en hoeveelheid van andere ziekenhuizen, kunnen ze hun prijs verhogen met een risico-opslag.

De Taskforce Beheersing Zorguitgaven die is ingesteld door het ministerie van VWS en het ministerie van Financiën (2012) schetst als mogelijke oplossing om onderscheid te maken tussen wenselijk en onwenselijk gedrag van ziekenhuizen. Zo stellen ze bijvoorbeeld voor om het prijsopdrijvende effect van het MBI tegen te gaan via het observeren van prijzen van behandelingen die ziekenhuizen met verzekeraars afspreken (en in het verleden hebben afgesproken). Men kan ziekenhuizen dan benchmarken door de prijzen van de contracten die ziekenhuizen en verzekeraars afspreken met elkaar te vergelijken.¹⁶ Ziekenhuizen die relatief erg hoge prijzen vragen, worden dan extra beboet.

Volumereacties

Volumereacties van ziekenhuizen zijn lastig in te schatten. Wanneer ziekenhuizen vooraf een individueel budget ontvangen zal het volume gedempt worden. Immers, wanneer hogere prijzen vooraf kunnen worden uitonderhandeld zal het ziekenhuisbudget sneller vollopen en zal er dus als gevolg minder geproduceerd worden. Theoretisch en experimenteel onderzoek door Fan et al. (1998) laat zien dat bij een MBI die effecten minder duidelijk zijn. Zij laten zien dat een MBI leidt tot hogere volumes dan een individueel budget per ziekenhuis. Bij een MBI is er immers onzekerheid over het gedrag van andere ziekenhuizen waardoor er een sterkere prikkel is om meer te produceren dan bij een individueel budget, waar iedere additionele behandeling die boven het budget uitgaat, geen financiële opbrengsten oplevert.

Het verschil in volumereactie tussen een situatie van marktwerking zonder budget en marktwerking met een MBI is eveneens lastig in te schatten. Bij vrije marktwerking is er een prikkel voor ziekenhuizen om alle behandelingen die winstgevend zijn uit te voeren. Bij een MBI is die volumeprikkel kleiner omdat ziekenhuizen tegen een budget aanlopen en behandelingen die boven het budget uitstijgen minder opbrengen. Daarnaast hebben we hierboven al gezien dat ziekenhuizen bij hun prijsstelling er al rekening mee houden dat ze minder kunnen produceren. Er speelt echter ook een tegengesteld effect een rol. Wanneer vooraf hogere prijzen worden afgesproken dan is er gegeven die prijs, een prikkel om juist meer volume te produceren. Om deze prikkel van meer volume tegen te gaan, kan het beter zijn om met

16 In het eerste jaar is dit overigens lastig omdat de DBC's worden vervangen door DOT's in 2012. Daarnaast komen er meer verschillende contracten op de markt. Bijvoorbeeld de prijzen van een DOT zijn niet meer te observeren wanneer een verzekeraar één vast bedrag afspreekt met een ziekenhuis voor al zijn verzekerden. Met deze contracten experimenteert bijvoorbeeld zorgverzekeraar Menzis.

ziekenhuizen contracten af te sluiten waarbij degressieve tarieven een rol spelen of waarbij de prijs en het volume vooraf worden vastgelegd.¹⁷

Andere mogelijke gedragsreacties

Of het inzetten van individuele budgetten of een MBI gaat werken hangt ook van andere aspecten af, die we hier kort de revue laten passeren. Allereerst, de administratieve aspecten rondom de uitvoering van budgetten zijn niet eenvoudig. Zo zullen de productie en prijsgegevens van alle ziekenhuizen en ZBC's tijdig moeten worden verzameld om (gedifferentieerde) budgetten te kunnen bepalen.

De praktijk heeft verder maar al te vaak uitgewezen dat het opleggen van een budget nog niet wil zeggen dat bij overschrijding van het budget de overheid vasthoudt aan de (volledige) boete. Zowel vooraf bij het opleggen van het budget, als achteraf bij overschrijding van een budget zullen ziekenhuizen argumenteren dat niet voorziene externe oorzaken een rol hebben gespeeld en dat het oorspronkelijke budget te krap (dus rechts van E) is vastgesteld. Uiteindelijk kan een juridische procedure nodig zijn om hier uitsluitel over te geven.

In dit verband wijst Segal (1998) op een groot nadeel van het werken met zachte budgetten. Het kan *rent-seeking*-gedrag uitlokken van aanbieders wat kan leiden tot grote welvaartsverliezen. Aanbieders kunnen hun informatievoorsprong, ten opzichte van de overheid, gebruiken om hun eigen winsten te vergroten. Het verhogen van hun eigen winsten kan bijvoorbeeld leiden tot onderinvesteringen in ziekenhuizen en langere wachtlijsten. De overheid observeert de lange wachtlijsten (en niet de winsten van het ziekenhuis) en zal het budget het volgende jaar weer verder verhogen.

In de praktijk speelt ook een rol dat overheden de neiging hebben om winsten of reserves van ziekenhuizen af te romen. Immers, als ziekenhuizen laten zien dat ze onder het budget kunnen opereren zal dit ertoe leiden dat de overheid het macrobudget strakker zal aantrekken (*ratchet effect*). Dit kan ertoe leiden dat ziekenhuizen weinig reserves aanhouden en winsten direct uitkeren in de vorm van bonussen of andere secundaire arbeidsvoorwaarden. Het kan ook leiden tot snellere investeringen in nieuwe technologie, wat weer kan leiden tot een hogere productie in het volgende jaar.

Is het plausibel om aan te nemen (zoals wij doen) dat zorgaanbieders produceren in volgorde van baten/kosten? De praktijk wijst uit dat er een groot schemergebied is en ook veel behandelingen links van E plaatsvinden. Omdat precieze baten en kosten van veel behandelingen onbekend zijn, zullen veel zorgaanbieders eerder op de baten letten dan op de baten/kosten van een behandeling. Afhankelijk van de precieze financieringswijze kunnen

17 Commissie Baarsma (2012) gebruikt de term omzetcontracten voor contracten waarbij het volume en de prijs vooraf worden vastgelegd.

zorgaanbieders ook prikkels ondervinden om eerst behandelingen uit te voeren die het meest winstgevend zijn of die de minste inspanning kosten. Als dit eenvoudige goedkope behandelingen zijn met weinig toegevoegde waarde, zullen er in de praktijk veel behandelingen plaatsvinden die links van E liggen waardoor het budget snel als te laag wordt gezien. Dit vermindert het welvaartsverhogende effect van een budget.

Een ander punt is het recht op zorg. Doordat de wettelijke pakketafbakening en de bijbehorende richtlijnen imperfect zijn, worden niet alle behandelingen die links van E liggen uitgesloten. De patiënt kan daardoor behandelingen die links van E liggen, claimen. Door de zorgplicht zal de zorgaanbieder die ook moeten aanbieden.

Specialistenbudget naast een MBI ziekenhuizen

Hoewel we hebben laten zien dat het MBI de uitgaven beheerst, wordt dit bereikt op een manier die de marktwerking tegengaat. Bij een systeem met gedifferentieerde budgetten per ziekenhuis zou dit probleem minder groot zijn. Daarnaast zou een vorm van *mechanism design* aantrekkelijk kunnen zijn waarbij een ziekenhuis kiest uit een menu aan contracten.

Het ontwerpen en introduceren van een dergelijk menu aan keuzes voor ziekenhuizen is zeker niet eenvoudig. Nader onderzoek is nodig om na te gaan hoe men het beste een menu aan contracten kan maken dat rekening houdt met populatie- en kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen. In andere bedrijfstakken is het normaal dat klanten 'gescreend' worden met een menu aan opties. Denk hierbij aan de verschillende soorten abonnementen voor mobiele en vaste telefonie, verschillende energiecontracten, of verschillende soorten abonnementen en kortingskaarten in het openbaar vervoer. De instrumenten om te bepalen hoe dergelijke keuzemenu's ontworpen moeten worden, zijn wel degelijk aanwezig.

Het voorgestelde specialistenbudget voor vrijgevestigde specialisten, dat de Minister eveneens in 2012 heeft ingevoerd voor een transitieperiode van drie jaar (NZA, 2011), kent iets meer differentiatie. Een voordeel van het specialistenbudget ten opzichte van het MBI is dat het budget een extra rem legt op de productie bij vrijgevestigde specialisten, die de neiging hebben meer te produceren dan specialisten in loondienst.¹⁸ Een ander verschil is dat het specialistenbudget per maatschap (of ZBC) vooraf wordt vastgesteld en dus onafhankelijk is van de productie van andere maatschappen. Vrijgevestigde specialisten weten dus vooraf dat ze geen extra geld zullen ontvangen wanneer ze boven hun budget produceren. Daarnaast is er ook geen sprake van een prijsopdrijvend effect, omdat vrijgevestigde specialisten betaald worden via een vast uniform uurtarief. Zoals we hiervoor hebben gezien, zal het spe-

¹⁸ Douven et al. (2012) laten zien dat bij een zelfde zorgvraag van verzekerden vrijgevestigde specialisten meer produceren dan specialisten in loondienst.

cialistenbudget dus een sterkere rem op het volume zetten dan een globaal budget als het MBI, waarbij de onzekerheid van ziekenhuizen over hun eigen inkomsten leidt tot een hogere productie dan bij een individueel budget.

4 Ervaringen met een MBI in Taiwan

In het buitenland is ervaring opgedaan met een MBI in Taiwan. Een belangrijk verschil met Nederland is dat het hier een publiek zorgstelsel betreft waarbij de prijzen vast liggen. In Nederland kunnen de prijzen voor 70% van de behandelingen (het B-segment van de ziekenhuiszorg) vrij worden onderhandeld tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Het effect van deze onderhandelingen op prijzen en volume blijft dus buiten beschouwing.

Evenals in Nederland zorgden de stijgende zorguitgaven in Taiwan er voor dat de overheid in 2002 een macrobudget voor ziekenhuizen invoerde. De invoering van het MBI komt overeen met het Nederlandse systeem. Ziekenhuizen kregen betaald per activiteit (*fee-for-service*), maar als de totale ziekenhuisuitgaven boven het macrobudget uitkwamen, werden alle prijzen voor de ziekenhuisactiviteiten achteraf door de overheid met hetzelfde percentage aangepast, zodat de totale uitgaven overeenkwamen met het voorafgestelde macrobudget.

62

Er zijn verscheidene empirische studies verricht naar de effecten van dit macrobudget (Yan et al. 2010; Cheng et al. 2009). De onderzoekers concluderen dat de ziekenhuizen in Taiwan na invoering van het macrobudget veel bleven produceren, wat gepaard ging met overbehandeling. De reden die de onderzoekers geven is dat door het budget de onzekerheid over de inkomsten toeneemt, waardoor ziekenhuizen de neiging hebben om te blijven produceren. Omdat het hier echter een zero-sum spel betreft, vielen de prijzen van ziekenhuisactiviteiten in 2005 ongeveer 17% lager uit ten opzichte van 2002.

Op het eerste gezicht lijkt het of het systeem in Taiwan een groot succes is: minder uitgaven (door het budget) en meer volume. Maar als we punt *P* als uitgangspunt nemen is meer volume welvaartsverlagend! Er worden meer behandelingen uitgevoerd waarbij de baten lager zijn dan de kosten.¹⁹ Dit is geen wenselijk resultaat.

Het effect van een toename van de productie was vooral waar te nemen bij for-profit ziekenhuizen. Zo werd er bij for-profit ziekenhuizen een toename gevonden van de behandel-intensiteit bij hartoperaties terwijl de baten van deze operaties nauwelijks toenamen (Yan et al., 2010). Door de hoge productie en lagere prijzen (als gevolg van het MBI) kwamen ziekenhui-

¹⁹ Figuur 1 gaat uit van de maatschappelijke kosten van behandelingen en niet van prijzen. Een prijs is immers een transfer tussen twee partijen. Het voordeel van de een is het nadeel van de ander. Voor de totale welvaart valt dit weg. De prijs heeft natuurlijk wel invloed op het evenwicht dat uiteindelijk tot stand komt. In die zin hebben prijzen wel degelijk een effect op de welvaart.

zen in de problemen en traden er faillissementen op. Ongeveer 6% van de Taiwanese ziekenhuizen, op een totaal van rond de 450 ziekenhuizen, ging failliet. Als reactie op deze problemen voerde de Taiwanese overheid in 2004 self-management programma's in. Deze programma's kwamen voort uit het feit dat ziekenhuizen onderhandelingen met de overheid aangingen om vooraf meer zekerheid te krijgen over hun budget. Door de asymmetrische informatie tussen het ziekenhuis en de overheid ontstonden principaal-agent problemen. Ongeveer 80% van de ziekenhuizen deden mee aan deze programma's. De vooraf vastgestelde individuele budgetten bleken echter vaak te laag te zijn, wat weer de kwaliteit van de zorg aantastte.

Eenzelfde scenario zou zich ook in Nederland kunnen gaan afspelen. We zien nu al dat sommige ziekenhuizen afspraken maken met verzekeraars om patiënten te behandelen voor een vaste aanneemsom in combinatie met een doorleverplicht (Menzis 2011). Als het onzekerheidseffect dat tot volumegroei leidt ook in Nederland een rol speelt, dan zou dit tot de volgende voorspelling leiden. Gezien de sterkere productiereactie van de for-profit ziekenhuizen in Taiwan, zou men in Nederland wellicht een sterkere productiestijging van ziekenhuizen met vrijgevestigde specialisten mogen verwachten (vergeleken met ziekenhuizen met specialisten in loondienst). In Nederland zal deze reactie echter waarschijnlijk uitblijven: het budget voor vrijgevestigde specialisten (zie hierboven) zal deze volumereactie sterk afremmen.

5 Conclusies

Onder een aantal aannames (de belangrijkste: er is nu sprake van overbehandeling en specialisten rantsoeneren efficiënt) kan een individueel budget per ziekenhuis leiden tot een volumedaling en toename van de welvaart. Het MBI voor ziekenhuizen kent echter grote nadelen omdat het de marktwerking verstoort. Hoge kwaliteit ziekenhuizen die veel patiënten aantrekken worden gestraft omdat ze een groter deel van de macroboete moeten opbrengen. Deze ziekenhuizen zullen de boete willen verminderen door minder patiënten te behandelen en de prijs per behandeling te verhogen. Naast het MBI heeft de overheid echter ook een specialistenbudget voor vrijgevestigde specialisten ingevoerd. Dit budget kent meer differentiatie dan het MBI en daardoor sterkere prikkels tot een volumereductie. Als het experiment met het MBI en het specialistenbudget lukt en dit het volume in de ziekenhuiszorg weet te reduceren, dan komt dat waarschijnlijk eerder door het specialistenbudget dan door het MBI.

De eerste conclusie is dat ook wanneer het stelsel van gereguleerde concurrentie optimaal functioneert er een efficiënt vraagoverschot bestaat. Dit komt omdat consumenten vrijwel volledig verzekerd zijn voor zorg. De eigen betalingen van consumenten bij het gebruik van zorg zijn daardoor vrijwel altijd lager dan de werkelijke kosten van de behandeling. Hierdoor hebben consumenten de neiging om meer zorg te vragen dan vanuit een sociaal wel-

vaartsoogpunt optimaal is. Een gebrek aan wachtlijsten kan dus duiden op overbehandeling, omdat het vraagoverschot ten onrechte is weggewerkt.

De tweede conclusie is dat wanneer men de juiste prikkels voor marktwerking wil behouden het beter is om budgetten per ziekenhuis te differentiëren voor onderlinge verschillen tussen ziekenhuizen. Dat wil zeggen dat het budget *risk adjusted* moet zijn voor de populatie in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis. Verder moeten verschillen in kwaliteit meegenomen worden. Dit kan deels op grond van (objectieve) indicatoren en mogelijk deels op basis van patiëntenstromen. Patiëntenstromen geven alleen relevante informatie als mensen in staat zijn om (gemiddeld genomen) kwaliteitsverschillen correct te percipiëren (boven de verschillen in objectieve indicatoren) en daar dan correct naar handelen. Als dit laatste niet zo is, is het beter om geen marktwerking te hebben in de gezondheidszorg.

De derde conclusie is dat het MBI een globaal budget is en daardoor waarschijnlijk niet leidt tot de gewenste reductie in het volume en het tegengaan van ongewenste overbehandeling. De onzekerheid die er bestaat over het gedrag van andere ziekenhuizen kan ertoe leiden dat ziekenhuizen hun productie niet verminderen. Een mogelijke oplossing zijn budgetten waarbij er voor ziekenhuizen meer zekerheid is over de hoogte van het budget dat ze uiteindelijk ontvangen. Een voorbeeld van zo'n budget is het huidige specialistenbudget voor de vrijgevestigde specialisten.

Literatuur

- Baicker, K, K.S. Buckles, en A. Chandra (2006), Geographic variation in the appropriate use of cesarean delivery, *Health Affairs* 25(5), w355-w367.
- Brouwer, W. (2009), De basis van het pakket, Oratie 4 december 2009, Erasmus Universiteit Rotterdam, http://repub.eur.nl/res/pub/19459/Oratie_Brouwer%5B1%5D.pdf
- Chandra, A. en D.O. Staiger (2007), Spillovers in Health Care: Evidence from the Treatment of Heart Attacks, *Journal of Political Economy*, 115(1), pp. 103-140.
- Chandra, A., D. Cutler, Z. Song (2011), Who ordered that? The economics of Treatment Choices in Medical Care, In Pauly, M.V., T.G. McGuire and P.P. Barros (eds), *Handbook of Health Economics vol. II*. pp. 397-432. Amsterdam: Elsevier.
- Cheng, S.-H, C.-C. Chen and W.-L. Chang (2009), Hospital response to a global budget program under universal health insurance in Taiwan, *Health Policy* 92, pp. 158-164.
- Commissie Baarsma (2012), Advies Commissie Macrobeheersinstrument, Rapport voor de Tweede Kamer, 5 juni 2012.
- CPB (2012), Trends in gezondheid en zorg, CPB Policy Brief 2011/11.
- Cutler, D. (2005), *Your Money or Your Life: Strong Medicine for America's Health Care System*, Oxford University Press, VS.

- Dijk, C.E. van, B. van den Berg, R.A. Verheij, P. Spreeuwenberg, P.P. Groenewegen en D. H. de Bakker (2012), Moral hazard and supplier induced demand: empirical evidence in general practice, *Health Economics*, DOI: 10.1002/hec.2801.
- Douven, R. (2010), Ex-post correctiemechanismen in de Zorgverzekeringwet: Hoe nu verder?, CPB Document 212, Den Haag.
- Douven, R., R. Mocking en I. Mosca (2012), The Effect of Physician Fees and Density Differences on Regional Variation in Hospital Treatments, CPB Discussion Paper 208, Den Haag.
- Fan C.-P., K.-P. Chen and K. Kan (1998), The design of payment systems for physicians under global budget - an experimental study, *Journal of Economic Behavior and Organization* 34, pp. 295-311.
- Feldman R. en F. Lobo (1997), Global budgets and excess demand for hospital care, *Health Economics* 7(6), pp.557-559.
- Gowrisankaran, G. (2008), Competition, information, provision and hospital quality, in Sloan F.A. and H. Kasper (eds), *Incentives and Choice in Health Care*, The MIT press, Cambridge.
- Kan K., S.-F. Li and W.-D. Tsai (2011), The impact of global budgeting on treatment intensity and outcomes, Institute of Econometrics, Academia Sinica, Taiwan, working paper.
- Medisch Contact (2012), <http://medischcontact.artsennet.nl/Nieuws-26/Nieuws-bericht-1/115863/Artsen-Wij-behandelen-te-lang-door.htm> (website bezocht op 30 mei 2012).
- Menzis (2011), <http://www.skopr.nl/actueel/id9416-menzis-contracteert-haga-met-vaste-aanneemsom.html> (website bezocht op 27 mei 2012).
- Ministerie van VWS en ministerie van Financiën (2012), Naar beter betaalbare zorg, Rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven, juni 2012.
- Newhouse J.P. (1993), *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- NICE (2008), *Guide to the methods of technology appraisal*, National Institute of Clinical Excellence, Londen: NICE.
- NZA (2011), Invoering beheersmodel honoraria vrijgevestigd medisch specialisten, Brief van de NZA aan zorgaanbieders, kenmerk CI/11/38c, 11D0035524, 29 september 2011.
- Rothberg, M.B., K. Senthil, K. Sivalingam, J. Ashraf, P. Visintainer, J. Joelson, R. Kleppel, N.Vallurupalli and M. J. Schweiger (2010), Patients' and cardiologists' perceptions of the benefits of percutaneous coronary intervention for stable coronary disease, *Annals of Internal Medicine* 7, pp. 307-313.
- RVZ (2006), Zinnige en duurzame zorg, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, <http://www.rvz.net/publicaties/tag/id/254>.
- Schut, F.T., M. Varkevisser en W.P.M.M. van de Ven (2011), Macrobudget ontkracht prijsconcurrentie tussen ziekenhuizen, *Economisch Statistische Berichten* 96, 4610, 13 mei 2011.

- Segal I.R. (1998), Monopoly and soft budget constraints, *RAND Journal of Economics* 29 (3), pp. 596-609.
- Skinner J. (2011), Causes and Consequences of Regional Variations in Health Care, in: *Handbook of Health Economics*, Volume 2, M.V. Pauly, T.G McGuire and P.P. Barros (eds.) pp. 45-93.
- Varkevisser, M. S.A. van der Geest, E. Schut (2012), Do patients choose hospitals with high quality ratings? Empirical evidence from the market for angioplasty in the Netherlands, *Journal of Health Economy*, March 2012. (<http://www.journals.elsevier.com/journal-of-health-economics/>).
- VWS, (2010), Bekostiging medisch specialisten, Kamerbrief, 12 2010
- Wennberg, J.E. (2010), Tracking medicine: a researcher's quest to understand health care. New York: Oxford University Press.
- Yan, Y. -H, S. Hsu, C.-W. Yang and S.-C. Fang (2010), Agency problems in hospitals participating in self-management project under global budget system in Taiwan, *Health Policy* 94, 2010, pp. 135-143.

Op naar een effectieve afbakening van het basispakket: kansen en uitdagingen

Werner Brouwer en

Frans Rutten

1 Introductie

De zorguitgaven blijven stijgen en bezorgen beleidsmakers, politici en wetenschappers de nodige hoofdbrekens. Moeten de groeiende zorguitgaven wel worden bestreden en hoe kunnen ze desgewenst op een verantwoorde wijze worden afgeremd? Wat duidelijk is dat ingrepen om de zorguitgaven te beperken al snel leiden tot maatschappelijk verzet en politieke debatten. Hogere eigen bijdragen leiden tot vragen over (oneerlijke) drempels tot zorgconsumptie en, als gevolg daarvan, mogelijk schadelijke effecten. Zelfs het verwijderen van eenvoudige en relatief goedkope middelen als de rollator uit het basispakket leidt veelal tot ophef en toont het politieke onvermogen om scherpe keuzen in de zorg te durven maken. Toch is in toenemende mate duidelijk dat zulke keuzen wel nodig zijn. Juist om te borgen dat de meest belangrijke en waardevolle zorg ook voor de (financieel) zwaksten in onze maatschappij beschikbaar blijven.

Het stellen van zulke grenzen is bij uitstek een overheidstaak, ook in het veranderende zorgstelsel. De overheid dient te bepalen welke zorg wel voor alle Nederlanders beschikbaar dient te zijn en dus in het basispakket te zijn opgenomen en, veel moeilijker, welke niet. Dit pakket wordt vervolgens door concurrerende zorgverzekeraars aangeboden aan hun verzekerden, maar wel binnen de kaders van een collectief gefinancierd zorgstelsel, waarbij op basis van risico- en inkomenssolidariteit verplicht wordt bijgedragen. Voor welke zorg deze solidariteit is geborgd, komt dus tot uiting in de samenstelling van het basispakket. Het basispakket vormt daarmee het hart van de zorgverzekering.

Het feit dat de zorguitgaven blijven stijgen heeft meerdere oorzaken. Allereerst is het goed om op te merken dat, in tegenstelling tot veel andere markten, de zorgmarkt zelf minder inherente prikkels tot uitgavenbeheersing kent. Immers, vanwege verzekering dragen niet de gebruikers van zorg in directe zin de meeste kosten van zorggebruik, maar deze worden (om goede redenen) afgewenteld op het collectief. Hierdoor vervalt echter grotendeels de (financiële) prikkel tot prudent zorggebruik bij het individu, alsmede de op andere markten normale afweging tussen kosten en opbrengsten van consumptie. Patiënten kunnen daardoor zorg vragen die niet of nauwelijks effectief is, of zorg die erg duur is in relatie tot wat zij oplevert. Hierdoor zal meer en duurdere zorg worden gebruikt dan zonder verzekering (het-

geen wel met *moral hazard* wordt aangeduid). De prikkel tot prudent zorggebruik bestaat ook niet altijd aan de zijde van de aanbieders van zorg. Voor hen betekent meer zorggebruik immers vaak meer opbrengsten. Onnodige of minder noodzakelijke vraag remmen betekent dan weliswaar het behalen van maatschappelijke besparingen, maar tegelijkertijd een verlies van omzet voor de aanbieder. Zowel aan de zijde van de aanbieders als van de vragers van zorg is daarmee een vanzelfsprekende beperking van de zorgconsumptie niet evident. De overheid, ondersteund door zorgverzekeraars die een prikkel hebben om de premies te beperken, dient prudent zorggebruik of gepast zorggebruik dan ook te bevorderen. Maar hoe?

Het moet worden opgemerkt dat de geleidelijke invoering van een stelsel van gereguleerde concurrentie, waarbij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet in 2006 een belangrijke mijlpaal was, het beschikbare instrumentarium voor kostenbeheersing en sturing door de overheid heeft verkleind. Traditionele beheersingsinstrumenten, zoals budgettering en prijsregulering, zijn namelijk minder goed inpasbaar in een stelsel van gereguleerde concurrentie waar (binnen de gestelde kaders) vraag en aanbod de zorgconsumptie en de prijzen bepalen. Twee belangrijke beheersingsinstrumenten zijn wel goed verenigbaar met gereguleerde concurrentie: (i) eigen betalingen in enigerlei vorm en (ii) het (strikt) afbakenen van het basispakket.

Middels eigen betalingen worden zorggebruikers geprikkeld tot prudent zorggebruik en het maken van een kosten-baten afweging op individueel niveau. Dit kan de collectieve uitgaven beperken, zowel door een verschuiving van collectieve naar private lasten als (en bij voorkeur) door onnodige zorgconsumptie te verminderen. Men kan zich afvragen of de huidige wijze waarop dit instrument thans wordt ingezet in de Nederlandse zorg optimaal is. Zo worden belangrijke vormen van zorg waar de patiënt juist invloed heeft op zorgconsumptie (zoals huisartsenzorg) precies buiten het eigen risico gehouden. Ook gaat er voor bepaalde groepen van patiënten volstrekt geen prikkel tot matiging van de regeling uit, omdat zij op voorhand zeker weten het hele eigen risico kwijt te zullen zijn. Zeker gezien de verwachting dat de inzet van het instrument eigen betalingen in de komende jaren in de Nederlandse zorg waarschijnlijk verder zal toenemen, is het belangrijk niet alleen te kijken naar verhogingen van het eigen risico maar met name ook naar een effectieve inzet ervan (Van Kleef et al. 2010). Andere vormen van eigen betalingen, zoals vaste en procentuele eigen bijdragen, worden in Nederland, zeker in de cure, (nog) nauwelijks toegepast.

Het tweede instrument staat centraal in deze bijdrage: de afbakening van het basispakket. De aandacht voor dit instrument is in de afgelopen jaren sterk toegenomen. Getracht wordt om alleen zorg tot het basispakket toe te laten die voldoet aan de daarvoor gestelde criteria. Dit zijn met name de criteria noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid. Het hanteerbaar maken van

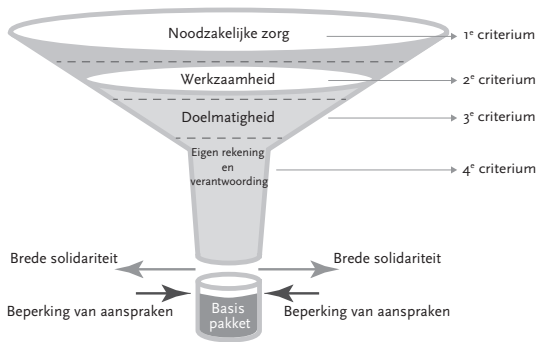
die criteria voor maatschappelijke besluitvorming is echter niet eenvoudig. Ook het niveau waarop het pakket zou moeten worden afgebakend (centraal niveau of op patiëntniveau) is een belangrijk aandachtspunt. Het is namelijk niet eenvoudig om op basis van heldere criteria volledige voorzieningen uit te sluiten van vergoeding. Een logischer aangrijpingspunt is om aan te geven wanneer en voor wie het wel (of niet) beschikbaar zou moeten zijn. Dit sluit aan bij het idee van gepast zorggebruik. Dit kan worden gedefinieerd als zorg die voor de gebruiker ervan noodzakelijk, effectief en doelmatig is (Brouwer en Rutten 2004; Brouwer en Rutten 2006). Richtlijnen voor de zorgpraktijk, ofwel professionele zorgstandaarden zouden hierbij een belangrijk instrument kunnen vormen. Die richtlijnen en zorgstandaarden dienen dan wel in lijn met de criteria noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid te worden vastgesteld. In het licht van het op te richten Nederlands Zorginstituut (NZi), dat richtlijnen en zorgstandaarden als belangrijk aandachtspunt zou moeten hebben, zijn deze vragen bijzonder actueel.

Bij pakketbeheer draait het vooral om de vraag of en wanneer bepaalde zorgvoorzieningen (medicijnen, hulpmiddelen, diagnostische tests) tot het verzekerde pakket behoren. De vooruitgang van medische technologie, dat wil zeggen het beschikbaar komen van steeds weer nieuwe middelen en technieken om in bepaalde zorgbehoeften te voorzien, is een belangrijke factor achter de stijging van de zorguitgaven. Medische technologie kan niet alleen bijdragen aan belangrijke opbrengsten in de zorg (zoals een langer en gezonder leven), maar zeker ook aan de stijgende kosten. Welke technologieën in het verzekerde pakket passen en in welke situaties ze vergoed kunnen worden zijn dan ook belangrijke vragen, die in zowel de beheersing van als de verantwoording van uitgaven centraal staan. Bij dit pakketbeheer gaat het niet alleen om toetsen van nieuwe medische technologie, maar dienen ook bestaande (en vergoede) zorgvormen kritisch te worden bezien.

In deze bijdrage gaan we nader in op de afbakening van het basispakket. We gaan niet zozeer in op de techniek van het uitvoeren van economische evaluaties, maar veel meer op het afwegingskader dat in de loop der jaren is ontwikkeld en de inzet ervan in de Nederlandse zorg. De opbouw van de bijdrage is als volgt. In paragraaf 2 wordt aangegeven welke criteria een prominente rol spelen in het afbakenen van het basispakket en hoe het huidige afwegingskader eruit ziet. In paragraaf 3 worden een aantal belangrijke uitdagingen en kansen gesignaleerd om de afbakening van het basispakket te verbeteren. Paragraaf 4 sluit af met een aantal beleidsaanbevelingen, ook in het licht van het op te richten Nederlands Zorginstituut.

2 Van Dunning tot heden

In 1991 kwam de commissie Keuzen in de zorg, beter bekend als de Commissie Dunning (1991), met haar advies 'Kiezen en delen'. Daarin werd aangegeven dat heldere criteria nodig zijn om zorg toe te laten tot het collectief gefinancierde verzekerde pakket, het basispakket. Ook in 1991 speelden vragen rondom de houdbaarheid van de (groei in) zorguitgaven en de juiste besteding van deze publieke middelen volop. Ook toen was al duidelijk dat de afbakening van het basispakket een belangrijk instrument kan zijn om zowel de uitgavengroei te kunnen beteugelen als een verantwoorde besteding van de middelen te borgen. De criteria die daarbij volgens de Commissie Dunning een rol zouden moeten spelen, waren noodzakelijkheid (is interventie gezien het gezondheidsprobleem noodzakelijk?), effectiviteit (is de interventie werkzaam?), kosteneffectiviteit (staan de opbrengsten van de interventie in een gunstige verhouding tot de kosten ervan?) en het criterium eigen rekening en verantwoording. Daarbij gaat het vooral om de vraag of de interventie collectief gefinancierd zou moeten worden. De samenhang van deze criteria werd door de Commissie Dunning uitgebeeld als een trechter. Figuur 1 toont deze 'Trechter van Dunning'. Het keuzeproces om de samenstelling van het basispakket te bepalen wordt weergegeven als een trechter met vier, elkaar opvolgende, zeven. Alleen als zorg achtereenvolgens als (afdoende) noodzakelijk, effectief en doelmatig wordt gezien en niet voor eigen rekening en verantwoording kan blijven, valt deze tenslotte in het basispakket. De figuur toont ook dat door de criteria strikter of minder strikt te hanteren, er uiteindelijk minder of meer aanspraak kan worden gemaakt op zorg en de afgedwongen solidariteit een bredere of smallere basis kent.



Figuur 1: Trechter van Dunning

Het rapport en de trechter van de Commissie Dunning werden positief ontvangen. De criteria werden voorgesteld, met name de drie meest prominente criteria noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid, hebben latere discussies en ontwikkelingen dan ook gedomineerd. De praktische toepasbaarheid van de Trechter liet echter wel te wensen over. Dit had enerzijds te

maken met het soms ontbreken van heldere invullingen van de criteria (wat is noodzakelijkheid precies?) als de volgtijdelijke behandeling van de criteria (de criteria werden een voor een doorlopen). Daardoor moest per criterium een dichotome keuze gemaakt worden (wel of niet noodzakelijk, wel of niet doelmatig, etc). Een genuanceerder beeld is dat interventies in meer of mindere mate noodzakelijk, effectief en doelmatig zijn en dat bij de afweging of iets in het pakket past in samenhang (in plaats van volgtijdelijk) naar de criteria wordt gekeken.

In latere jaren hebben verschillende organen bijgedragen aan een verdere ontwikkeling van zowel de criteria als het besluitvormingskader. Zo hebben belangrijke adviesorganen als de Gezondheidsraad (Gezondheidsraad 2003), Raad voor de Volksgezondheid en de Zorg (RVZ 2006) en het Centraal Planbureau en het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam (Pomp et al. 2007) aanbevelingen gedaan teneinde de pakketafbakening te verbeteren. Deze aanbevelingen bouwden vaak voort op het gedachtengoed en de criteria zoals neergelegd in de commissie 'Keuzen in de zorg' en werkten toe naar een praktisch hanteerbare invulling van de criteria en een afwegingskader dat de criteria in samenhang beziet. Het College voor Zorgverzekeringen, in haar rol als pakketbeheerder, heeft hierin ook een prominente rol gespeeld door sterk in te zetten op het verder verfijnen van de systematiek van pakketbeheer (CVZ 2002; 2006; 2009).

Dit heeft ertoe geleid dat er momenteel een afwegingskader bestaat dat is gebaseerd op de criteria noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid.¹ Dit afwegingskader is primair ontwikkeld met het oog op besluitvormingsprocessen op centraal niveau (pakketopname of –uitsluiting). Zoals in het

1 Naast deze drie criteria hanteert het CVZ een vierde criterium 'Uitvoerbaarheid'. Dit criterium is echter meer gericht op de randvoorwaarden voor invoering in het pakket en daarmee, zoals het CVZ (2009) aangeeft, 'van een andere orde' dan de eerste drie criteria. Elementen van het oorspronkelijke vierde criterium van de Commissie Dunning (Eigen rekening en verantwoording) worden door het CVZ gezien onder het criterium noodzakelijkheid. Zoals het CVZ (2009) aangeeft: "Bij de beoordeling van 'noodzakelijkheid' gaat het in de huidige systematiek om twee verschillende aspecten: op de eerste plaats om de ernst van de ziekte, ofwel de ziektelast en op de tweede plaats de noodzaak om een behandeling ook daadwerkelijk te verzekeren. Voor het bepalen of zorg noodzakelijk te verzekeren zorg is, wordt onderzocht of het maatschappelijk gezien nodig of aangewezen is om een zorginterventie te verzekeren." Feitelijk is het laatste criterium van de Commissie Dunning verplaatst en wordt onder de noemer 'noodzakelijk te verzekeren' beoordeeld of iets niet voor eigen rekening en verantwoording kan blijven. Het aspect van de betaalbaarheid van zorg (met alle haken en ogen die daar aan zijn verbonden) speelt daarbij een duidelijke rol. Het vierde criterium van het CVZ (uitvoerbaarheid) betreft dus vooral een uitbreiding van de criteria zoals voorgesteld door Dunning met een toets in hoeverre opname in het pakket houdbaar en haalbaar is. Hierbij kunnen zowel budgetimpact-overwegingen een rol spelen als praktische aspecten als de beschikbaarheid van artsen.

rapport *Pakketbeheer in de praktijk 2* van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ 2009) wordt aangegeven gaat het dan bij noodzakelijkheid om de vraag of de ziekte of benodigde zorg een claim op de solidariteit rechtvaardigt. Het gaat hierbij dus om de aanleiding voor een interventie, waarbij de ernst van het onderliggende gezondheidsprobleem (of zorgbehoefte) leidend is. Des te ernstiger het onderliggende gezondheidsprobleem, des te belangrijker is de interventie. Dit kan worden gemeten met behulp van de veel gebruikte uitkomstmaat Quality-Adjusted Life-Years (QALYs), ofwel voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren.² Alhoewel er verschillende mogelijkheden zijn om te bepalen op welke gronden behandeling als meer noodzakelijk zou worden aangemerkt (Van de Wetering et al., 2012), is in Nederland gekozen voor het concept van *proportional shortfall* (Stolk et al. 2004). Dat stelt dat behandeling noodzakelijker wordt naarmate patiënten een groter deel van hun anders geleefde gezondheid dreigen te verliezen. Om een voorbeeld te geven: stel een groep personen zou zonder aandoening nog gemiddeld dertig QALYs te leven hebben (bijvoorbeeld veertig jaar met een gemiddelde kwaliteit van leven van 0,75). Als gevolg van een aandoening (bijvoorbeeld chronische hoofdpijn) dreigen zij daarvan tien QALYs kwijt te raken (omdat hun kwaliteit van leven zal dalen naar 0,5), dan is het noodzakelijkheidsgewicht van behandeling $10/30 = 0,33$, ofwel 33%. Wanneer een andere groep vijftien van de dertig QALYs dreigt te verliezen vanwege een ernstigere aandoening (waardoor ze slechts nog twintig in plaats van veertig jaar leven met een kwaliteit van leven van 0,75), is het noodzakelijkheidsgewicht 50%. Het concept *proportional shortfall* stelt dus dat naarmate een groter deel van de resterende gezondheid wordt verloren, behandeling noodzakelijker wordt. Indien iemand alle anders geleefde gezondheid dreigt te verliezen (bijvoorbeeld doordat acuut overlijden dreigt) is het noodzakelijkheidsgewicht 100%. Een belangrijk en actueel vraagstuk is in hoeverre deze maximale noodzakelijkheid de maatschappelijke voorkeur voor de verdeling van zorg en gezondheid weerspiegelt, ook wanneer het mensen op hoge leeftijd betreft (Van de Wetering et al. 2012).

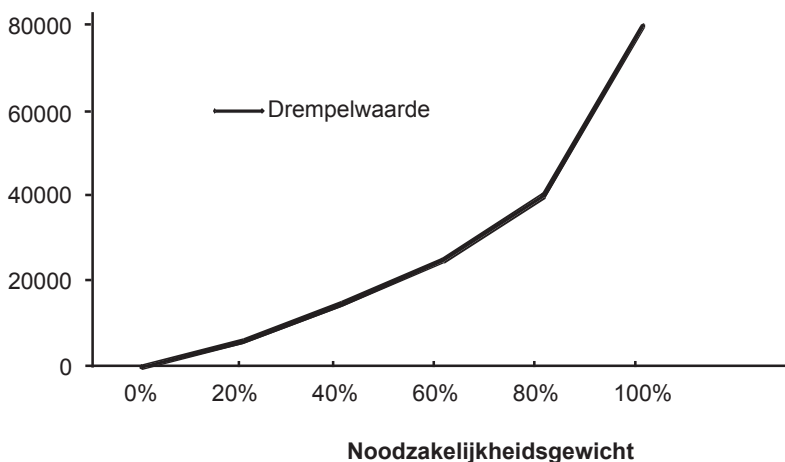
72

Bij effectiviteit gaat het om de werkzaamheid van een interventie en de vraag of de interventie doet wat er van wordt verwacht. De effectiviteit van een interventie wordt idealiter bepaald in goed gecontroleerde studies, waardoor duidelijk wordt dat de interventie daadwerkelijk leidt tot positieve effec-

2 De QALY-maat is een generieke uitkomstmaat die lengte en kwaliteit van leven combineert. Een perfect gezond levensjaar telt als 1 QALY. De toestand 'dood' krijgt de waarde 0. Een jaar leven in een minder dan perfecte toestand krijgt een waarde tussen de 0 en de 1, waarbij slechtere toestanden lagere waarden krijgen. Deze waarden worden verkregen door mensen gezondheidstoestanden te laten waarderen. Het grote voordeel van de QALY als uitkomstmaat is dat keuzen, op maatschappelijk niveau, tussen verschillende interventies (gericht op vermindering hoge bloeddruk of vermijden van heupfracturen) beter kunnen worden gemaakt, omdat de uitkomsten vergelijkbaar zijn (Rutten-van Mólken et al. 2010)

ten op de gezondheid (of het welzijn). Een effectievere behandeling is (ceteris paribus) te prefereren in het basispakket boven een minder effectieve behandeling. Ook hier kan de QALY een belangrijke uitkomstmaat zijn, waardoor verschillende gezondheidseffecten toch op een vergelijkbare uitkomstmaat worden uitgedrukt.

Bij de doelmatigheid wordt gezien of de verhouding tussen kosten en effecten in brede zin acceptabel is. Een interventie met een klein effect op de gezondheid maar hoge kosten is minder doelmatig dan een interventie met een groot effect op de gezondheid en lage kosten. Dit kan worden onderzocht in kosteneffectiviteitsstudies. Daarin wordt een middel vergeleken met een alternatieve behandeling (wat ook niets doen kan zijn) in termen van zowel de effecten als de kosten. De extra effecten van de interventie ten opzichte van het alternatief worden uiteindelijk afgezet tegen de extra kosten van de interventie ten opzichte van het alternatief. Ook hier is het voor de maatschappelijke besluitvorming wenselijk dat uitkomsten in een vergelijkbare maat worden uitgedrukt, de QALY. De uitkomsten van een kosteneffectiviteitsstudie worden dan vaak samengevat als de (incrementele) kosten per QALY-ratio. Als de interventie meer kosten en minder effecten genereert dan het alternatief wordt het gedomineerd en is opname in het pakket evident niet opportuun. Als de interventie meer gezondheid wint en minder kost dan het alternatief is opname evident wel opportuun (alsmede het discontinueren van het gebruik en de vergoeding van het alternatief). In de andere gevallen moet een (moeilijke) afweging worden gemaakt. Het afwegingskader dat op basis van deze drie criteria daartoe is ontwikkeld wordt in figuur 2 grafisch weergegeven.



Figuur 2: Het afwegingskader

In deze figuur staat op de verticale as de kosteneffectiviteit van de interventie, uitgedrukt als kosten per QALY (uiteraard omvat de ratio ook de effectiviteit van de interventie, dus het criterium effectiviteit). Op de horizontale as staat het noodzakelijkheidsgewicht. De link tussen beide assen is de zogenaamde drempelwaarde, oftewel de maximale kosten per QALY die de maatschappij bereid is om te betalen bij verschillende noodzakelijkheids gewichten. Het idee is dus dat er een hogere maatschappelijke bereidheid is om te betalen per QALY naarmate de onderliggende ziekte ernstiger is. Anders gezegd, we zijn meer solidair met ernstig zieken dan met mensen met milde aandoeningen. Met een afwegingskader als dit kan ook worden verklaard waarom interventies als Viagra (met een relatief gunstige kosteneffectiviteit maar lage noodzakelijkheid) niet worden vergoed maar longtransplantaties (met een relatief ongunstige kosteneffectiviteit maar hoge noodzakelijkheid) wel (Stolk et al. 2002).

Wat betreft de exacte vorm en hoogte van de grenslijn in figuur 2 schrijft het College voor Zorgverzekeringen: *‘Bij de beoordeling van de kosteneffectiviteit hanteert het CVZ een indicatieve bandbreedte. Deze loopt van ongeveer 10.000 euro voor een beperkte ziektelast tot ongeveer 80.000 euro voor een zeer ernstige ziektelast’* (CVZ 2009). De maximale kosten per QALY-ratio van een behandeling gericht op milde aandoeningen mogen dus ongeveer 10.000 euro bedragen, terwijl dit voor ernstige aandoeningen ongeveer 80.000 euro is. Dit geeft richting aan de afweging of bepaalde zorgvormen nog als doelmatig kunnen worden bestempeld en derhalve in het pakket kunnen worden opgenomen. Het huidige afwegingskader is hiermee niets anders dan een (bijzondere) welvaartseconomische evaluatie, waarin kosten en opbrengsten van een interventie met elkaar worden vergeleken (Brouwer 2009).

Het moet worden benadrukt dat het afwegingskader niet mechanisch wordt gebruikt. Het besluitvormingsproces eindigt niet na de zojuist beschreven beoordeling. Het einde van deze fase, die ook wel de *assessmentfase* wordt genoemd, is een voorlopige aanbeveling voor of tegen pakketopname. Maar het model vangt niet alle aspecten die moeten worden meegewogen. Ten eerste, omdat er altijd onzekerheid is rondom schattingen van effectiviteit en doelmatigheid. Ten tweede, omdat de normatieve keuzen (bijvoorbeeld aangaande de wijze waarop noodzakelijkheid wordt gemeten) in bepaalde gevallen kan leiden tot onwenselijke conclusies (we komen daar later op terug). Ten derde, omdat de (sub)criteria noodzakelijk te verzekeren en uitvoerbaarheid nog niet zijn meegewogen en, ten slotte, omdat geen enkel model alle relevante overwegingen goed kan omvatten. De quote van Albert Einstein is in dit opzicht bijzonder relevant: *“Not everything that can be counted counts, and not everything that counts can be counted.”* Na de *assessmentfase* volgt binnen de beoordeling door het CVZ tegenwoordig de *appraisalphase*, de *waarderingfase*. Daarin worden, door een onafhankelijke commissie, additionele maatschappelijke waarden en overwegingen meegewogen om te komen tot

een uiteindelijk advies aangaande pakketopname. Dit is een belangrijke stap, die de volledigheid, legitimiteit en *accountability* van het besluitvormingsproces vergroot. Dit vormt dus het sluitstuk van de advisering door CVZ aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die de uiteindelijke beslissing neemt. Overigens kan CVZ in haar advisering ook aanvullende voorwaarden formuleren, zoals het strikt afbakenen van de groep patiënten voor wie dit middel vergoed zou moeten worden.

Concluderend kan worden opgemerkt dat Nederland sinds het verschijnen van het invloedrijke rapport van de Commissie Dunning, belangrijke stappen heeft gezet om een praktisch bruikbaar afwegingskader te ontwikkelen, in belangrijke mate gebaseerd op de criteria noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid. Het beoordelingskader dat er thans ligt is weliswaar niet zonder problemen (Van de Wetering et al. 2012; Rappange en Brouwer 2012), maar wel een, ook internationaal gezien, zeer vooruitstrevend model. Met name het hanteren van een flexibele afkapgrens voor kosten per QALY is hierin belangrijk. Dit maakt mogelijk om recht te doen aan maatschappelijke voorkeuren voor een eerlijke verdeling van zorg en gezondheid. In sommige landen, zoals Engeland, waar het *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) in dit opzicht een belangrijke rol heeft, heeft men lang getracht te werken met een uniforme afkapgrens. Dit model lijkt daar steeds meer te worden losgelaten (Cookson et al. 2008; NICE 2009). Het Nederlandse model betreft in feite een volledige economische evaluatie, waarin de kosten en opbrengsten van zorg tegen elkaar worden afgewogen op een wijze die recht doet aan het feit dat het hier gaat om maatschappelijke besluitvorming, het collectieve karakter van de zorgverzekering en belangrijke maatschappelijke waarden (zoals solidariteit met de 'zwakkeren'). Het afwegingskader wordt in toenemende mate gehanteerd, zij het in ongelijke mate tussen verschillende zorgsectoren en besluitvormingsniveaus (zoals ook in de volgende paragraaf benadrukt). Tevens is er veel vooruitgang geboekt in de onderliggende systematiek van het uitvoeren van economische evaluaties, althans binnen de curatieve zorg. Daardoor is de bruikbaarheid van de resultaten voor de uiteindelijke besluitvorming verbeterd. Tevens is het proces van besluitvorming verbeterd, zowel de continue verbetering van de *assessmentfase*, als de invoering van een *appraisalfase*.

Sinds het verschijnen van het rapport van de Commissie Dunning is er dus veel progressie geboekt in het nadenken over een goed samenhangend beoordelingskader en –proces voor het pakketbeheer. De daadwerkelijke invloed van het beoordelingskader op zorgbesluiten lijkt vooralsnog relatief beperkt. De uitdaging ligt nu derhalve vooral in de praktische toepassing ervan, in de volle breedte van de zorg. Daarbij bestaan er belangrijke uitdagingen rondom de afbakening van het zorgpakket, mede in het licht van de veranderingen in de Nederlandse zorg, waarvan de oprichting van het Nederlands Zorginstituut (NZi) er een is. Die veranderingen bieden echter

ook grote kansen om te komen tot een effectief pakketbeheer op verschillende niveaus, zoals thans nog onvoldoende het geval. In de volgende paragraaf gaan wij nader in op een aantal belangrijke uitdagingen en kansen voor een effectief pakketbeheer.

3 Kansen en uitdagingen

In de vorige paragraaf zijn de (ontwikkelingen in de) criteria en het afwegingskader voor pakketbeheer weergegeven. Juist vanwege de brede consensus die er lijkt te bestaan aangaande de pakketprincipes en de inzet van het beoordelingskader, alsmede gezien de ontwikkeling in de methodologie van het meetbaar maken van effectiviteit, doelmatigheid en noodzakelijkheid, liggen er ons inziens op een drietal terreinen vooral uitdagingen: (i) de inzet van het beoordelingskader; (ii) het operationeel maken van het beoordelingskader en (iii) het vergroten van het beleidsinstrumentarium in relatie tot het beoordelingskader. In deze paragraaf gaan we op die drie elementen in.

(i) Inzet beoordelingskader

Eerder gaven wij aan dat op drie momenten een gefundeerde afweging plaats dient te vinden of zorg tot het verzekerde pakket behoort (Rutten en Brouwer 2002):

- 1 Financiering vanuit de zorgverzekering (toevoeging aan het verstrekkingspakket).
- 2 Periodieke toetsing van het besluit tot financiering op basis van gegevens over de kosten en effecten in de praktijk van de zorg (uitkomstenonderzoek of 'health outcomes research').
- 3 Het bevorderen van een kosteneffectieve inzet in de praktijk van deze medische technologieën.

Op alle drie momenten is de inzet van het afwegingskader thans nog onvolledig. Een belangrijke uitdaging voor de komende jaren is om de werking van het afwegingskader te verbreden, zodat op deze drie terreinen het pakket systematisch wordt afgebakend op basis van de criteria noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid. We geven hieronder aan wat de huidige stand van zaken is op de drie momenten en wat er zou moeten verbeteren.

Financieringsbesluit

Op het moment dat een nieuwe technologie op de markt komt en tot het verzekerde basispakket wil worden toegelaten, dient die interventie te worden getoetst teneinde te bepalen of deze voldoet aan de gestelde criteria. Dat gebeurt in Nederland momenteel het meest systematisch voor (extramurale) geneesmiddelen, waarvoor in Nederland een zogenaamde 'positieve lijst' bestaat. Extramurale geneesmiddelen behoren niet tot het basispakket, tenzij ze als zodanig zijn aangemerkt. Voor geneesmiddelen die qua werking

vergelijkbaar zijn met bestaande middelen geldt dat ze gemakkelijk kunnen worden toegelaten tot het pakket. Ze kunnen dan worden opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) en vergoed worden tegen de referentieprijs die ook geldt voor de vergelijkbare middelen. Indien er geen vergelijkbare middelen zijn, of de fabrikant een therapeutische meerwaarde (en dus hogere prijs) claimt, dient er te worden getoetst (met name) op basis van informatie over effectiviteit en doelmatigheid of deze meerprijs gerechtvaardigd is. Sinds 2005 is het aanleveren van doelmatigheidsinformatie in dit verband verplicht in Nederland. Wel moet worden opgemerkt dat het proces en kader van beoordeling hierbij enigszins afwijkt, omdat deze beoordelingen via een specifieke beoordelingscommissie voor farmaceutische hulp (CFH) verloopt. Dit proces borgt daarmee dus wel een systematische beschouwing van middelen om te komen tot toelating tot het pakket, maar streven naar meer uniformiteit rondom de beoordelingskaders en –processen blijft belangrijk. Uiteindelijk moet immers het (ook door CVZ nagestreefde) doel zijn dat verschillende zorgvormen voor zover mogelijk op eenzelfde wijze worden beoordeeld: zorgbreed pakketbeheer.

Voor veel andere vormen van zorg, zoals ziekenhuiszorg, geldt dat er geen positieve lijst bestaat maar een meer ‘open systeem’. Nieuwe interventies komen dan via beroepsgroepen in de zorg en worden onbeoordeeld (althans volgens de hier besproken criteria) tot het verzekerde pakket gerekend. In het verleden werd alleen wanneer er duidelijke aanleidingen waren om nader onderzoek te verrichten (veelal op ad-hoc basis) bezien in hoeverre de zorg aan de geldende criteria voldeed. Tegenwoordig leidt de prestatiebekostiging (DBC en DOT) ertoe dat duurdere interventies, die vragen om een verhoging van de DBC-vergoeding, eerder in beeld komen en ook kunnen worden beoordeeld. Dit leidt niet tot een volledige of systematische toetsing van alle zorg aan de pakketprincipes, maar is wel een verbetering ten opzichte van het verleden. Aangezien een volledige toetsing van alle zorg niet alleen onnodig maar ook onhaalbaar lijkt, is het goed om nader te denken over ‘risicogericht pakketbeheer’. Daarbij worden die zorgvormen getoetst waarvoor een duidelijke aanleiding bestaat om dat te doen (bijvoorbeeld vanwege hoge kosten of hoge gezondheidsimpact). De uitdaging hierbij is uiteraard om goede objectieve criteria te formuleren (bijvoorbeeld aangaande budgetimpact of vermeende ondoelmatigheid) en de bijbehorende instrumenten te ontwikkelen om te signaleren welke zorg in aanmerking komt voor een formele toetsing.

Voor de caresector, qua aard en omvang een belangrijk onderdeel van de zorg, geldt dat toetsing nog veel minder frequent is. Dit heeft enerzijds te maken met het ontbreken van instrumentarium om het beoordelingskader daar goed toe te passen (met name een goede uitkomstmaat voor de care ontbreekt – de QALY is daar immers geen logische uitkomstmaat omdat gezondheidswinst vaak niet het primaire doel van handelen is), en anderzijds

met het ontbreken van een traditie van het vragen en verstrekken van evidentiële aangaande effecten en kosten in die sector. Juist vanwege de hoge zorguitgaven in deze sector is het van belang de mogelijkheden te creëren om ook daar op een goede wijze aan pakketbeheer te kunnen doen. Dat heeft niet noodzakelijkerwijs als doel om te bezuinigen, maar juist om een optimale inzet van de collectief beschikbare middelen te bewerkstelligen.

Periodieke toetsing

Een besluit om iets tot het pakket toe te laten is nu veelal een eenmalig besluit. Na het initiële besluit, dat vaak is gebaseerd op gegevens uit klinische trials, wordt meestal geen informatie verzameld om te bezien in hoeverre de zorg in de praktijk ook daadwerkelijk aan de doelmatigheidsnormen voldoet. Geneesmiddelen die tot het GVS worden toegelaten worden vervolgens niet in de praktijk op hun kosten en effecten beoordeeld. Toch is dat wel van belang. Zo kan een geneesmiddel in de praktijk een minder gunstige werking hebben (effectiveness) dan in de klinische studies waarmee toelating tot het pakket is afgedwongen. Dit kan bijvoorbeeld doordat in de praktijk andere patiënten (zoals veel oudere of juist jongere patiënten of mensen met comorbiditeit) het geneesmiddel krijgen voorgeschreven dan in de studies. Ook kan in de praktijk de therapietrouw bij het gebruik van de middelen minder goed zijn dan in de gecontroleerde setting van een trial (compliance) of voor andere ziektebeelden worden gebruikt (off-label). Ook kunnen de werkelijk gebruikte doseringen (*prescribed daily dose*: PDD) afwijken van de beoordeelde standaarddoseringen (*daily defined dose*: DDD) (Rutten en Brouwer 2002). Door meer praktijkgegevens te verzamelen over gebruik, kosten en opbrengsten van geneesmiddelen, kunnen, zeker voor grote indicatiegebieden of medicijnen waarbij op voorhand onzekerheid bestaat over de doelmatigheid, vergoedingsbesluiten (periodiek) worden herzien. Dit wordt ook wel *coverage with evidence development* (CED) genoemd. Een eerste belangrijk voorbeeld van zo'n CED-traject is het programma rond dure ziekenhuisgeneesmiddelen. Dure, intramurale medicijnen kunnen –onder voorwaarden– worden toegelaten tot de zogenaamde Lijst Dure Geneesmiddelen. Voor die medicijnen krijgen ziekenhuizen een extra vergoeding boven het normale ziekenhuisbudget voor geneesmiddelen. Voorwaarde voor toelating op de lijst is dat er gedurende vier jaar gegevens worden verzameld over de effectiviteit en doelmatigheid van de medicatie, waardoor na vier jaar een beoordeling kan plaatsvinden of handhaving op de lijst gerechtvaardigd is. Dergelijk uitkomstenonderzoek is vernieuwend, en alhoewel zeker niet zonder (ook methodologische) haken en ogen, een belangrijke stap voorwaarts. Het verdient dan ook aanbeveling na te denken over een verdere toepassing van dergelijk onderzoek, ook in de context van de wens om vaker medische technologieën voorwaardelijk tot het pakket toe te laten. Wel moeten gegevensverzameling en besluitvormingstrajecten goed op elkaar aansluiten, zodat de juiste

gegevens worden verzameld, maar ook besluitvorming kan plaatsvinden op basis van praktijkgegevens die vaak met meer onzekerheid zijn omgeven dan gegevens uit gecontroleerde studies.

Sturing in de praktijk

De criteria noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid geven richting aan pakketbeslissingen op centraal niveau. Daarbij kunnen weliswaar aanvullende voorwaarden worden gesteld (bijvoorbeeld aan de specifieke doelgroep voor wie de zorg verzekerd is), maar dergelijke (zeker gedetailleerde) sturing ontbreekt veelal. Dat is ook niet verwonderlijk, omdat de zorgpraktijk met name via richtlijnen (en zorgstandaarden) wordt gestuurd. Dat leidt echter tot twee belangrijke vragen: (i) in hoeverre zijn die richtlijnen (en zorgstandaarden) ontwikkeld in lijn met de (criteria voor) pakketbeslissingen en (ii) op welk niveau dient het basispakket te worden afgebakend.

Richtlijnen voor medisch handelen worden nu veelal door beroepsgroepen ontwikkeld, waarbij het beschikbare bewijs aangaande verschillende behandelopties en de klinische ervaring daarmee vaak centraal staat. Het is belangrijk te constateren dat dergelijke richtlijnen niet noodzakelijkerwijs de criteria hanteren zoals die op een centraal niveau (i.e. in het afwegingskader van CVZ) worden voorgestaan. Effectiviteitsbewijs is vaak leidend, maar doelmatigheidsinformatie (i.e. de kosteneffectiviteit van verschillende behandelstrategieën) wordt vaak niet meegenomen, laat staan uniform gehanteerd. Indien richtlijnen deze elementen wel zouden meenemen zou daarmee eerder worden bereikt wat door de RVZ als ‘gepaste zorg’ is betiteld, namelijk zorg die noodzakelijk, effectief en doelmatig is voor de gebruiker ervan (Brouwer en Rutten, 2004). Dat het mogelijk is om richtlijnen op een dergelijke wijze te ontwikkelen mag niet alleen blijken uit ervaring in Nederland (Niessen et al. 2007), maar ook bijvoorbeeld in Engeland, waar NICE praktijkrichtlijnen voor de NHS uitbrengt mede op basis van doelmatigheidsinformatie (Rutten en Brouwer, 2002). In Engeland neemt NICE het initiatief voor de ontwikkeling van zulke praktijkrichtlijnen door de instelling van een *guideline development group*, waarbij ook altijd een gezondheids-econoom wordt betrokken. Deze laatste dient de economische evidentie in te brengen en te beoordelen op de relevantie voor de richtlijn. Ook wordt vaak een economisch model gemaakt waarin de verschillende keuzemomenten in de behandelingsstrategie met hun kosten en baten worden beschreven. Na afloop wordt de economische basis van de richtlijn nog eens door NICE getoetst en wordt na consultering van belangengroepen de richtlijn gepubliceerd. Naarmate de beroepsgroepen in de totstandkoming van hun praktijkrichtlijnen doelmatigheidsoverwegingen op een systematische wijze meewegen, kan het pakketbeheer op een centraal niveau zich veel meer richten op het faciliteren en regisseren van het proces van richtlijnvorming en zijn algemene inclusie- en exclusiebesluiten minder noodzakelijk. Dat een

dergelijke inzet op praktijkrichtlijnen niet zonder inspanning gebeurt en kan lonen blijkt uit een recente quick scan van richtlijnen van medisch specialisten en huisartsen aangaande het inzetten van de vijf belangrijkste geneesmiddelgroepen (Hakkaart –van Roijen et al., 2010). Daaruit bleek dat doelmatigheidsinformatie vaak niet was meegewogen in de richtlijn. Alhoewel dit niet altijd leidde tot andere conclusies dan wanneer dat wel was gebeurd, hadden met behulp van doelmatigheidsinformatie aanbevelingen kunnen worden aangescherpt, beter onderbouwd en beter worden gedifferentieerd naar specifieke subgroepen van patiënten.

Een belangrijke ontwikkeling hierbij is de oprichting van het Nederlands Zorginstituut (NZi). Het NZi zou de kwaliteit van zorg, waartoe de doelmatigheid behoort, moeten bevorderen. Zoals hierboven al aangegeven, vormen de richtlijnen en zorgstandaarden daarbij een belangrijk instrument. Het NZi krijgt straks de taak om te beoordelen of een professionele standaard, die door de wetenschappelijke verenigingen wordt gemaakt, voldoet aan het door het kwaliteitsinstituut van het NZi te ontwikkelen toetsingskader en kan worden ingeschreven in het door het NZi bij te houden register van standaarden (Kamerbrief VWS 12 April 2012). Door het NZi zal voorts een meerjarenagenda voor de ontwikkeling van standaarden worden vastgesteld, die mede tot stand komt op basis van input van veldpartijen. Wanneer een veldpartij in gebreke zou blijven wat betreft de ontwikkeling van een geëgenderde standaard, kan het NZi zelf de ontwikkeling daarvan initiëren. Het NZi neemt dus de regie voor de ontwikkeling van richtlijnen en professionele zorgstandaarden, zowel wat betreft agendering, toetsing en soms ook uitvoering. Het model dat hiervoor wordt gehanteerd door NICE kan hier bij de ontwikkeling van het toetsingskader en het proces van zorgstandaardontwikkeling als voorbeeld dienen, ook gezien de relatief positieve ervaringen daarmee (Rutten en Brouwer 2002; Drummond en Sorenson, 2009). Gezien de goede beschikbaarheid van gezondheidseconomen in Nederland zou ook hier betrokkenheid van HTA-expertise bij de ontwikkeling van richtlijnen en zorgstandaarden mogelijk zijn, waarbij gebruik kan worden gemaakt van de ervaringen uit het programma voor de ontwikkeling van kosteneffectieve richtlijnen in 1997-2003 (Niessen et al. 2007).

(ii) het operationeel maken van het beoordelingskader

Het gebruik van het toetsingskader, zoals in de vorige paragraaf uiteengezet, vereist bij toepassing zowel op centraal niveau als in de context van zorgstandaardontwikkeling, een goede operationalisering ervan. De vaststelling van een (bandbreedte voor de) afkapgrens voor kosteneffectiviteit (kosten per QALY), eventueel in combinatie met andere factoren die hiervan op invloed kunnen zijn, is een belangrijke noodzakelijke stap om het beoordelingskader te kunnen toepassen.

Op dit moment is er (a) onvoldoende zicht op deze afkapwaarde en (b) ontbreekt de (politieke) moed deze eenduidig vast te stellen. Wat betreft de kennis over een adequate hoogte van de afkapgrens voor kosten per QALY, wordt veelal gekeken naar de literatuur over de waarde van gezondheidswinst. De waarden die daaruit naar voren komen lopen zeer sterk uiteen, van zo'n 25.000 tot meer dan 425.000 dollar per QALY, ook vanwege de verscheidenheid aan gehanteerde methoden (Hirth et al., 2000). In recentere jaren wordt er steeds meer onderzoek gedaan naar individuele waarderingen van eigen gezondheid op basis van *willingness-to-pay* onderzoek (e.g. Bobinac et al. 2010). In die studies wordt mensen uit de algemene bevolking gevraagd aan te geven hoeveel ze bereid zijn om te betalen voor eigen gezondheidswinst (of het vermijden van gezondheidsverlies). Vaak worden die gezondheidsveranderingen uitgedrukt in termen van QALY's, waardoor de waardering van een QALY kan worden achterhaald. Ook hier lopen de gevonden schattingen uiteen, maar ze zijn wel vaker relatief laag. Voor Nederland leverde een recente studie schattingen op zo'n 25.000 euro per QALY (Bobinac et al. 2010). Naast de vele methodologische problemen rond gehanteerde methoden (Bobinac et al., 2012), is de vraag ook of zulke waarderingen het meest geëigend zijn voor de waardering van zorgopbrengsten. De waarden in het CVZ-model betreffen immers niet zozeer individuele waarderingen van eigen gezondheidswinst, maar veeleer maatschappelijke waarderingen waarbij ook individu-overstijgende rechtvaardigheids- en solidariteitsaspecten een rol spelen (Brouwer 2009). De waarde van QALY-winsten loopt in het CVZ-model immers op met de ernst van de aandoening op basis van een notie van solidariteit. Dergelijke waarderingen achterhalen vereist een andere opzet van onderzoeken (Bobinac et al. 2012).

Wat betreft het punt van de politieke moed om grenzen te durven trekken, moet worden opgemerkt dat, alhoewel het vaststellen van een afkapgrens kan (en moet) worden geïnformeerd door onderzoek, het uiteindelijk een politieke beslissing blijft. Het lijkt politiek echter zeer moeilijk (zo niet ondoenlijk) om expliciete grenzen aan te duiden waarboven zorg als 'te duur' kan worden bestempeld. De recente discussies rond de vergoeding van de geneesmiddelen bij de behandeling van de ziekten van Pompe en Fabry (zie bijvoorbeeld NRC Handelsblad 2012b) illustreren dit goed. Daaruit blijkt eerder een politieke wens om het bestaan van grenzen te ontkennen, gezien de (terechte) beladenheid van het onderwerp. Echter, zonder gelegitimeerde en consequent gehanteerde grenzen is het afwegingskader krachteloos. Daarom is het belangrijk om op basis van onderzoek en maatschappelijk debat te komen tot politiek gedragen grenzen, die vervolgens ook als leidraad dienen in de praktijk.

Een hieraan gerelateerde vraag is in hoeverre ziektelast (uitgedrukt als *proportional shortfall*) de enige factor van invloed is op de waarde van gezondheidswinst. Zo kunnen andere rechtvaardigheidsoverwegingen (zoals eerder genoten gezondheid, vaak benaderd met de variabele leeftijd) belangrijk worden geacht. Bij eenzelfde *proportional shortfall* kunnen mensen het belangrijker vinden om een jongere te behandelen dan een oudere (Van de Wetering et al., 2012). Juist in relatie tot dure behandelingen in de laatste levensfase, vaak bij oudere patiënten, worden deze vragen bijzonder relevant. In die levensfase worden vaak hoge kosten gemaakt voor interventies die soms maar beperkte gezondheidswinst opleveren. Veel dure medicatie, bijvoorbeeld behandelingen tegen kanker, leveren vaak een beperkte verlenging van het leven op (bijvoorbeeld drie maanden), waarbij de kwaliteit van leven in die drie maanden zeker niet optimaal is. Waar leggen we dan de grens? Mag een kwartaal langer leven (in een niet optimale toestand) bijna 100.000 euro kosten (NRC Handelsblad 2012a)? Belangrijk bij dergelijke vragen is de realisatie dat met hetzelfde geld elders in de zorg wellicht meer gezondheid en welzijn had kunnen worden gewonnen. Meer onderzoek over de voorkeuren voor verdeling van schaarse zorgeuro's en meer maatschappelijk debat over deze vragen kunnen bijdragen aan het verder verfijnen van het bestaande afwegingskader.

82

Er is geen enkele reden om AWBZ-zorg niet te toetsen op noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid van zorgvoorzieningen, waarbij er uiteraard aandacht moet zijn voor de specifieke context van AWBZ-zorg. Zo moet hierbij worden gedacht dat het doel van de 'care' vaak welzijnsverbetering is in plaats van op gezondheidsverbetering, waardoor de QALY geen juiste uitkomstmaat is (RVZ 2006). Om de welzijnseffecten zowel van de onderliggende problematiek (voor het bepalen van de noodzakelijkheid) als de interventie (voor het bepalen van effectiviteit en doelmatigheid) goed in kaart te brengen, dienen instrumenten te worden gebruikt die daarop gericht zijn. Zulke instrumenten zijn echter nauwelijks voorhanden, ook niet in internationale context. Het ontwikkelen en valideren van uitkomstmaten die in de (uiteenlopende sectoren binnen de) care kunnen worden gebruikt, is dan ook een zeer urgente uitdaging, temeer daar het CVZ zich zorgbreed pakketbeheer ten doel heeft gesteld. Daarbij is juist in de AWBZ-zorg van groot belang de maatschappelijke context van patiënten (zoals de beschikbaarheid van mantelzorg) mee te wegen in de beoordeling van zorgvormen.

(iii) het vergroten van het beleidsinstrumentarium in relatie tot het beoordelingskader

In de brief van de minister aan de Tweede Kamer van 28 maart 2012 worden de contouren van het toekomstige pakketbeheer geschetst (VWS 28 maart 2012). Voor alle nieuwe geneesmiddelen, waarbij een meerwaarde ten opzichte van bestaande middelen (en derhalve een meerprijs) wordt geclaimd

door de fabrikant, wordt voorwaardelijke pakkettoelating actief ingezet. Bij voorwaardelijke toelating volgt een tijdelijke toelating, waarna meer bewijs over de effectiviteit en doelmatigheid van het middel in de praktijk wordt verzameld. Deze voorwaardelijke pakkettoelating wordt dus meestal gecombineerd met een CED-traject (zie hierboven) en zou in de toekomst meer systematisch worden ingezet bij duurder geneesmiddelen. Alleen wanneer op basis van de reeds bekende gegevens uit gecontroleerd onderzoek al een definitief besluit kan worden genomen is dit niet nodig. Wat hiervoor wel noodzakelijk is, is niet alleen het verfijnen van de methoden rondom doelmatigheidsstudies in niet-gecontroleerde settings, maar ook het beter inrichten van het beleidsproces op het omgaan met de bijna inherent lagere vormen van bewijs die hiermee gepaard gaan. Zowel de indieners van dossiers als de ontvangers ervan dienen in een vroeg stadium gezamenlijk helder te krijgen welk bewijs verzameld dient te worden om tot een besluit te komen.

Nieuw in het toekomstig pakketbeheer is ook dat bij een ongunstige kosteneffectiviteit de fabrikant kan worden uitgenodigd om voorstellen te doen die leiden tot een verbetering daarvan. Dit kan bijvoorbeeld door een prijsverlaging. In Nederland wordt bij pakkettoelating (in tegenstelling tot de context van de inkoop van extramurale, generieke geneesmiddelen) maar weinig systematisch werk gemaakt van prijsonderhandelingen. Daardoor blijven soms onterecht hoge prijzen bestaan. Door op een verstandige en geconditioneerde wijze prijsafspraken te maken, kan dit worden voorkomen. Zo kunnen er bijvoorbeeld structureel prijs-volume afspraken worden gemaakt, waardoor de prijs lager wordt naarmate de afzetmarkt groter wordt (degressieve prijzen). Ten slotte kunnen, bij de invoering van nieuwe technologieën, ook zogenaamde *risk-sharing* arrangementen worden aangegaan, met name als er onzekerheid blijft over de doelmatigheid van een middel. Afhankelijk van de oorzaak (of veroorzaker) van verminderde doelmatigheid kunnen verschillende afspraken worden gemaakt. Bijvoorbeeld bij vraagtekens over de algemene doelmatigheid kunnen overheid/verzekeraars en producent afspraken maken over terugbetaling wanneer een vooraf bepaalde doelmatigheidsdrempel niet wordt gehaald. Wanneer het voorschrijfgedrag (bijvoorbeeld door het niet goed volgen van richtlijnen) een probleem vormt kunnen overheid/verzekeraars en voorschrijvers prestatieafspraken maken (bijvoorbeeld door het invoeren van bonus-malussystemen met betrekking tot voorschrijfgedrag). Wanneer slechte therapietrouw de doelmatigheid van een middel vermindert, kunnen afspraken worden gemaakt met de patiënt (bijvoorbeeld een hogere eigen betaling bij slechte therapietrouw, Rutten et al. 2009). Hier bezien we alleen de relatie tussen overheid en producent waarbij afspraken kunnen worden gemaakt die verschillen naar ingebouwde prikkels en succesindicator.

Een simpele indicator is bijvoorbeeld de beperking van de omzet van een middel, zoals in Frankrijk gebeurt door de *Commission de la Transparence*. Meer sophisticated is *risk-sharing* met als succesindicator de effectiviteit of zelfs kosteneffectiviteit van een middel. De prikkels kunnen proces- of uitkomst-gerelateerd zijn. In het eerste geval kan men denken aan prikkels voor gepast gebruik of strafkorting bij gebruik buiten de overeengekomen indicatie. NICE in Engeland heeft een kosteneffectiviteit grens van £ 36.000 opgelegd voor nieuwe geneesmiddelen voor MS met terugbetaling als boete bij overschrijding en gebruikt in dat geval dus een uitkomstindicator. In een ander geval moet een serumproteïnetest een 50% reductie in M-proteïne aantonen bij het gebruik van Velcade® wil geen terugbetaling worden geëist door NICE. Ook in Duitsland worden dergelijke afspraken gemaakt waar de kosten van het osteoporosemiddel Aclasta® moeten worden terugbetaald door fabrikanten aan de verzekeraar wanneer er binnen een jaar alsnog een fractuur door osteoporose plaatsvindt (Anonymous 2008). Dergelijke *risk-sharing* arrangementen vinden echter nog beperkt plaats, vanwege de hoge transactiekosten (dataverzameling en monitoring) en de beperkte successen die tot dusver worden gerapporteerd (Neumann et al. 2011).

Wat uit bovenstaande mogelijkheden ook naar voren komt is de noodzaak om een instituut als het NZi een afdoende mandaat te geven om werkelijk voortvarend de doelmatigheid van de Nederlandse zorg te bevorderen. Zo moet het zorgstandaarden kunnen afdwingen en prijsonderhandelingen kunnen voeren. Juist in dat soort situaties is het wel nodig dat het onderhandelende orgaan ‘... has the political independence to say no to the ‘all or nothing deal’ and bear the heat of such a decision.’ (Claxton 2006). In dat opzicht kan ook hierbij worden gekeken naar het Engelse model, waarin NICE een sterk mandaat heeft vanuit de politiek. De politiek stelt de algemene spelregels (het afwegingskader en het beleidsinstrumentarium), maar laat de uitvoering ervan over aan een sterk orgaan (het NZi).

4 Conclusies en aanbevelingen

Ruim twintig jaar na het verschijnen van het rapport van de Commissie Dunning is de vraag naar een heldere afbakening van het zorgpakket nog onverminderd actueel. Belangrijke stappen zijn gezet in de afgelopen jaren, waardoor er een instrumentarium is ontwikkeld waarmee het afbakenen van het pakket langs de criteria noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid mogelijk is. De aandacht zal in de komende jaren vooral ook moeten verschuiven naar het (durven) toepassen van dit instrumentarium op de juiste plaatsen. Daarbij lijken vooral richtlijnen en zorgstandaarden belangrijke aangrijpingspunten te vormen voor sturing in de praktijk.

Een effectieve afbakening van het basispakket, ook in de praktijk, kan een belangrijke bijdrage leveren aan de doelmatigheid van onze gezondheidszorg. Wel zal dan een aantal aanbevelingen ter harte moeten worden genomen:

- De toetsing van nieuwe technologieën voor het basispakket zal naar alle verstrekingen van dat pakket moeten worden uitgebreid en een lichte of zware toetsing moet dan plaatsvinden op grond van een inschatting van het risico op grote kostenstijging of gezondheidsverlies (risicogericht pakketbeheer); eenzelfde zware procedure voor beoordeling van pakketopname voor elke nieuwe technologie is immers praktisch niet haalbaar.
- Het toetsingskader voor beoordeling dient verder ontwikkeld te worden op grond van wetenschappelijk onderzoek en maatschappelijke discussie; de politiek dient nu duidelijk de grenzen van het pakket aan te geven (met name de te hanteren, gedifferentieerde afkapgrenzen), maar de uitvoering van het pakketbeheer over te laten aan het NZi.
- Het in te zetten beleidsinstrumentarium voor het pakketbeheer kan worden aangevuld met ondermeer CED-trajecten, prijsonderhandelingen en *risk-sharing* arrangementen.
- De relatie tussen pakketbeheer en gepast gebruik in de praktijk (professionele standaarden) moet worden versterkt door toepassing van hetzelfde toetsingskader en inzet van dezelfde kennisgebieden. Het NZi zou gebruik moeten maken van de kennis en ervaring van NICE met haar *guidelines program* en het gebruik daarbij van economische expertise.

Literatuur

- Anonymous (2008). Direktverträge zwischen Krankenkassen und Industrie. *Arznei-Telegramm* 39:1-3.
- Bobinac A., N.J.A. van Exel, F.F.H. Rutten en W.B.F. Brouwer (2010), Willingness to pay for a QALY: The individual perspective. *Value in Health*, 13: 1046-1055.
- Bobinac A., N.J.A. van Exel, F.F.H. Rutten en W.B.F. Brouwer (2012), Get more, pay more? An elaborate test of the validity of willingness to pay per QALY estimates. *Journal of Health Economics*, 31: 158-168.
- Brouwer W.B.F. en F.F.H. Rutten (2004), Over-, onder- en gepaste consumptie in de zorg vanuit economisch perspectief. In: Met het oog op gepaste zorg. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), Zoetermeer.
- Brouwer W.B.F. en F.F.H. Rutten (2006), De afbakening van het basispakket. In: Zicht op Zinnige en Duurzame Zorg. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), Zoetermeer.
- Brouwer W.B.F. (2009), De basis van het pakket: Urgente uitdagingen voor de opzet en inzet van economische evaluaties in de zorg. Oratie, Rotterdam.
- Claxton K. (2007), OFT, VBP: QED? *Health Economics*, 16: 545-558.
- College voor Zorgverzekeringen (2002, Toenders WGM). Vervolgonderzoek breedte geneesmiddelenpakket. CVZ, Amstelveen.
- College voor Zorgverzekeringen (2006), Pakketbeheer in de praktijk. CVZ, Diemen.

- College voor Zorgverzekeringen (2009), Pakketbeheer in de praktijk 2. CVZ, Diemen.
- Commissie Keuzen in de zorg (1991), Kiezen en Delen. Den-Haag.
- Cookson, R., C. McCabe, en A. Tsuchiya (2008), Public healthcare resource allocation and the rule of rescue. *Journal of Medical Ethics*, 34:540-544.
- Dranove D. (2003), *What's your life worth?* New York: FT Prentice Hall.
- Drummond M. en S. Sorenson (2009), Nasty or Nice? A Perspective on the Use of Health Technology Assessment in the United Kingdom. *Value in Health*, 12: S8-S13.
- Gezondheidsraad (2003), Contouren van het basispakket. Den-Haag.
- Hakkaart-Van Roijen L., S.S. Tan, L. Goossens, S. Schawo, W.B.F. Brouwer, M. Rutten-van Molken en F.F.H. Rutten (2010), Doelmatigheid in praktijkrichtlijnen voor medicijnen: resultaten van een 'quicksan'. *TSG, Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 88: 172-181.
- Hirth R.A., M.E. Chernew, E. Miller, A.M. Fendricken W.G. Weissert (2000), Willingness to pay for a Quality-adjusted Life Year: in search of a standard. *Medical Decision Making*, 20: 332-342.
- Kleef, R.C. van, W.P.M.M. van de Ven, R.C.J.A. van Vliet (2010), Een solidair eigen risico in de zorg. *Economisch-Statistische Berichten*, 95(4592), 522-524.
- NICE (2009), Appraising life-extending, end of life treatments. National Institute for Health and Clinical Excellence, London.
- Niessen L.W., E. Grijseels, M. Koopmanschap en F. Rutten (2007), Economic analysis for clinical practice-the case of 31 national consensus guidelines in the Netherlands, 13: 68-78.
- Neumann P.J., J.D. Chambers, F. Simonen L.M. Meckley (2011), Risk sharing arrangements that link payment for drugs to health outcomes are proving hard to implement. *Health Affairs*, 30: 2329-2337.
- NRC Handelsblad (2012a), Een kwartaal langer leven voor 84.000 euro, 19/20 mei: 10-11.
- NRC Handelsblad (2012b), Zeldzame ziektes worden te duur. Nu Pompe en Fabry. Welke volgt?, 30 juli: 1.
- Pomp M., W. Brouwer en F. Rutten (2007), QALY-tijd; nieuwe medische technologie, kosteneffectiviteit en richtlijnen. *CPB Rapport Nr 152*, CPB: Den-Haag.
- Rappange D.R., W.B.F. Brouwer (2012), The evaluation of preventive lifestyle interventions in the Netherlands. *Health Economics, Policy & Law*, 7(2): 243-261.
- Rutten F.F.H. en W.B.F. Brouwer (2002), Meer zorg bij beperkt budget; een pleidooi voor een betere inzet van het doelmatigheids criterium. *Nederland Tijdschrift voor Geneeskunde* 146 , 2254-2258.
- Rutten F.F.H., C.A. Uyl-de Groot en A.G. Vulto (2009), Innovative payment systems for medicines in Europe. *European Journal of Hospital Pharmacy Practice*, 15: 60-62.
- Rutten-van Mólken M., C. Uyl-de Groot en F. Rutten (2010). *Van kosten tot effecten; een handleiding voor economische evaluatiestudies in de gezondheidszorg*. Elsevier gezondheidszorg, Amsterdam.
- RVZ (2006), Zinnige en Duurzame Zorg. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), Zoetermeer.

- Stolk E.A., M.J. Poley, W.B.F. Brouwer en J.J. van Busschbach (2002), Proef-toetsing iMTA model. In: College voor Zorgverzekeringen (Toenders WGM). Vervolgonderzoek breedte geneesmiddelenpakket. Amstelveen: College voor ZorgVerzekeringen.
- Stolk E.A., G. van Donselaar, W.B.F. Brouwer en J.J. van Busschbach (2004), Reconciliation of economic concerns and health policy: illustration of an equity adjustment procedure using proportional shortfall. *PharmacoEconomics*, 22 (17): 1097-1107.
- VWS (2012), Kamerbrief voortgangsrapportage kwaliteitsinstituut, 12 april 2012.
- VWS (2012). Kamerbrief voorwaardelijke pakkettoelating farmacie, 28 maart 2012.
- van de Wetering L., E.A. Stolk, N.J.A. van Exel en W.B.F. Brouwer (2012). Balancing equity and efficiency in delineating the Dutch basic benefits package using the principle of proportional shortfall. *European Journal of Health Economics*, in press.



Grenzen aan leefstijlsolidariteit

Wim Groot en

Flip van Sloten

1 Introductie

Solidariteit is de pijler waarop het zorgstelsel is gebouwd. Door de solidariteit vormen de zorguitgaven onderdeel van de collectieve uitgaven. Alle beperkingen die dit oplegt aan burgers, zorgverzekeraars en zorgaanbieders – zoals de verzekeringsplicht, de gereguleerde marktwerking en het keurslijf van het budgettaire kader zorg – zijn te verklaren uit het solidaire karakter van het stelsel.

Solidariteit is een expliciete doelstelling in de zorgverzekering. In 2004 werden in de memorie van toelichting bij de zorgverzekeringswet de solidariteitsbeginselen als volgt omschreven: ‘De regering beoogt een verzekeringsstelsel te creëren dat enerzijds het nemen van eigen verantwoordelijkheid en marktwerking aanmoedigt en anderzijds een stevige verankering geeft aan de sociale randvoorwaarden (solidariteit tussen inkomens en risico’s)’ (Memorie van toelichting, p. 5).

Opvallend is dat bij de sociale randvoorwaarden wel inkomens- en risico-solidariteit worden genoemd, maar niet leefstijlsolidariteit (solidariteit met mensen die ongezonde keuzes maken). In de memorie van toelichting bij de zorgverzekeringswet komt het woord ‘leefstijlsolidariteit’ niet voor. Dat is vreemd. In de zorgverzekeringswet wordt de inkomenssolidariteit beperkt door de nominale premie en de grenzen aan de inkomensafhankelijke premieheffing. Risicosolidariteit wordt beperkt door het verplichte en vrijwillige eigen risico. De leefstijlsolidariteit in de zorgverzekeringswet is evenwel, ondanks de beïnvloedbaarheid van leefstijlrisico’s, niet verder begrensd dan de risicosolidariteit. Van de totale kosten van de gezondheidszorg is circa 6% toe te schrijven aan ongezond gedrag (IBO 2007). In de zorgverzekering wordt geen onderscheid gemaakt tussen mensen met een gezonde en ongezonde leefstijl, ondanks het feit dat een substantieel deel van de schadelast in de zorgverzekering het gevolg is van een ongezonde leefstijl.

In deze bijdrage stellen we de vraag centraal of er grenzen gesteld moeten worden aan de leefstijlsolidariteit in de zorgverzekering. Begrenzingen aan leefstijlsolidariteit betekenen dat er onderscheid gemaakt wordt in premiestelling, verzekerd pakket of behandeling tussen verzekerden met een gezonde leefstijl en verzekerden met een ongezonde leefstijl. In deze bijdrage bespreken we de mogelijkheden voor het maken van onderscheid naar leefstijl in de zorgverzekering. Alvorens we dat doen schetsen we eerst de omvang van de leefstijlsolidariteit in de zorgverzekering.

2 Leefstijl, gezondheidsverschillen en solidariteit in de zorgverzekeringen

De afgelopen zestig jaar is de levensverwachting voor vrouwen met ruim tien jaar en die van mannen met ruim acht jaar gestegen (RIVM 2012). Als we kijken naar de toename van levensverwachting over de afgelopen dertig jaar dan zien we evenwel dat de levensverwachting voor mannen sneller is toegenomen dan voor vrouwen: sinds 1980 wordt het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen kleiner. De belangrijkste oorzaak van de daling in het verschil in levensverwachting is de sterke afname van het aantal rokers onder mannen (RIVM 2012).

Hoger opgeleiden hebben een langere levensverwachting dan lager opgeleiden. Onder mannen is dit verschil 7.3 jaar, onder vrouwen 6.4 jaar. Leefstijlverschillen zijn een belangrijke oorzaak van sociaal-economische gezondheidsverschillen, en vice versa. Hoger opgeleiden roken minder en hebben minder vaak overgewicht dan lager opgeleiden, zoals uit tabel 1 blijkt.

Tabel 1: Prevalentie roken en overgewicht naar opleidingsniveau

Opleiding	Roken mannen	Roken vrouwen	Overgewicht mannen	Overgewicht vrouwen
Laag	33%	32	57	49
Midden	30	28	48	40
Hoog	22	18	36	30

Bron: RIVM: Nationaal Kompas Volksgezondheid.

De sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn de afgelopen jaren niet kleiner geworden (Kunst 2011). Vanuit een oogpunt van solidariteit is grote maatschappelijke ongelijkheid, bijvoorbeeld in de vorm van grote sociaal-economische gezondheidsverschillen, niet wenselijk. Dat de sociaal-economische gezondheidsverschillen niet verminderen komt mede doordat de sociaal-economische leefstijlverschillen zijn toegenomen. Zo ligt het aantal rokers onder laag opgeleide mannen de helft hoger dan onder hoog opgeleiden. Deze verschillen in rookgedrag zijn tussen 1997 en 2007 toegenomen doordat vooral hoger opgeleiden zijn gestopt met roken (RIVM 2012).

Hoewel leefstijlverbetering tot een algehele toename van de levensverwachting heeft geleid, blijft een ongezonde leefstijl de belangrijkste oorzaak voor vermijdbare sterfte. Hart- en vaatziekten, diabetes, COPD, beroerte en hartfalen zijn vijf van de tien meest voorkomende ziekten in ons land. Samen met dementie zijn hart- en vaatziekten en longkanker de drie belangrijkste doodsoorzaken. Astma, diabetes en depressie zijn de drie aandoeningen die de sterkste groei laten zien in prevalentie (RIVM 2012). Wat deze aandoeningen, met uitzondering van dementie, met elkaar gemeen hebben is dat ze kunnen ontstaan door omgevingsfactoren, waaronder leefstijl, en derhalve

te voorkomen of op zijn minst beïnvloedbaar zijn. De gedachte dat ziektes en aandoeningen iets zijn wat ons overkomt, is dus deels onjuist. Zeker de helft van de ziektes is in principe vermijdbaar, aldus Johan Mackenbach in zijn boek 'Ziekte in Nederland' (Mackenbach 2010). Ruim een kwart van de ziektelast van typische welvaartsziekten als diabetes, hartaandoeningen, COPD en een aantal vormen van kanker, komt voort uit leefstijl (RVZ 2011). Daarmee zijn ook veel van de zorgkosten van deze aandoeningen vermijdbaar.

De oorzaken van ongezond gedrag zijn divers. Biologische (verslaving; erfelijke aanleg), culturele en sociale factoren zijn van belang. Economische factoren en de gezondheidszorg spelen echter ook een rol. Zo heeft de toename van overgewicht een belangrijke economische oorzaak (Philipson & Posner 2008). De toename van overgewicht is mede het gevolg van de toename van het besteedbaar inkomen en van de daling van de prijs van voeding en niet-bewegen. Technologische innovaties hebben ertoe geleid dat de kostprijs van de productie van voeding is gedaald evenals de kosten van het bezit en het gebruik van geautomatiseerd vervoer zoals de auto. Deze ontwikkelingen hebben niet alleen voor een toename in de voedselconsumptie geleid, maar ook gezorgd voor een verschuiving in het voedingspatroon naar meer luxe en minder calorierijke voedingsmiddelen. Volgens Lakdawalla & Philipson (2002) kan bijna de helft van de gewichtstoename sinds de jaren zeventig in de VS worden toegeschreven aan de daling van de relatieve prijs van voeding.

Medische technologie en de organisatie van de zorg kunnen eveneens bijdragen aan ongezond gedrag. Medische innovaties, zoals de ontwikkeling van cholesterol- en bloeddrukverlagende middelen, hebben er verder voor gezorgd dat de gezondheidsrisico's van ongezond gedrag – zoals hart- en vaatziekten - zijn verminderd (zie bijvoorbeeld Mazzaglai et al. 2009). De betere bescherming tegen gezondheidsschade door ongezond gedrag verlaagt de drempel voor ongezond gedrag. Mede daardoor hebben deze medische innovaties – samen met de toename van ongezonde gedragingen zoals de toename van het alcoholgebruik en het aantal mensen met overgewicht – geleid tot een toename van de kosten van de gezondheidszorg.

Het recht op (vergoeding van) zorg is niet geclausuleerd; iedere verzekerde heeft toegang tot curatieve zorg en AWBZ-zorg ongeacht de aard en de oorzaak van de aandoening of hulpvraag. Tot de verzekerde curatieve zorg behoort ook preventie en leefstijladvies, maar specifieke preventieve aanspraken, zoals stoppen met roken, dieetadvisering of de beweegkuur behoren niet (meer) of slechts beperkt tot de verzekerde aanspraken.

Bij de verdeling van de zorgpremies (de financiering van de zorg) wordt evenmin rekening gehouden met leefstijl. De financiering is grotendeels gebaseerd op het solidariteitsprincipe. Premies voor de Zvw en de AWBZ

zijn niet gebaseerd op de verwachte schadelast (equivalentiebeginsel). Zorggebruikers en niet-zorggebruikers betalen een gelijke premie. De premies voor de Zvw en de AWBZ zijn voorts inkomensgerelateerd. Er is geen differentiatie naar leefstijl van eigen betalingen; wie door een chronische aandoening veel beroep op zorg doet, ontvangt compensatie voor de hoge niet-verzekerde kosten. Het zorgstelsel (Zvw en de AWBZ) prikkelt op deze manier niet tot een gezonde leefstijl. De afwezigheid van deze prikkels impliceert een hoge mate van leefstijlsolidariteit. Tegelijkertijd is leefstijlsolidariteit – in tegenstelling tot inkomens- en risicosolidariteit – geen expliciet doel van het zorgstelsel.

Doordat in de zorgverzekeringen de premie op individueel niveau niet afhankelijk is van de verwachte schadelast, komen de zorgkosten die het gevolg zijn van ongezond gedrag grotendeels voor rekening van anderen. Hierdoor worden individuen niet met de volledige kosten van hun ongezond gedrag geconfronteerd. Het verzekerde pakket is ruim en ongeclausuleerd en de toegang tot de zorg is in ons land prima. De drempel tot ongezond gedrag wordt hiermee verlaagd.

3 Opvattingen over solidariteit bij stijgende zorguitgaven en een stagnerende economie

92

‘Solidariteit is het uitgeven van andermans geld’, zo betoogde het Britse opinieweekblad *The Economist* onlangs. De gezondheidszorg en de sociale zekerheid zijn op deze solidariteit gestoeld: hoge inkomens betalen voor lage, jongeren voor ouderen, werkenden voor werkzoekenden, en mensen die gezond zijn betalen voor arbeidsongeschikten en zorggebruikers.

Opvattingen over solidariteit zijn cultureel bepaald. De Robin Hood gedachte die uit de bovenstaande definitie van solidariteit spreekt, wordt niet door iedereen gedeeld. Uit een recente opiniepeiling van het onderzoeksbureau Gallup blijkt dat bijna de helft van de Amerikanen vindt dat de overheid burgers niet moet verplichten om een zorgverzekering te kopen.

Het verzet van veel Amerikanen tegen ‘Obamacare’ zal velen van ons vreemd voorkomen: wij vinden dat in een beschaafde samenleving iedereen toegang moet hebben tot goede en betaalbare zorg. Wat wij normaal vinden – iedereen heeft een betaalbare zorgverzekering – wordt door velen in de VS als ongewenste overheidsbemoediging en een stap op weg naar een verderfelijk soort socialisme gezien.

De solidariteit in de Nederlandse samenleving is de afgelopen vijftig jaar sterk van karakter veranderd (De Beer 2011). De nadruk is meer komen te liggen op inkomensoverdracht en minder op zelfopoffering en altruïsme. Als gevolg hiervan is solidariteit minder persoonlijk en anoniemer geworden. Maatschappelijke organisaties, zoals de kerken, spelen vrijwel geen rol meer. De bestuursleden van de Vincentiusvereniging gaan niet meer op huisbezoek bij gezinnen die ondersteuning nodig hebben. De oudste dochter in het

gezin hoeft ook niet meer thuis te blijven om voor de bejaarde ouders te zorgen. Solidariteit heeft ook een meer verplichtend karakter gekregen doordat de overheid burgers dwingt om bij te dragen aan collectieve voorzieningen. En nu staan de opvattingen over solidariteit onder invloed van een stagnerende economie en stijgende zorgkosten onder druk.

De econoom Benjamin Friedman heeft in zijn boek 'The Moral Consequences of Economic Growth' betoogd dat kenmerken van een tolerante samenleving, zoals solidariteit en herverdeling van inkomen, gedijen in perioden van economische groei. Dan zijn burgers bereid om een deel van hun welvaartsgroei af te staan voor anderen in de samenleving. Friedman zegt hierover: 'Economische groei houdt in dat voor de meerderheid van de bevolking de levensstandaard omhoog gaat. Dit bevordert vaak het bieden van kansen, tolerantie van diversiteit, sociale mobiliteit, een hang naar rechtvaardigheid en betrokkenheid bij de democratie.' (Friedman 2005, p. 4). Recessies en stagnerende economische groei vormen daarentegen een voedingsbodem voor intolerantie. De jaren dertig zijn hiervan het meest schrijnende voorbeeld. Een recenter voorbeeld is de Tea Party-beweging in de VS: een beweging die de inkomensherverdeling door de overheid, de solidariteit, wil terugdringen en die haar voedingsbodem vindt in grote groepen in de Amerikaanse middenklasse die er de afgelopen jaren niet of nauwelijks in inkomen op vooruit zijn gegaan.

Net als in de VS zien we ook in ons land een geleidelijke daling van de welvaartsgroei. Over een langere periode bezien neemt de loongroei af. In de jaren zestig lag de jaarlijkse loonstijging gemiddeld 6% boven de inflatie. In de jaren zeventig daalde dit tot 3%. In de jaren tachtig bleven de lonen gecorrigeerd voor inflatie nagenoeg onveranderd, terwijl in de jaren negentig de reële lonen met gemiddeld niet meer dan 0.6% per jaar toenamen. Hoewel cijfers over het afgelopen decennium ontbreken, zal de reële loongroei over de afgelopen tien jaar niet hoger zijn dan in de jaren negentig.

Nu de collectieve zorgquote sinds begin deze eeuw een stevige groei heeft doorgemaakt, die volgens het CPB (2011) nog geruime tijd zal doorzetten, treedt een nare cumulatie op. De herverdeling van inkomen via de gezondheidszorg zal zichtbaar verder toenemen: een steeds groter deel van het inkomen wordt verdeeld van gezonde mensen naar zieke, van hogere naar lagere inkomens en van jongeren naar ouderen. Dit zou onder andere de volgende effecten kunnen hebben:

- Hogere zorgkosten zouden kunnen leiden tot een verenging van de groep waarmee men solidair wenst te zijn. Jongeren die wel solidair willen zijn met andere jongeren, maar niet met ouderen. Niet-rokers die wel solidair wensen te zijn met niet-rokers, maar niet met rokers.
- Naarmate burgers verplicht worden om meer te betalen voor de zorg, zal de neiging tot calculerend gedrag toenemen. Hoe hoger de premies,

hoe vaker de vraag zal worden gesteld wat je hiervoor terugkrijgt. Dit kan ertoe leiden dat gezonde premiebetalers meer van de zorg gebruik gaan maken. Het gevolg hiervan zou een verder stijging van de zorgkosten en een erosie van solidariteit kunnen zijn.

Als dan tegelijkertijd een steeds groter deel van de zorgkosten wordt veroorzaakt door ziekten en aandoeningen die gedragsgerelateerd en dus vermijdbaar zijn, roept dit de vraag op of dit de bereidheid tot solidariteit niet onder druk zet: in hoeverre blijven we bereid te betalen voor de kosten die voortvloeien uit ongezond gedrag van anderen?

Burgers zijn minder bereid tot solidariteit met mensen die bewust gezondheidsrisico's nemen. Zo concluderen Hansen et al. (2005), op basis van data verzameld in 2001 over rechtvaardigheidsoordelen en de bereidheid om te betalen voor zorg, dat: 'Als (potentiële) patiënten (dreigen) getroffen (te) worden door een kwaal waarvan oorzaak en verantwoordelijkheid buiten henzelf liggen, dan verdienen ze eerder dat (preventie of) behandeling van die kwaal bekostigd wordt uit de basisverzekering, dan in het geval dat de oorzaak door hun levensstijl mede bij henzelf ligt en zijzelf een deel van de verantwoordelijkheid dragen.' (Hansen et al. 2005, p. 81). Bonnie et al. (2010) vinden op basis van data uit 2007 dat 58% van de respondenten van mening is dat rokers een hogere zorgverzekeringspremie zouden moeten betalen. Bijna een derde vindt dat mensen met overgewicht meer premie zouden moeten betalen. Daarentegen vindt slechts 2% dat ouderen meer moeten betalen en 12% dat sporters meer premie moeten betalen.

Een recenter opinieonderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek vindt eveneens dat Nederlanders minder solidair zijn met mensen met een ongezonde leefstijl. Ruim de helft van de Nederlanders vindt dat zij een hogere zorgpremie zouden moeten betalen. De geringere solidariteit met mensen met een ongezonde leefstijl lijkt gedeeltelijk bepaald door leefstijl: vooral niet-rokers vinden dat rokers meer premie zouden moeten betalen. Zo vindt 65% van de niet-rokers dat rokers meer premie zouden moeten betalen tegenover slechts 20% van de mensen die dagelijks roken. Het CBS-onderzoek vindt vergelijkbare uitkomsten als het om de zorgpremies gaat voor mensen die veel alcohol drinken. De mening over premiedifferentiatie naar bewegen verschilt eveneens tussen regelmatige en niet-regelmatige sporters: een derde van de regelmatige sporters vindt dat de premie voor mensen die onvoldoende bewegen hoger zou moeten zijn, tegenover 16% van de niet-regelmatige sporters (Kloosterman 2011).

Niet iedereen heeft dezelfde opvattingen over solidariteit. Zo blijkt uit een al wat oudere studie dat mannen zich over het algemeen minder solidair met rokers en mensen met overgewicht tonen dan vrouwen (Bernts 1991). Wel nemen de verschillen tussen mannen en vrouwen af met leeftijd (Bonnie et

al. 2010). Hoger opgeleiden zijn, net als mannen, minder solidair met mensen met een ongezonde leefstijl (Bernts 1991). De lagere inkomens zijn ook meer solidair met hun eigen groep (Kloosterman 2011). De verschillen in leefstijlsolidariteit naar leeftijd zijn niet eenduidig: Bonnie et al. (2010) vinden dat jongeren minder solidair zijn dan ouderen als het gaat om leefstijlsolidariteit, terwijl Bernts & Houtman (1990) concluderen dat ouderen over het algemeen minder solidair zijn.

Opvattingen over solidariteit zijn aan het verschuiven. Zo blijkt (ook) uit een peiling van het bureau Quint Result voor het blad *Arts en Auto* onder 200 (huis)artsen in 2011 dat een kwart van de Nederlandse huisartsen van mening is dat niet-rokende longpatiënten voorrang zouden moeten krijgen bij het maken en inplannen van afspraken. Vier van de tien huisartsen vinden dat patiënten met ernstig overgewicht en een ongezonde leefstijl een hogere zorgpremie moeten betalen. Van de medisch specialisten vindt de helft dit. De grote meerderheid van artsen blijft echter tegen het maken van onderscheid in de zorg (zie: <http://www.mednet.nl/nieuws/id5825-solidariteit-in-zorg-niet-meer-heilig-voor-artsen.html>). Hierin verschillen artsen overigens niet van de gemiddelde Nederlandse burger.

4 Maatschappelijke kosten en baten van ongezonde leefstijl. Zijn rokers goedkoper?

95

Het vooruitzicht van steeds zwaarder drukkende zorguitgaven voor vermijdbare ziektelast is een gevaar voor de leefstijlsolidariteit. Behalve mensen die door leefstijl ziek zijn geworden, kan dit ook andere chronisch zieken treffen. Het onderscheid is immers niet altijd duidelijk. Ook obesitas kan erfelijk zijn, of het gevolg van bepaald medicijngebruik; ook niet-rokers hebben kans op longkanker. De discussie over de effecten van ongezond gedrag op de kosten van zorg en de argumenten voor leefstijlafhankelijke premies voor de zorgverzekering wordt ook vertroebeld door de kosten en opbrengsten van ongezond gedrag elders in de samenleving. Zo wordt gesteld dat rokers misschien duurder zijn voor de zorg, maar door hun kortere levensverwachting minder kosten maken voor AOW en pensioenen. Mogen deze kosten en opbrengsten van ongezond gedrag zomaar tegen elkaar weggestreept worden? De financiering van de zorgkosten is immers gescheiden van de financiering van de AOW en pensioenen en een deel van de zorgkosten wordt publiek en een deel privaat gefinancierd.

Vanuit economisch perspectief is marktfalen een motief voor overheidsingrijpen in de leefstijl van burgers. Twee oorzaken van marktfalen spelen bij leefstijl een rol: externe effecten en onvolledige informatie. Naast argumenten van marktfalen kunnen er normatieve overwegingen zijn om in te grijpen in het gedrag van burgers.

Het argument van onvolledige informatie geldt vooral voor jonge kinderen die de gevolgen van hun gedrag niet altijd goed kunnen overzien.

Kinderen zijn ook makkelijker beïnvloedbaar door reclame en marketingactiviteiten. Dit pleit voor maatregelen om kinderen te beschermen tegen deze beïnvloeding.

De normatieve overwegingen voor overheidsingrijpen in keuzegedrag van burgers grijpen deels aan bij de eerder genoemde sociaal-economische gezondheidsverschillen. Argumenten hier kunnen worden onderscheiden in:

- paternalisme: jonge kinderen kunnen vaak de gevolgen van hun handelen niet goed overzien;
- solidariteit: ongezond gedrag concentreert zich onder lagere sociaal-economische klassen (SES).

De externe effecten van ongezond gedrag krijgen veelal de meeste aandacht. We zetten ze hier op een rijtje. Voor alle gezondheidsrisico's geldt dat afgeteelde kosten van het gevolg van ziekte of arbeidsongeschiktheid op participatie (betaald en onbetaald werk) en zorg moeten worden aangemerkt als externe effecten. De kosten van het productiviteitsverlies door overgewicht zijn becijferd op 2 miljard euro (IBO 2007). We gaan hier niet dieper in op dit aspect, dat overigens van groot sociaal en economisch belang is. De geijkte oplossing voor de kosten van langer leven, namelijk langer werken, is voor grote groepen mensen, vooral lager opgeleiden, alleen weggelegd wanneer zij ook de gezondheid behouden. En dat stelt eisen aan de omstandigheden waarin zij leven. Een gezonde leefstijl is daarvan een zeer belangrijk onderdeel. Specifieke externe effecten naast die op de productiviteit zijn nog (IBO 2007):

- **Schadelijk alcoholgebruik**
 - Kindermishandeling, huiselijk geweld en geweldsmisdrijven worden vaak gepleegd onder invloed van alcohol
 - 10% van alle verkeersongelukken zijn te wijten aan alcohol: jaarlijks 170 verkeersdoden als gevolg van alcoholgebruik
 - Alcoholgebruik van aanstaande moeders tijdens de zwangerschap is een risicofactor voor ongeboren kinderen.
- **Roken**
 - Door passief roken of meeroken overlijden jaarlijks 110-270 mensen volgens cijfers van het RIVM
 - Roken tijdens de zwangerschap is een risicofactor voor ongeboren kinderen.
- **Overgewicht**
 - Kinderen kunnen schadelijke effecten ondervinden van ongezond eetgedrag van de ouders.

Het externe effect van roken, overgewicht of schadelijk alcoholgebruik drukt niet alleen op de zorguitgaven, maar ook op het individuele saldo van zorguitgaven en betaalde premie. Het externe effect is er, doordat het equivalentiebe-

ginsel in de zorgverzekeringen buiten werking is gesteld. Hierdoor is de premie onafhankelijk van het individuele zorgrisico. Leefstijl en leeftijd spelen bij de premiestelling geen rol. Mensen met een specifiek gezondheidsrisico (rokers, ouderen) betalen daardoor minder dan de kostendekkende individuele jaarpremie; niet-rokers en jongeren betalen meer dan de kostendekkende individuele jaarpremie. Is het netto beroep van mensen met een ongezonde leefstijl op de solidariteit per saldo positief of negatief? Het antwoord is genuanceerd en hangt af van zowel de zorguitgaven als van de betaalde premie.

Eerst bekijken we de zorguitgaven. Zoals Barendregt et al. (1997) al aantoonde zijn de zorgkosten van rokers op elke leeftijd hoger dan voor niet-rokers. Echter, doordat de levensverwachting van niet-rokers hoger is dan voor rokers, zijn – opgeteld over de gehele levenscyclus – de zorgkosten van niet-rokers hoger. Ook Johan Polder en zijn mede-auteurs berekenen in hun bijdrage aan deze Preadvies dat ongezond gedrag tot hogere zorgkosten leidt, maar dat door bevordering van een gezonde leefstijl geen besparingen worden gerealiseerd doordat ‘... uitstel van ziekte en het optreden van vervangende ziekten *op termijn* aanleiding tot veel hogere zorgkosten geven’ (Polder 2012, cursivering toegevoegd). Barendregt et al. (1997) vatten dit aldus samen: ‘Health care costs for smokers at a given age are as much as 40 percent higher than those for nonsmokers, but in a population in which no one smoked the costs would be 7 percent higher among men and 4 percent higher among women than the costs in the current mixed population of smokers and nonsmokers.’ Voor overgewicht en schadelijk alcoholgebruik gelden vergelijkbare cijfers: de zorgkosten van mensen met overgewicht en excessieve alcoholgebruikers zijn hoger binnen een leeftijdsjaar, maar de totale kosten over het gehele leven zijn lager. Als we uitgaan van de gemiddeld 40% hogere zorgkosten per roker binnen een leeftijdsjaar, dan betalen rokers tijdens hun leven substantieel minder jaarpremie dan gerechtvaardigd zou zijn op basis van hun individuele risicoprofiel. Het roken wordt zo bezien dus flink gesubsidieerd. Ook mensen met overgewicht of overmatig alcoholgebruik worden gesubsidieerd.

Rokers brengen tegen deze redenering in dat aan hen geen hogere premie mag worden gevraagd, want over het gehele leven bezien maken zij minder zorgkosten. Dit is echter om twee redenen een onvolledige redenering. Om te beginnen wordt hierbij geen rekening gehouden met het feit dat rokers ook gemiddeld vier jaar korter bijdragen aan de kosten van zorg. Nu zijn de zorgpremies die ouderen betalen ook niet kostendekkend; ook ouderen worden gesubsidieerd. Maar dit komt doordat het equivalentiebeginsel in de premiestelling volledig buiten werking is gesteld. Bij volledige toepassing van het equivalentiebeginsel – waarbij de premie gelijk is aan de verwachte schadelast – betalen ouderen meer premie dan jongeren en rokers meer dan niet-rokers.

Een tweede reden waarom een argumentatie op basis van de totale zorgkosten over het hele leven onjuist is, is dat de zorgpremies niet worden betaald voor zorgkosten in de toekomst maar voor de kosten van zorg in het huidige jaar. Kenmerkend voor de zorgverzekeringen is het omslagsysteem: verzekerden betalen een maand- of jaarpremie die dekking biedt voor de zorgkosten die tijdens dit jaar worden gemaakt. De zorgverzekeringspremies die nu worden betaald dekken niet de zorguitgaven die op termijn worden gemaakt. Om deze reden dient voor een zuiver oordeel of mensen met een ongezonde leefstijl meer kosten maken dan mensen met een gezonde leefstijl alleen te worden gekeken naar de (gemiddelde) zorgkosten die binnen een jaar worden gemaakt en niet naar de totale zorgkosten over de gehele levenscyclus. Dat sommige burgers meer betalen dan de verwachte kosten die ze dit jaar maken en andere minder is het gevolg van de inkomens-, risico- en leefstijlsolidariteit in het verzekeringsstelsel.

We veroorloven ons bij deze beschouwing nog drie kanttekeningen:

- a. Statistische discriminatie: roken is een belangrijke oorzaak van longkanker, maar niet alle rokers krijgen deze ziekte. Ex ante valt op individueel niveau niet vast te stellen wie wel en wie geen zorgkosten zal maken; gemiddeld genomen liggen de zorgkosten van mensen met een ongezonde leefstijl echter hoger.
- b. Medische innovatie: zodra door medische innovaties het verschil in levensverwachting tussen rokers en niet-rokers kleiner zou worden, dan zou het pleidooi van de rokers aan kracht inboeten.
- c. Introductie van een leeftijdsafhankelijke premie: als een andere politieke wegging van de risicosolidariteit zou leiden tot invoering van een leeftijdsafhankelijke premie zou een belangrijk argument tegen een leefstijlafhankelijke premie vervallen.

5 Interventies: hoe kan leefstijlsolidariteit worden begrensd?

Uit het voorgaande kunnen twee conclusies worden getrokken. De eerste is dat de leefstijlsolidariteit in het zorgstelsel omvangrijk en ongeclausuleerd is. De tweede conclusie is dat het draagvlak voor leefstijlsolidariteit niet onbeperkt is. Opinieonderzoeken geven aan dat de leefstijlsolidariteit onder invloed van de toenemende ziektelast die toe te schrijven valt aan een ongezonde leefstijl en sterk stijgende zorgpremies afneemt. Dit roept de vraag op welke grenzen er aan leefstijlsolidariteit gesteld kunnen worden? In deze paragraaf bespreken we drie instrumenten waarmee leefstijlsolidariteit kan worden begrensd: (1) vormen van wederkerige solidariteit, (2) aanpassingen van premiestelling, eigen bijdragen en omvang van het verzekerde pakket en (3) belastingheffing op ongezond gedrag.

Solidariteit heeft sterk het karakter van eenrichtingsverkeer: jongeren zijn solidair met ouderen, werkenden met niet-werkenden en gezonde mensen

zijn solidair met zieke. De vraag of er ook een omgekeerde solidariteit is waarbij ouderen, niet-werkenden en zorggebruikers solidair zijn met jonge, gezonde en werkende premiebetalers, wordt vrijwel nooit gesteld. Toch is het redelijk om te denken dat solidariteit wederzijds zou moeten zijn.

Als door de stijgende zorgkosten de solidariteitsoverdrachten stijgen, kan de vraag worden gesteld of de eenzijdigheid in deze inkomensoverdrachten niet moet worden doorbroken? Zou solidariteit niet meer gebaseerd moeten worden op het beginsel van wederkerigheid waarbij ontvangers van (inkomens)overdrachten naar vermogen ook wat terugdoen voor de samenleving?

Gezond gedrag beïnvloedt op twee manieren de kosten van zorg. Op de eerste plaats kan gezond gedrag ziekten en aandoeningen voorkomen. Daarnaast beïnvloedt gezond gedrag de effectiviteit van een behandeling en het verloop van een ziekte of aandoening. De behandeling van een diabetespatiënt met overgewicht die niet afvalt, zal gemiddeld minder effectief zijn – en de bereikte gezondheidswinst zal geringer zijn – dan in het geval deze patiënt wel afvalt. De zorgkosten als een patiënt geen gezonde leefstijl aanneemt zullen navenant hoger zijn.

In de gezondheidszorg kunnen zorggebruikers solidair zijn met gezonde premiebetalers door al het mogelijke te doen om te voorkomen dat van zorg gebruik wordt gemaakt. Het nemen van voorzorg en gezond leven staat hierbij centraal. Zorggebruikers zouden er verder alles aan moeten doen om de effectiviteit van hun behandeling zo groot mogelijk te laten zijn, waardoor onnodige zorgkosten worden voorkomen. Dit betekent bijvoorbeeld dat van patiënten verwacht mag worden dat ze hun leefstijl aanpassen als dat nodig is om de behandeling te doen slagen. Dus, stoppen met roken als je astma hebt, afvallen en meer bewegen voor diabetes patiënten en niet meer drinken voor patiënten met levercirrose.

Deze omgekeerde solidariteit zou niet vrijblijvend moeten zijn. Zoals wanbetalers worden gedwongen om mee te betalen aan de zorg, zouden patiënten die niet meewerken aan het succes van hun behandeling ook sancties opgelegd moeten worden. Dan hoeft niet meer alle moeite te worden gedaan om een patiënt te behandelen. Als je weigert je leefstijl aan te passen zou uiteindelijk de behandeling aangepast of zelfs stopgezet moeten worden.

De Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft deze omgekeerde solidariteit omschreven als 'goed patiëntschap'. Dit goed patiëntschap omvat niet alleen rechten voor de patiënt maar ook de plicht om er alles aan te doen om het beslag op de gezondheidszorg zoveel mogelijk te beperken. De regels voor 'goed patiëntschap' zouden voorafgaand aan de behandeling ook aan de patiënt duidelijk gemaakt moeten worden, zodat hij weet waar hij aan toe is. Goed patiëntschap zorgt er niet alleen voor dat de inkomensoverdrachten van gezonde burgers naar zorggebruikers niet hoger zijn dan noodzakelijk, zorggebruikers profiteren ook van de gezondheidswinst die door goed patiëntschap wordt bereikt.

Net als de patiënt, profiteert ook de zorgsector van het verzekeringssysteem. Dit systeem genereert immers de omzet en inkomens voor de sector, en daarmee ook een risico van overproductie. Skinner (2011) noemt als voorbeeld overbehandeling van coronaire ziekten met operatieve ingrepen (dotteren). Bevindingen van het CVZ (2011) wijzen in dezelfde richting: in ons land volgen dokters niet altijd de richtlijn door te kiezen voor medische interventies in plaats van de goedkopere leefstijlinterventies. Kunnen ook zorgaanbieders bijdragen aan omgekeerde solidariteit? Door 'goed patiëntschap' te vragen en invloed uit te oefenen op de leefstijl van hun patiënten kunnen behandelaars gezondheidsschade en zorgkosten, bijvoorbeeld door diabetes en coronaire ziekten, helpen voorkomen. Zij kunnen wijzen op de risico's van ongezonde leefstijl en adviseren over manieren om die te vermijden; zo vergroten zij de weerbaarheid tegen de verlokkingen van de moderne consumptiemaatschappij.

Naast een beroep op 'goed patiëntschap' zijn er nog een aantal instrumenten om leefstijlsolidariteit te begrenzen. Een daarvan is premiedifferentiatie naar leefstijl. Premiedifferentiatie naar gedrag is bij veel verzekeringen standaard praktijk. Zo betalen roekeloze autorijders die vaker auto ongelukken veroorzaken een hogere premie dan automobilisten die voorzichtig zijn in het verkeer. Soms wordt hier gebruik gemaakt van proxies voor rijgedrag: zo betalen jongeren beneden de 24 jaar veelal een hogere premie voor hun autoverzekering omdat ze door hun onervarenheid en frequenter roekeloos gedrag een hogere kans hebben ongelukken te veroorzaken.

Bij toepassing van het equivalentiebeginsel in de zorgverzekering zouden rokers, mensen met overgewicht en gebruikers van excessieve hoeveelheden alcohol een hogere zorgpremie moeten betalen. Dit pleit voor invoering van een leefstijlpolis, waarbij verzekerden met een ongezonde leefstijl een hogere premie betalen ter dekking van hun gemiddeld hogere zorgkosten.

Tegenstanders van premiedifferentiatie wijzen er vaak op dat de grenzen tussen gezond en ongezond gedrag vaak moeilijk te trekken zijn. Trappenburg (2000) verwoordt dit aldus: 'Proponents of lifestyle solidarity further argue that it will be simply impossible to punish all sorts of risky lifestyles. Smokers and rock climbers are more easily caught than burnt out workaholics. Thus, any form of just desert policy is bound to be arbitrary.' Om verschillende redenen is dit een drogredenering. De redenering lijkt gebaseerd op een logische inconsistentie. Uit de premisse dat het niet mogelijk is elke vorm van ongezond gedrag te bestraffen volgt niet dat geen enkele vorm van ongezond gedrag bestraft moet worden. Verder zijn bij andere verzekeringen arbitraire premieverschillen heel gebruikelijk. Zo betalen rokers vrijwel altijd een hogere premie voor een levensverzekering. Daarentegen zijn premieverschillen tussen mannen en vrouwen niet toegestaan, ondanks het feit dat vrouwen een langere levensverwachting hebben.

Vooral praktische bezwaren lijken toepassing van premiedifferentiatie in de weg te staan: het is kostbaar om van elke verzekerde te verifiëren of hij/zij niet rookt, geen overgewicht heeft en matig met alcohol is. Toch hoeven deze kosten van inspectie van gedrag geen barrière te vormen voor leefstijlgerelateerde zorgverzekeringspremies. De nieuwe zorgverzekeringswet in de VS – de Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) – bevat een clause die werkgevers vanaf 2014 de mogelijkheid geeft om tot 30% van de zorgverzekeringspremies die zij voor hun werknemers betalen te gebruiken voor financiële prikkels om een gezonde leefstijl te belonen. Werkgevers kunnen dit gebruiken om werknemers met een gezonde leefstijl een lagere zorgverzekeringspremie of lagere eigen bijdragen te bezorgen (Volpp et al 2011).

De huidige zorgverzekeringswet in de VS, de Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), biedt al de mogelijkheid om deelname aan gezondheidsbevorderingsprogramma's en het behalen van gezondheidsdoelen (zoals een bepaald niveau van BMI of cholesterol) financieel te belonen. Voor deze financiële prikkels kunnen werkgevers maximaal 20% van de totale zorgverzekeringspremie voor hun werknemers gebruiken (Schmidt et al. 2010).

De nieuwe mogelijkheden voor premiedifferentiatie naar leefstijl, Section 2705 in de ACA, is geïnspireerd door de ervaringen van de Amerikaanse supermarktketen Safeway. Bij Safeway kunnen werknemers zich *vrijwillig* laten testen op tabaksgebruik, gezond gewicht, bloeddruk en cholesterolniveau. Werknemers krijgen een premiekorting voor elke test waarvoor ze slagen. Iemand die voor alle vier de testen slaagt, krijgt een korting van \$ 780 op de zorgverzekering voor een alleenstaande en \$ 1560 op de premie voor een gezin. Als een werknemer niet slaagt voor de test kan hij de test na 12 maanden opnieuw doen. Als je slaagt voor de test of voldoende vooruitgang hebt gemaakt op bijvoorbeeld het verminderen van obesitas ontvangt de werknemer een premieruggraaf (Burd 2009). Safeway claimt door dit beleid de stijging van de zorgverzekeringspremie te hebben bedwongen, hoewel deze claim door anderen wordt betwist (Hilzenrath 2010).

Dichter bij huis zijn de bonussen die de Duitse ziekenfondsen bieden om gezond gedrag te bevorderen. Schmidt et al. (2009) beschrijven een bonusprogramma van de Barmer Ersatzkasse – een van de grootste Duitse ziekenfondsen – waarbij verzekerden punten kunnen sparen op hun bonuskaart door deelname aan 17 verschillende gezondheidsbevorderende activiteiten, zoals vaccinatie, check-ups voor chronische ziekten, stoppen met roken, kankerscreening, het volgen van erkende bewegingsklassen, actieve deelname aan een sportvereniging of fitness club, bloeddonor en deelname aan een ontspanningsklas. De bonuspunten die door deelname aan deze gezondheidsbevorderende programma's worden gespaard, kunnen worden verzilverd voor geld of goederen (bijvoorbeeld een Nintendo Wifit). Een evaluatiestudie concludeert dat dit bonusprogramma tot een netto besparing op de

zorgkosten leidt van 97,14 euro per persoon (Stock et al. 2008) tot 100,88 euro (Stock et al. 2010).

Naast premiedifferentiatie kunnen ook eigen bijdragen gezond gedrag bevorderen. Eigen bijdragen zijn een middel om een hoger dan noodzakelijk zorggebruik als gevolg van *moral hazard* terug te dringen. De *moral hazard* in de zorgverzekering is tweeledig. Enerzijds worden zorggebruikers niet met de kosten van hun beslissingen geconfronteerd. Hierdoor is het zorggebruik hoger dan noodzakelijk. Anderzijds zijn aan zorggebruik geen kosten verbonden, maar aan preventie en gezond gedrag wel. Hierdoor wordt een gezonde leefstijl relatief minder aantrekkelijk. Een voorbeeld zijn de geneesmiddelen voor leefstijlgerelateerde aandoeningen als hypertensie en een hoog cholesterol. Doordat deze middelen (bijna) gratis beschikbaar zijn neemt de prikkel om door gezond gedrag hypertensie en een te hoog cholesterol te voorkomen af. Eigen bijdragen voor zorggebruik verminderen deze vorm van *moral hazard* en maken gezond gedrag aantrekkelijker. Echter, de effecten van eigen bijdragen voor zorggebruik op leefstijl zijn weinig onderzocht en de studies die beschikbaar zijn leiden niet tot eenduidige conclusies (Rezayatmand et al. 2012).

102

Opname van leefstijlinterventies, zoals de gecombineerde leefstijlinterventie en het ‘Stoppen met Roken-programma’, in het verzekerde pakket wordt vaak genoemd als middel om de volksgezondheid te bevorderen. Aan opname van leefstijlinterventies in het verzekeringspakket kleven echter ook bezwaren. Opname in het pakket draagt bij aan medicalisering van gedrag. Leefstijlverandering in het verzekerde pakket nodigt ook uit tot meer ongezond gedrag. Het verlaagt de kosten van ongezond gedrag. Als je van de ongezonde gewoontes af wil, kunnen de kosten daarvan afgewenteld worden op de zorgverzekering. Door leefstijlveranderingen in het verzekeringspakket op te nemen vervagen de grenzen van de zorgverzekering. Is de Zvw een verzekering voor de kosten van zorg of ook een verzekering voor de kosten van gedragsverandering? Opname van leefstijlveranderingen in het basispakket verdient dus niet de schoonheidsprijs maar is niettemin verdedigbaar als solidair gebaar naar mensen met een lage SES en een leefstijlprobleem.

Onder het motto ‘Sturen op gezondheidsdoelen’ (RVZ 2011) zou de systematiek van verevening van verzekeraars en bekostiging van zorgaanbieders, meer dan nu het geval is, kunnen worden afgestemd op voorkomen van welvaartsziekten. In de uitwerking van dit motto zijn verschillende opties mogelijk, uiteenlopend van meer aandacht in de eerstelijnszorg voor leefstijl tot clausulering van de toegang tot specialistische zorg.

Regelgeving en belastingheffing kunnen eveneens worden ingezet om de leefstijlsolidariteit te beperken. Restrictieve regelgeving – rookverbod in openbare gebouwen en horeca – in combinatie met hogere accijnzen zijn succesvol gebleken in het terugdringen van het aantal rokers. In een systematische review van reviews concluderen Lemmens et al. (2008) dat een prijsstijging van 10% van sigaretten het aantal mensen dat is gestopt met roken verhoogt met 3-5%, terwijl regelgeving over rookvrije ruimtes tot een toename van 12-38% leidt van het aantal mensen dat stopt met roken.

In vergelijking met de tabaksaccijnzen zijn de accijnzen op alcohol betrekkelijk laag. De jaarlijkse opbrengst van de sigarettenaccijnzen is bijvoorbeeld tienmaal zo groot als die van de alcoholaccijnzen, terwijl alcoholconsumptie meer negatieve externe effecten - schade aan derden – met zich meebrengt dan roken (CPB 2006). Zo is het aantal dodelijke verkeersslachtoffers als gevolg van alcoholgebruik hoger dan het aantal mensen dat overlijdt ten gevolge van passief roken. Dit zou dus een reden kunnen zijn voor een verdere verhoging van de accijnzen op alcohol.

Deze conclusie is evenwel iets te gemakkelijk. De opbrengst van accijnsverhoging is vooral afkomstig van de grote groep matige drinkers. Een accijnsverhoging betekent dus niet automatisch dat de vervuiler – de excessieve drinker - de rekening betaalt. Een accijnsverhoging kan er ook toe leiden dat duurdere vormen van drank worden ingeruild voor goedkopere zonder dat de totale alcoholconsumptie wordt verlaagd. Men kiest dan voor bier in plaats van wijn of whisky of voor een goedkope fles Oost-Europese wijn boven een dure fles Bourgogne. Vooral jongeren en overmatige alcoholgebruikers kiezen vaak voor goedkope alcoholische producten.

Om deze neerwaartse substitutie te voorkomen, heeft de Engelse regering van David Cameron voorgesteld om een minimumprijs van 40 pence voor een eenheid alcohol in te voeren. Een glas bier, wijn of sterke drank in een café of restaurant zou dan nooit minder dan een bepaald bedrag mogen kosten, evenals een fles alcoholische drank bij de supermarkt of wijnhandel. De maatregel zou betekenen dat een blikje bier met drie eenheden alcohol ongeveer 60% in prijs omhoog gaat en een goedkope fles wijn met 9 eenheden alcohol 26% duurder wordt. Vanaf april 2013 voert de Schotse regering een '50 pence minimum unit price (MUP)' voor alcohol in.

Een minimumprijs voor alcohol voorkomt dat supermarkten stunten met prijsaanbiedingen voor bier en café's met *happy hours* extra gasten proberen te trekken. Prijsacties van supermarkten zouden er ook sterk door beperkt worden.

Voor een effectief alcoholbeleid is waarschijnlijk meer nodig dan alleen accijnsverhoging. In de Tweede Kamer wordt er al enige tijd voor gepleit de minimumleeftijd voor alcoholgebruik omhoog te brengen van zestien naar achttien jaar. Café-eigenaren zouden verplicht kunnen worden om geen

drank te verkopen aan mensen die al te veel gedronken hebben en de controle op alcoholmisbruik door de politie zou verscherpt kunnen worden.

In vergelijking met het rook- en alcoholbeleid is de overheid vrij passief als het gaat om het voeren van een overgewichtbeleid. Eenzelfde combinatie van restrictieve regelgeving en belastingheffing die succesvol is geweest in het verminderen van het aantal rokers zou ook het aantal mensen met overgewicht kunnen terugdringen. In sommige landen bestaat al een accijnsheffing op ongezonde voeding, een vet-tax of snack-tax:

- 19 staten en steden in VS (waaronder New York en California) hebben speciale accijnsheffing op snacks, snoep en soft-drinks;
- In Australië wordt *general sales tax* geheven op snacks en gemaksvodsel, maar niet op dagelijkse levensmiddelen;
- In september 2011 kent Hongarije een 10 forint (0,037 euro) belasting op voedsel dat veel vet, suiker en zout bevat en hogere accijnzen op frisdrank en alcohol;
- In oktober 2011 heeft Denemarken een 'vet tax' ingevoerd op boter, melk, kaas, pizza, vlees, olie en kant-en-klaar maaltijden als deze meer dan 2,3% verzadigd vet bevatten;
- In december 2011 heeft het Franse parlement een wet goedgekeurd met een belasting op frisdrank van 6 cent per liter.

104

Overigens kent ook ons land een accijns op frisdranken en vruchtendranken in de vorm van een verbruiksbelasting op alcoholvrije dranken, mineraalwater, vruchtensappen en limonadesiroopen.

De toename van overgewicht komt onder andere doordat Nederlanders steeds meer zijn gaan eten. Deze stijging van de voedingsconsumptie wordt op zijn beurt weer veroorzaakt doordat voedsel steeds goedkoper wordt. Verbeterde productietechnieken zijn hiervoor mede verantwoordelijk. Ondanks de daling van de prijs blijft de overheid voedsel belasten volgens het lage btw-tarief. De noodzaak om voedsel betaalbaar te houden voor eenieder in de samenleving door voor voeding een apart laag btw-tarief te hanteren, is inmiddels ook niet langer aanwezig. Vanuit een oogpunt van belastingharmonisatie (en eventueel ook vanuit het oogpunt van verschuiving van de lastendruk van arbeid naar consumptie) zou opname van voeding in het hoge btw-tarief ook voor de hand liggen.

Een beperking van belastingheffing op (ongezonde) voeding is wel – net als bij de alcoholaccijnzen – dat consumenten het aantal calorieën of de consumptie van verzadigde vetten, zout en suiker niet verminderen, maar duurdere voedingsproducten vervangen door goedkopere.

6 Conclusies

De leefstijlsolidariteit in de zorgverzekering is vrijwel onbegrensd: nergens wordt binnen de zorgverzekering een onderscheid gemaakt tussen verzekerden met een gezonde en verzekerden met een ongezonde leefstijl. Door de sterk stijgende zorguitgaven en de toename van het aandeel in de zorgkosten dat toe te schrijven valt aan een ongezonde leefstijl, is de leefstijlsolidariteit in de zorgverzekering de afgelopen jaren sterk toegenomen. Deze ontwikkelingen zijn opmerkelijk, omdat leefstijlsolidariteit nimmer als een expliciete doelstelling van de zorgverzekering is geformuleerd. Van de drie vormen van solidariteit die in het zorgstelsel kunnen worden onderscheiden, inkomens-, risico- en leefstijlsolidariteit, is het draagvlak onder de bevolking voor leefstijlsolidariteit ook het geringst. Het is niet denkbeeldig dat met de verdere toename van de zorgkosten en het aandeel van vermijdbare kosten door leefstijlaanpassing daarin, het draagvlak voor leefstijlsolidariteit in de toekomst verder zal verminderen.

Deze ontwikkelingen roepen de vraag op of leefstijlsolidariteit begrensd moet worden. Beperkingen aan leefstijlsolidariteit kunnen tot gevolg hebben dat de persoonlijke keuzevrijheid van burgers wordt beperkt. Denk bijvoorbeeld aan een verbod op de verkoop van sigaretten of alcohol in supermarkten of tankstations. Begrenzing van de leefstijlsolidariteit hoeft evenwel de individuele keuzevrijheid niet te beperken. Het internaliseren van de externe effecten van ongezond gedrag door belastingheffing of premiedifferentiatie in de zorgverzekering verhoogt wel de kosten voor burgers met een ongezonde leefstijl, maar beperkt de keuzevrijheid niet. Hetzelfde geldt voor maatregelen die er op gericht zijn om gezond gedrag te belonen, zoals premievoordelen voor verzekerden met een gezonde leefstijl of een bonuskaart voor gezondheidsbevordering.

Literatuur

- J. Barendregt, L. Bonneux & P. van der Maas (1997), 'The health care costs of smoking', *The New England Journal of Medicine* 337 (15), p. 1052-1057.
- T. Bernts (1991), *Leven zonder zorg. Oordelen over risico's, rechtvaardigheid en solidariteit in de gezondheidszorg*, Swets en Zeitlinger, Amsterdam.
- T. Bernts & D. Houtman (1990), 'Citizenship and social justice', Paper presented at the International conference on social Justice and Societal Dilemmas, Utrecht.
- S. Burd (2009), 'How Safeway is cutting costs', *Wall Street Journal*, 12 juni 2009.
- L. Bonnie, M. van den Akkers, B. van Steenkiste & R. Vos (2010), 'Degree of solidarity with lifestyle and old age among citizens in the Netherlands: cross-sectional results from the longitudinal SMILE study', *Journal of Medical Ethics* 36, p. 784-790.
- P. de Beer (2011), 'De ontwikkeling van de solidariteit in Nederland: een empirisch overzicht', AIAS, Universiteit van Amsterdam.

- CPB (2006), 'Alcohol taxation and regulation in the European Union', CPB discussion Paper 76, Centraal Planbureau, Den Haag.
- CPB (2011), 'Trends in gezondheid en zorg', CPB Policy Brief 2011/11, Centraal planbureau, Den Haag.
- B. Friedman (2005), *The moral consequences of economic growth*, New York, Alfred A. Knopf.
- J. Hansen, W. Arts & R. Muffels (2005). 'Solidair tegen (w)elke prijs? Een quasi-experimenteel onderzoek naar de voorkeuren van Nederlanders voor ruimere of beperktere pakketten in de zorgverzekering', *Sociale Wetenschappen*.
- D. Hilzenrath (2010), 'Misleading claims about Safeway wellness incentives shape health-care bill', *Washington Post*, 17 januari 2010.
- IBO (2007), 'Gezond gedrag bevorderd', Eindrapportage van de werkgroep IBO preventie, Interdepartementaal Beleidsonderzoek, 2006-2007, nr. 1, <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2007/09/24/gezond-gedrag-bevorderd-eindrapport-van-de-werkgroep-ibo-preventie.html>
- R. Kloosterman (2011), 'Solidariteit in de gezondheidszorg', Bevolkingstrends, derde kwartaal 2011, CBS Webmagazine.
- A. Kunst (2011), 'Een overzicht van sociaal-economische verschillen in gezondheid in Europa', in: L. Bonneax (ed.), *De gezonde levensloop, Een geschenk van vele generaties*, Amsterdam University Press, Amsterdam, p. 39-56.
- D. Lakdawalla & T. Philipson (2002), 'Technological change and the growth of obesity', NBER Working Paper 8946.
- V. Lemmens, A. Oenema, I. Knut & J. Brug (2008), 'Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: a systematic review of reviews', *European Journal of Cancer Prevention* 17 (6), p. 535-544.
- G. Mazzaglia, E. Ambrosioni, M. Alacqua, A. Filippi, E. Sessa, V. Immordino, C. borghi, O. Brignoli, A. Caputi, C. Cricelli & L. Montovani (2009), 'Adherence to anti-hypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients', *Circulation* 120, p. 1598-1605.
- T. Philipson & R. Posner (2008), 'Is the obesity epidemic a public health problem? A decade of research on the economics of obesity', *NBER Working Paper* 14010.
- J. Polder, R. Hoogenveen, G. Luijben, M. van den Berg, H. Boshuizen & L. Slobbe (2012), 'Zorgkosten van ongezond gedrag en preventie', Koninklijke Vereniging van Staathuishoudkunde, Preadviezen 2012.
- R. Rezaatmand, M. Pavlova & W. Groot (2012), 'The impact of out-of-pocket payments on prevention and health-related lifestyle: a systematic literature review', *European journal of Public Health*.
- RIVM (2012), 'Nationaal Kompas Volksgezondheid, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven, <http://www.nationaalkompas.nl/>
- H. Schmidt, A. Gerber & S. Stock (2009), 'what can we learn from German health incentives schemes?', *British Journal of Medicine* 339, p. 725-728.
- H. Schmidt, K. Voigt & D. Wikler (2010), 'Carrots, sticks, and health care reform – problems with wellness incentives', *New England Journal of Medicine* 362:e3, p. 1-3.

- S. Stock, B. Stollenwerk, G. Klever-Deichert, M. Redaelli, G. Buscher, C. Graf, K. Mohlendick, J. Mai, A. Gerber, M. Lungen & K. Lauterbach (2008), 'Preliminary analysis of short term Financial implications of a prevention bonus program: First results from the German statutory health insurance', *International Journal of Public Health* 53, p. 78-86.
- S. Stock, H. Schmidt, G. Buscher, A. Gerber, A. Drabik, C. Graf, M. Lungen & B. Stollenwerk (2010), 'Financial incentives in the German statutory health Insurance: new findings, new questions', *Health Policy* 96, p. 51-56.
- M. Trappenburg (2000), 'Lifestyle solidarity in the healthcare system', *Health Care Analysis* 8, p. 65-75.
- K. Volpp, D. Asch, R. Galvin & G. Loewenstein (2011), 'Redesigning employee health incentives – lessons from behavioral economics', *New England Journal of Medicine* 365:5, p. 388-390.
- A. Wong, G. Kommer & J. Polder (2008), 'Levensloop en zorgkosten', RIVM rapport 270082001.



Zorgkosten van ongezond gedrag en preventie

*Johan Polder, Rudolf Hoogenveen,
Guus Luijben, Matthijs van den
Berg, Hendriek Boshuizen en
Lany Slobbe*

1 Inleiding

‘Goede gezondheid loont.’ Met deze woorden stuurde de regering in het voorjaar van 2011 haar landelijke nota gezondheidsbeleid, *Gezondheid dichtbij*, naar de Tweede Kamer. In deze nota werd de toon gezet voor een positief gezondheidsbeleid (VWS 2011). Als een goede gezondheid loont, dan geldt dit natuurlijk ook voor preventie. ‘Preventie loont.’ Dat is in elk geval de boodschap van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in haar advies over de preventie van welvaartsziekten: ‘Preventie is een van de oplossingen voor de stijgende zorguitgaven en de knelpunten op de arbeidsmarkt die nu snel op ons afkomen’ (RVZ 2012).

Vaak wordt in dit verband de slogan ‘van ZZ naar GG’ aangehaald. We moeten ziekte en zorg achter ons laten, is de gedachte, en ons volledig richten op gezondheid en gedrag. We hebben immers te maken met welvaartsziekten en die zijn voor een belangrijk deel het gevolg van ongezonde leefgewoonten. Het overgrote deel van de zorguitgaven zou dan ook het gevolg van onze ongezonde leefgewoonten zijn. En daarmee is ‘van ZZ naar GG’ niet zomaar een slogan, maar de ultieme oplossing voor zowel de volksgezondheid als de houdbaarheid van de zorguitgaven.

In dit hoofdstuk staan de zorgkosten van ongezond gedrag centraal. We plaatsen deze in het perspectief van de effectiviteit en kosteneffectiviteit van preventie, en proberen zo een antwoord te vinden op twee vragen: 1) zijn de zorguitgaven van ongezond gedrag nu echt zo hoog; en 2) is ‘van ZZ naar GG’ een kansrijke route om de zorgkosten in bedwang te houden?

2 Van gezondheid en ziekte naar zorgkosten

Gezondheid en ziekte

Nederlanders leven steeds langer. De levensverwachting stijgt sinds een jaar of tien opvallend snel, vooral door een daling van de sterfte aan hart- en vaatziekten. Toch betekent dit niet dat we alleen maar gezonder worden. Sterfte en chronische ziekten zijn vaak communicerende vaten, en we zien dan ook dat het aantal patiënten met een chronische hartziekte nog nooit zo hoog is geweest. We worden gezonder en zieker tegelijkertijd (Polder, Kooiker en

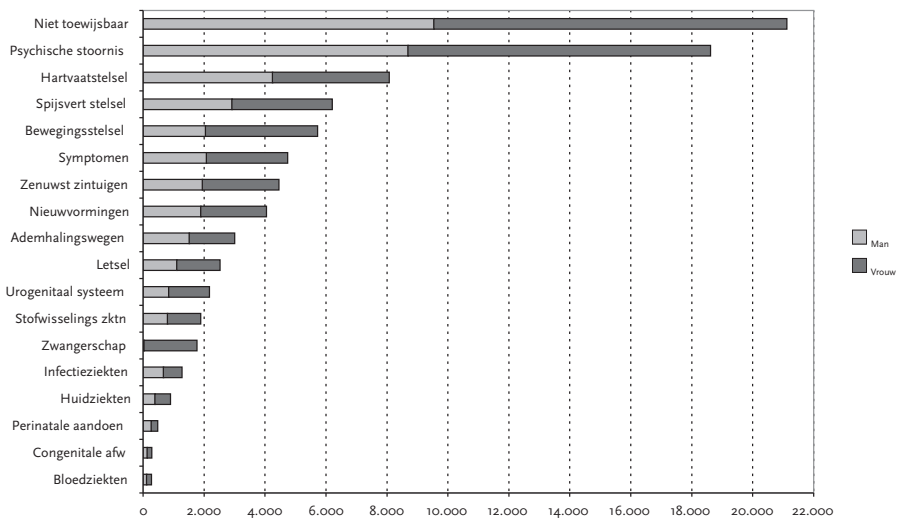
Van der Lucht 2012). Het aantal mensen met een chronische ziekte bedraagt zo'n 4,5 miljoen (Hoeymans, Melse en Schoemaker 2010). Chronische ziekten zijn onomkeerbaar, zonder uitzicht op volledig herstel en vaak van lange duur. Steeds meer mensen hebben bovendien meer dan één aandoening. Nu geldt dat voor ongeveer een kwart van de mensen met een chronische ziekte, maar dit aandeel loopt op. In de komende decennia zullen steeds meer mensen één of meerdere chronische aandoeningen hebben. Maar omgekeerd betekent ook dat weer niet dat we alleen maar zieker worden. Wanneer we het gezondheidsbegrip nader onder de loep nemen zien we dat gezondheid nog heel andere dimensies omvat dan afwezigheid van ziekte en uitstel van sterfte. Uit onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) blijkt dat gezondheid voor veel mensen door twee aspecten wordt bepaald. Eén aspect betreft het gevoel gezond te zijn, dus fit zijn, energie te hebben en 'lekker in je vel te zitten'. Het andere aspect gaat erover dat je 'de dingen kunt doen die je wilt doen'. Onafhankelijkheid en (keuze)vrijheid spelen daarbij een belangrijke rol (Kooiker 2011). En zo gezien kan iemand met een ziekte als bijvoorbeeld diabetes zich toch gezond noemen, omdat zijn bloedglucose goed is ingesteld, hij zich fit voelt en de energie heeft om zijn dagelijkse activiteiten te ontplooiën zonder daarbij beperkingen te ervaren.

110

Kosten van zorg en ziekten

Dat Nederlanders gezonder en zieker worden is voor een belangrijk deel het gevolg van succesvolle medische behandeling (Mackenbach et.al. 2011). De gezondheidszorg draagt bij aan de genezing van patiënten en de vermindering van beperkingen, en is in die zin een determinant van de volksgezondheid. Omgekeerd is de gezondheidszorg ook een resultante van de volksgezondheid. De gezondheidszorg komt tegemoet aan de zorgvragen van de bevolking, en daarbij gaat het niet alleen om curatief ingrijpen, maar ook om begeleiding, verzorging en verpleging. De gezondheidszorg bestrijkt daarmee een zeer breed terrein. In 2010 ging er maar liefst 75 miljard euro in om. Het is boeiend om te zien waar al die miljarden aan worden besteed, en dan vooral ook aan welke ziekten en aandoeningen. Figuur 1 geeft daarvan een overzicht voor de hoofdgroepen uit de negende editie van de International Classification of Diseases (Slobbe et al. 2011). Afgezien van de zorguitgaven die niet aan een specifieke ziekte kunnen worden toegewezen, bijvoorbeeld de woonkosten in verzorgingshuizen, komt het grootste deel van de zorgkosten voor rekening van de psychische stoornissen. Het gaat dan om een zeer heterogene groep waartoe volgens ICD-9 ook verstandelijke beperkingen en dementie worden gerekend. Dit betekent dat in deze kostencijfers ook de volledige kosten van de gehandicaptenzorg en een groot deel van de ouderenzorg zijn opgenomen. Met deze cijfers vertegenwoordigt de langdurige zorg voor chronisch zieke en kwetsbare mensen een substantieel deel van de totale zorguitgaven.

Als we de figuur langslopen dringen drie conclusies zich op. Ten eerste zijn het vooral chronische aandoeningen waar veel zorg naartoe gaat (psychische stoornissen, chronische hart- en vaatziekten, aandoeningen van het bewegingsapparaat). Ten tweede is ook veel zorg gemoeid met alledaagse klachten, zoals problemen met het zien en horen (onderdeel van aandoeningen van zenuwstelsel en zintuigen), waarbij het vooral gaat om brillen, contactlenzen en gehoorapparaten, en gebitsafwijkingen (onderdeel van de aandoeningen van het spijsverteringsstelsel) vanwege de tandheelkundige hulp. Ten derde zijn de totale kosten voor een ernstige ziekte als kanker (nieuwvormingen in de figuur) relatief laag. De oorzaak is juist ook de ernst van de ziekte, waardoor het beloop kort is in vergelijking met chronische aandoeningen als reuma en hartfalen, en de totale uitgaven ondanks de vaak dure behandelingen toch weer beperkt blijven.



Figuur 1: Kosten van ziekten in Nederland (mln euro), 2010

3 Zorgkosten van ongezond gedrag

Leefstijl als oorzaak van ziekte

Dat Nederlanders tegelijkertijd gezonder en zieker worden heeft ook te maken met ongezonde leefgewoonten (Van der Lucht en Polder 2010). Als we daar op inzoomen blijkt dat roken nog steeds een van de grootste volksgezondheidsproblemen is. Het aantal rokers is weliswaar gestaag gedaald, maar is nog steeds hoog vergeleken met ons omringende landen. Dit geldt vooral voor vrouwen. Wanneer niemand meer zou roken, zou de gezonde levensverwachting in de bevolking met twee jaar toenemen. Op individueel niveau is de winst nog groter. Wanneer iemand die rookt dat niet zou doen, zou zijn of haar gezonde levensverwachting zo'n vierenhalf jaar hoger zijn.

Ook overgewicht draagt fors bij aan de ziektelast. Bijna de helft van de bevolking heeft overgewicht en ongeveer een op de tien Nederlanders heeft ernstig overgewicht. Goed nieuws is wel dat sinds 2000 er een stabilisatie is opgetreden. Met die 10% voor ernstig overgewicht scoort Nederland overigens uitzonderlijk goed. Op Roemenië na is er geen land in Europa waar er minder te zware mensen wonen. In Engeland bijvoorbeeld lijdt maar liefst een kwart van de bevolking aan ernstig overgewicht, zowel mannen als vrouwen.

Het eetgedrag van de gemiddelde Nederlander is kort samen te vatten met: veel en verkeerd. Met name de consumptie van groente en fruit blijft achter bij de voedingsnormen. Verder worden er te veel verzadigde vetten gegeten en te weinig vis, en wordt er (ook door fabrikanten) te veel zout aan het voedsel toegevoegd. Veel mensen volgen diëten, wat vaak resulteert in een jojoënd gewicht. Bovendien is voor veel Nederlanders lichamelijke activiteit vrijwel uit het dagelijks leven verdwenen, wat (in combinatie met de eetgewoonten) de toename van overgewicht heeft veroorzaakt. Tegenover de afnemende hoeveelheid dagelijkse lichamelijke activiteit staat wel een toenemende sportdeelname. Lichaamsbeweging is daarmee van een middel om zich te verplaatsen of om te werken een doel op zichzelf geworden: bewegen om te bewegen. Gunstig is dat de fiets in Nederland zeker ten opzichte van andere landen nog steeds een populair vervoermiddel is.

112

Ook het drinkgedrag laat nog veel te wensen over, met name als het gaat om overmatig alcoholgebruik. Bekend zijn de verhalen over comazuipende jongeren. Over de gehele linie is overigens wel een daling waarneembaar in het aantal jongeren dat alcohol gebruikt. Een klein deel van de bevolking gebruikt softdrugs, mannen meer dan vrouwen, en jongeren meer dan volwassenen. Het aantal drugsgebruikers onder volwassenen is al jaren stabiel en lijkt onder jongeren te dalen. In vergelijking met andere landen worden er in Nederland minder harddrugs gebruikt. Op het terrein van de seksuele gezondheid vormen etnische groepen en asielzoekers de belangrijkste risicogroepen. Dat blijkt onder meer uit het verhoudingsgewijs grote aantal tienerzwangerschappen. Ook jongeren met een lage opleiding vormen een aandachtsgroep. Hoe lager het schoolniveau, des te eerder jongeren hun eerste seksuele ervaringen hebben met alle risico's van dien: ongewenste zwangerschappen, seksueel overdraagbare aandoeningen en psychosociale problemen.

Op vrijwel alle leefstijlfactoren scoren mensen met een lagere opleiding slechter dan hogeropgeleiden. Alcoholgebruik is een uitzondering. Probleemdrinkers worden in alle sociale klassen aangetroffen. Ongezond gedrag staat zelden op zichzelf: mensen die roken houden er veelal ook andere ongezonde gewoonten op na. De combinatie van alcohol en roken komt het meest voor. Vaak is er een duidelijke relatie met de sociale omgeving, de leefwereld van mensen. Daarnaast is ook de fysieke omgeving van betekenis, de wereld waarin mensen wonen en werken. Bij het wel of niet buiten

spelen van kinderen maakt het bijvoorbeeld uit waar een kind woont, in de stad of op het platteland, in een omgeving met veel groenvoorzieningen of in een buurt waar het onveilig is op straat. Bij de fysieke omgeving gaat het daarnaast ook om bijvoorbeeld de hoeveelheid verkooppunten van eten en drinken die het winkelend of treinreizend publiek tegenkomt. Verder hebben ook de hoeveelheid verkeersgeluid en de mate van luchtverontreiniging veel invloed op de gezondheid van Nederlanders. Maar dan hebben we het terrein van de leefstijl inmiddels verlaten.

Leefstijl als oorzaak van zorgkosten

Ongezonde leefgewoonten zijn een belangrijke oorzaak van ziekte. De causale relaties zijn echter complex. Zo is roken een belangrijke oorzaak van longkanker, maar 86% van de rokers krijgt deze ziekte niet. Genetische factoren spelen daarbij een rol, en op het brede terrein van leefstijlen kwamen we hierboven al het belang van omgevingsinvloeden tegen. Hoewel leefgewoonten dus een belangrijke rol spelen, valt het nog niet mee om de causale relaties te ontrafelen, laat staan te kwantificeren. Over heel veel leefpatronen is weinig tot niets bekend, zeker waar het psychosociale factoren betreft. Op andere terreinen, zoals voeding, zijn de meningen van de experts te verdeeld om tot eenduidige schattingen te komen. Waar kwantificering wel mogelijk is, wordt de invloed van leeftijd vaak uitgedrukt in ‘population attributable risks’ (PARs). Deze PARs geven aan welk deel van bijvoorbeeld het aantal nieuwe ziektegevallen in een bepaald jaar kan worden toegeschreven aan een leefstijlfactor. Hieromheen kan met allerlei andere variabelen en geavanceerde kwantitatieve methoden een ziektemodel worden gebouwd. Onderzoekers van het RIVM hebben zo het Chronische Ziekten Model (CZM) ontwikkeld (Hoogenveen et al. 2010). Dit model verbindt de gezonde en ongezonde leefgewoonten van de Nederlandse bevolking met ziektelast, sterfte en zorguitgaven voor een groot aantal ziekten en aandoeningen. Het model kan ook gebruikt worden om toekomstscenario’s voor volksgezondheid te kwantificeren.

In tabel 1 worden op basis van het CZM tien ziekten onderscheiden, waarbij een groep kankers gemakshalve is samengevoegd. Aan deze ziekten werd in 2010 ruim 8,5 miljard euro uitgegeven. Daarvan kon ongeveer de helft worden toegewezen aan een ongezonde leefstijl, met name roken, overgewicht en lichamelijke inactiviteit. Het aandeel gaat wat omlaag als ook de invloed van alcohol wordt meegewogen. Bij matig gebruik is rode wijn namelijk goed voor de gezondheid en draagt het bij aan de vermindering van hartinfarcten en beroertes. De mate waarin ongezonde leefgewoonten zorgkosten veroorzaken, verschilt per ziekte en per leefstijlfactor. Roken is verantwoordelijk voor 79% van de zorgkosten van COPD en 86% van longkanker. Bij hart- en vaatziekten spelen naast roken ook overgewicht en lichamelijke inactiviteit een grote rol. De helft van de diabeteskosten komt door overgewicht en nog

Tabel 1: Bijdrage van ongezonde leefgewoonten aan de zorgkosten van causaal gerelateerde ziekten voor de Nederlandse bevolking van 20 jaar en ouder in 2010 (miljoenen euro, aandeel in %)

	Zorgkosten mln euro	Toewijsbaar aan			
		Roken	Overgewicht	Inactiviteit	Alcohol
Diabetes	1.137	7	51	10	0
Longkanker	326	86	0	0	0
Kanker overig	1.618	12	8	5	8
Acuut myocard infarct	706	40	15	16	-16
Chronisch hartfalen	545	15	12	0	0
Beroerte	1.918	22	6	24	-26
COPD	880	79	0	0	0
Arthrose heup	150	0	14	0	0
Arthrose knie	146	0	29	0	0
Lage rugpijn	1.116	0	7	0	0
Totaal	8.543	24	13	9	-6

114

eens 10% door te weinig lichaamsbeweging. Overgewicht drukt ook zwaar op de heupen en knieën, zowel letterlijk als met betrekking tot de zorgkosten van artrose.

De zorgkosten die het gevolg zijn van roken bedragen bij elkaar 2,4 miljard euro per jaar. Een substantieel bedrag dat overeen komt met een kleine 150 euro per inwoner van Nederland, en met 0,41% van het bruto binnenslands product (bbp). Voor overgewicht gaat het om iets minder dan 2 miljard euro, ongeveer 120 euro per Nederlander en 0,34% van het bbp. Hoewel roken en overgewicht voor afzonderlijke aandoeningen tot de belangrijkste oorzaken van ziekte- en zorgkosten kunnen worden gerekend, is hun aandeel in de totale zorguitgaven met 3,8% respectievelijk 2,2% relatief gering (tabel 2). Dat komt omdat er voor heel veel ziekten en aandoeningen geen causale relatie met roken en overgewicht bestaat of niet gekwantificeerd is. Voor de andere factoren in de tabel geldt dat nog veel sterker. In aanvulling op de leefstijlfactoren zijn ook de zorgkosten van een te hoge bloeddruk en een verhoogd cholesterol berekend. Daarbij valt de verhoudingsgewijs grote invloed van hoge bloeddruk op. Die invloed laat zich vooral gelden bij hart- en vaatziekten. Bijna de helft van de kosten van beroerte kan in verband met een hoge bloeddruk worden gebracht, en bij hartinfarcten en chronisch hartfalen is dat ruim een derde van de zorgkosten.

Tabel 2. Zorgkosten van een ongezonde leefstijl, hoge bloeddruk en verhoogd cholesterol voor alle Nederlanders van 20 jaar en ouder in 2010

	mln euro*	Aandeel (%)
Roken	2.835	3,8
Overgewicht	1.617	2,2
Lichamelijke inactiviteit	1.314	1,8
Alcohol	-1.015	-1,4
Verzadigde vetten	46	0,1
Transvetten	3	0,0
Weinig fruit	630	0,8
Weinig groente	46	0,1
Weinig vis	502	0,7
Hoge bloeddruk	2.217	3,0
Verhoogd cholesterol	255	0,3
Totaal zorgkosten**	74.886	100,0

* De kosten zijn berekend voor de afzonderlijke vormen van ongezond gedrag en andere determinanten, maar de kostenbedragen en percentages kunnen niet zomaar bij elkaar worden opgeteld, omdat er tussen de verschillende factoren overlap bestaat (bijvoorbeeld overgewicht, lichamelijke activiteit en voeding).

** Totale zorguitgaven volgens de Zorgrekeningen van het CBS, minus 'overige welzijnszorg' (met name kinderopvang en asielopvang).

Het hele verhaal over alcohol

De cijfers hierboven vertellen maar het halve verhaal over de kosten van alcohol. Dat komt omdat het chronische ziekten model (CZM) zich op somatische aandoeningen richt, en niet op verslavingsziekten en ongevallen. En juist hier worden hoge kosten gemaakt die voor een belangrijk deel het gevolg zijn van overmatig alcoholgebruik. In 2010 werd in totaal 1260 miljoen euro uitgegeven aan de zorg in verband met afhankelijkheid van alcohol en drugs, waarvan ruim twee derde voor rekening kwam van jongens en mannen. Verkeersongevallen brengen hoge maatschappelijke kosten met zich mee. Voor 2009 heeft de SWOV (Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid) deze geschat op 13 miljard euro, ofwel 2,3% van het bbp (SWOV 2011). Daarvan vormen de medische kosten maar een klein deel. Het hardst tellen de productiviteitsverliezen aan, alsmede de materiële en immateriële kosten. Welk deel hiervan aan alcoholgebruik kan worden toegeschreven is niet bekend. Maar algemeen bekend is wel dat alcohol een grote oorzaak van verkeersongevallen is.

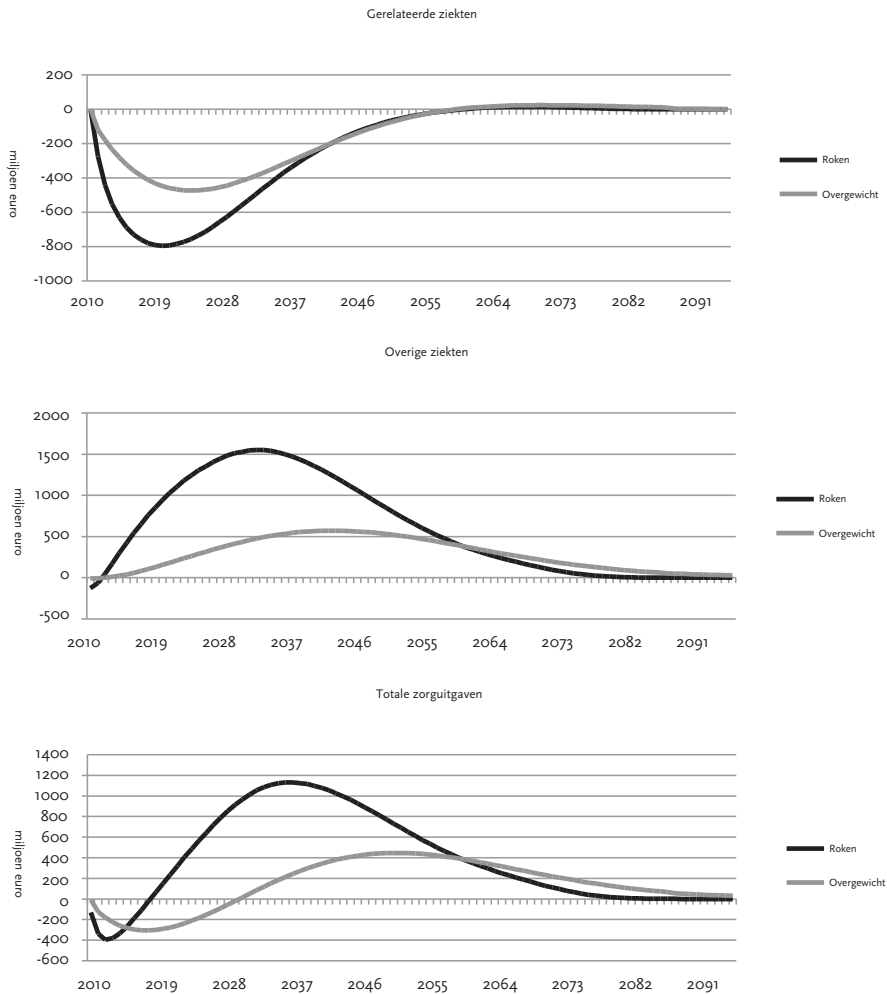
De laatste jaren neemt de aandacht voor comazuipende jongeren toe. VeiligheidNL heeft daarom op verzoek van het Trimbos-instituut berekend hoe hoog de jaarlijkse kosten bedragen van jongeren in de leeftijd van 10 tot 24 jaar die op de afdeling voor spoedeisende eerste hulp van een ziekenhuis belanden vanwege een ongeval of een alcoholvergiftiging. Het gaat jaarlijks naar schatting om 31.000 jongeren. De medische kosten bedragen 31 miljoen euro (Trimbos 2012).

Naast de zorgkosten spelen bij alcohol ook allerlei andere maatschappelijke kosten een rol. Het gaat dan met name om verlies aan arbeidsproductiviteit en de kosten van criminaliteit. In Nederland is daar nog niet zo veel onderzoek naar gedaan. In het onderzoek van VeiligheidNL werden de verzuimkosten van drinkende jongeren op 28 miljoen euro geschat. Wat langer geleden maakte KPMG een inventarisatie voor heel Nederland en berekende dat schadelijk alcoholgebruik de maatschappij jaarlijks 2,6 miljard euro kost. Per hoofd van de bevolking komt dat neer op zo'n 150 euro. Meer dan de helft hiervan komt voor rekening van arbeidsverzuim, een derde wordt veroorzaakt door de gevolgen van misdrijven en overtredingen (KPMG 2001).

De zorgkosten van gezond leven

116

Roken en overgewicht brengen dus aanzienlijke zorgkosten met zich mee, bij elkaar ruim 4 miljard euro per jaar. Vaak wordt bevordering van een gezonde leefstijl dan ook aangeprezen als een manier om de zorguitgaven te verminderen, zoals in het preadvies van Groot en Van Sloten elders in deze uitgave. Bij die gedachtegang past echter wel enige voorzichtigheid. Niet alleen werken de gevolgen van roken en overgewicht nog lange tijd door, maar een ongezonde leefstijl kan ook niet van de een op de andere dag uit de samenleving weggebannen worden. We zagen al dat het aantal rokers maar moeizaam daalt, en dat omgevingsinvloeden een grote rol spelen. Preventie is mogelijk, maar niet eenvoudig en al helemaal niet snel. We komen daar later in dit hoofdstuk op terug. Daarnaast moet ook rekening gehouden worden met de kosten van uitgestelde en vervangende ziekten. We stelden reeds vast dat wanneer iedereen stopt met roken, de levensverwachting fors toeneemt. Dat is goed nieuws. Maar met die stijgende levensverwachting neemt echter ook de kans op ziekte toe. Voor de meeste ziekten is, los van leefgewoonten, namelijk ook de leeftijd een belangrijke risicofactor. Dat is de reden waarom uiteindelijk ook heel veel gezond levende ouderen getroffen worden door een beroerte. En dat geldt ook voor heel veel ziekten, zoals dementie, die niet of nauwelijks iets met onze leefstijl te maken hebben. Juist gezond levende mensen lopen een verhoogd risico op chronische ouderdomskwalen. Oud minister Els Borst zei dat ooit heel pregnant: 'Dementie zien we vooral op een leeftijd die rokende dikkerds nooit zullen bereiken.'



Figuur 2: Effect van eliminatie van roken en overgewicht op de zorgkosten van ziekten die causaal aan deze factoren gerelateerd zijn, alle overige ziekten en de totale zorgkosten over een periode van 100 jaar (bij een disconteringsvoet van 1,5% voor gewonnen levensjaren en 4% voor kosten)

Figuur 2 laat zien hoe de zorgkosten veranderen als roken en overgewicht van de één op de andere dag uit de Nederlandse samenleving uitgebannen zouden worden. Op korte termijn treedt een daling van de zorgkosten op, maar deze wordt bij roken binnen 10 jaar al ongedaan gemaakt door de stijgende kosten van de overige aandoeningen. Bij uitbanning van overgewicht zijn de netto baten over een langere periode gespreid, maar ook dan treedt na verloop van zo'n 20 jaar de situatie op dat de de stijgende kosten van vervangende ziekten oplopen de aanvankelijke kostenvermindering ongedaan

maken. Tot dit *break even point* levert stoppen met roken de samenleving een netto besparing in zorgkosten op, vanaf dit punt zijn de kosten hoger dan de baten. Op lange termijn leidt de radicale eliminatie van ongezonde leefgewoonten dus niet tot lagere maar tot hogere zorguitgaven. ‘The pain is in the gain.’

Buitenlandse studies naar de zorgkosten van een ongezonde leefstijl

Ook in het buitenland worden de effecten van ongezonde leefgewoonten onderzocht. Grofweg zijn er daarbij twee methoden te onderscheiden: cross-sectionele studies en levensloopbenaderingen. Bij de cross-sectionele methode worden de zorgkosten van een bepaald jaar verdeeld in kosten die wel of niet veroorzaakt zijn door blootstelling aan de determinant. De levensloopbenadering berekent kosten over de gehele levensloop van personen. Daarbij worden de effecten van blootstelling aan de determinant gemodelleerd en wordt ook rekening gehouden met verschillen in sterftekansen. Toepassing van de levensloopbenadering is in de internationale literatuur vrijwel alleen te vinden bij de berekening van de kosten van roken.

In tegenstelling tot de berekeningen die we voor Nederland hebben gemaakt, worden in buitenlandse studies naast de zorgkosten ook vaak de productiviteitsverliezen ten gevolge van ziekte en vroegtijdig overlijden meegenomen. Naast deze indirecte kosten rapporteren sommige auteurs ook nog maatschappelijke kosten. Het gaat dan bijvoorbeeld om de economische waardering van verloren levensjaren of verlies van kwaliteit van leven, en in geval van alcohol ook om zaken als de kosten van ongevallen en geweld op straat.

Tabel 3 biedt een overzicht van de studies die recent in de internationale literatuur of door onderzoeksinstituten zijn gepubliceerd. Hierbij is een beperking gemaakt tot kosten die samenhangen met roken, overgewicht en alcoholgebruik. Uit deze schattingen komt een behoorlijk consistent beeld naar voren, dat niet substantieel afwijkt van de Nederlandse cijfers. Wel zijn de marges aan de ruime kant, maar dat komt ook door het grote geografische gebied waarover in sommige studies wordt gerapporteerd, zoals heel Europa of zelfs de hele wereld. Ook methodologische verschillen spelen een rol. Het consistente beeld is dat een paar procent van de totale zorgkosten direct aan ongezonde leefgewoonten kan worden toegeschreven, dat bij een levensloopbenadering de zorgkosten voor rokers lager zijn dan voor niet-rokers, en dat met name bij alcohol de indirecte en maatschappelijke kosten een grotere rol spelen dan de zorgkosten.

Tabel 3: Kosten van roken, overgewicht en alcoholgebruik in de wetenschappelijke literatuur

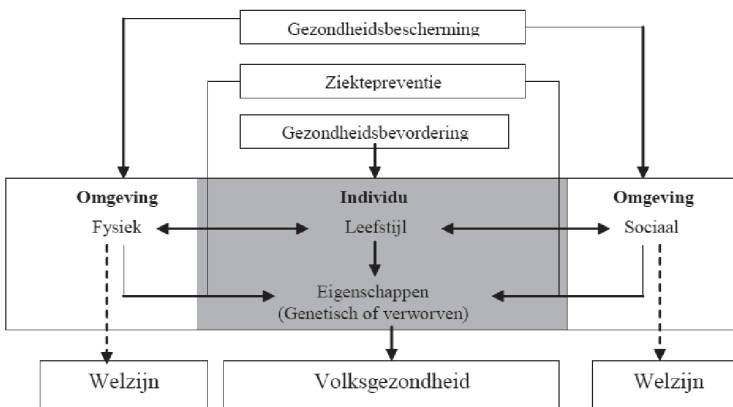
Regio	Referentie	Methode	Studie jaar	Type Kosten	Resultaat
Roken					
Zweden	Bolin et al., 2011	levensloop	2007	Direct	1,2% van de totale zorgkosten
			-	Direct+ indirect	\$181 per hoofd van de bevolking, 0,35% van bbp*
Japan	Hayashida et al., 2012	levensloop		Direct	medische kosten van rokers zijn lager dan van niet-rokers
Overgewicht					
Duitsland	Konnopka et al., 2011	cross-sectioneel	2002	Direct	2,1% van zorguitgaven
Europa	Von Lengerke & Krauth, 2011	review	-	Direct+ indirect	0,47 - 0,61% van bbp
Europa	Müller-Riemenschneider et al., 2008	review	-	Direct	0,09 - 0,61% van bbp
Wereld	Withrow & Alter, 2011	review	-	Direct	0,7 - 2,8% van zorguitgaven
Alcohol					
Europa	Anderson & Baumberg, 2006	review	1990-2002	Maatschappelijk	0,3 - 5,5% van bbp
Westerse landen	Baumberg, 2006	review	1990-2003	Direct Maatschappelijk	1,3 en 3,3% van de totale kosten van de gezondheidszorg 0,3-1,4% van het bbp (criminaliteit) + 1,0-1,7% van het bbp (rijden onder invloed) + 2,7-10,9% van het bbp (arbeidsproductiviteit)
Duitsland	Konnopka et al., 2007	cross-sectioneel	2002	Direct Indirect Totaal	0,40% van bbp 0,76% van bbp 1,16% van bbp: 296 euro per hoofd van de bevolking

* bbp = bruto binnenlands product.

4 Uitgaven aan preventie

Vormen van preventie

Nederlanders worden gezonder en zieker, en naast leefstijl en medische zorg draagt ook preventie daar zijn steentje aan bij. Dat begon al in de tweede helft van de negentiende eeuw, toen de hygiënisten tot de ontdekking kwamen dat ophopend vuil, onzuiver drinkwater en slechte woon- en werkomstandigheden ziekten veroorzaakten, en zich gingen beijveren voor betere huisvesting, riolering, waterleiding en vuilnisophaaldiensten. Dit soort zaken vormen tegenwoordig zo'n vanzelfsprekend onderdeel van een welvarende samenleving dat ze nauwelijks meer geassocieerd worden met de bescherming van onze gezondheid.



Figuur 3: Conceptueel kader voor preventie

Na de Tweede Wereldoorlog werd er steeds meer geïnvesteerd in ziektepreventie. Daarbij gaat het om het voorkómen en in een vroeg stadium opsporen van ziekten. Bekend is het Rijksvaccinatieprogramma dat in 1957 startte met de massale poliovaccinatie en in de jaren daarna steeds verder werd uitgebreid met nieuwe vaccins. De bevolkingsonderzoeken op borst- en baarmoederhalskanker vormen de bekendste voorbeelden van ziektepreventie door vroegtijdige opsporing. We zijn dan in de jaren tachtig en negentig aangeland. Dat was ook de periode waarin steeds meer aandacht ontstond voor de rol van ongezonde leefgewoonten bij het ontstaan van welvaartsziekten. Een nieuwe vorm van preventie kwam op: de gezondheidsbevordering. Leefstijl en gedrag zijn sindsdien een belangrijk aandachtspunt van het preventieve gezondheidsbeleid. Tussen de verschillende preventiemethoden bestaat een duidelijke samenhang die in figuur 3 in beeld wordt gebracht.

Tabel 4: Uitgaven aan preventie naar type maatregel, 2007

Interventies	GB (€ mln)	GBS (€ mln)	ZP (€ mln)	Totaal (€ mln)
Roken	7,6	1,5	4,5	13,6
Alcoholmisbruik	8,3	1,5		9,8
Drugsmisbruik	7,4	1,5		8,9
Gokverslaving	1,1			1,1
Gezonde voeding en overgewicht	12,9			12,9
Lichamelijke activiteit en sport	21,3			21,3
Screening in de jeugdgezondheidszorg			104,6	104,6
Gebitsverzorging en gebitscontroles	0,5		593,0	593,4
Seksuele gezondheid, anticonceptie <21 jaar	19,0		12,0	30,9
Verkeersveiligheid	59,6	1.989,4		2.049,0
Brandpreventie	1,8	46,0		47,8
Preventie van sportblessures	10,6			10,6
Preventie van privéongevallen	2,2	8,6		10,8
Arbeidsomstandigheden en arbeidsveiligheid	165,4	16,5		181,9
Geweld		11,9		11,9
Geluidshinder		330,0		330,0
Drink- en zwemwaterkwaliteit		1.499,3		1.499,3
Afvalverwijdering		1.731,5		1.731,5
Riolering		765,0		765,0
Voedselveiligheid		154,2		154,2
Luchtkwaliteit, woningveiligheid, milieuveiligheid		3.487,4		3.487,4
Psychische aandoeningen	75,0			75,0
Kankerpreventie	15,7		78,1	93,8
Diabetespreventie	1,0			1,0
Hart- en vaatziekten			1.211,2	1.211,2
Aangeboren afwijkingen, perinatale aandoeningen en zwangerschapscomplicaties			132,1	132,1
Botontkalking			122,4	122,4
Infectieziekten: vaccinaties en screening			222,2	222,2
Algemene gezondheid (niet nader gespecificeerd)	44,9		44,9	89,8
Totaal (miljoen euro)	454,1	10.044,2	2.524,8	13.023,1

GB = gezondheidsbevordering, GBS = gezondheidsbescherming, ZP = ziektepreventie

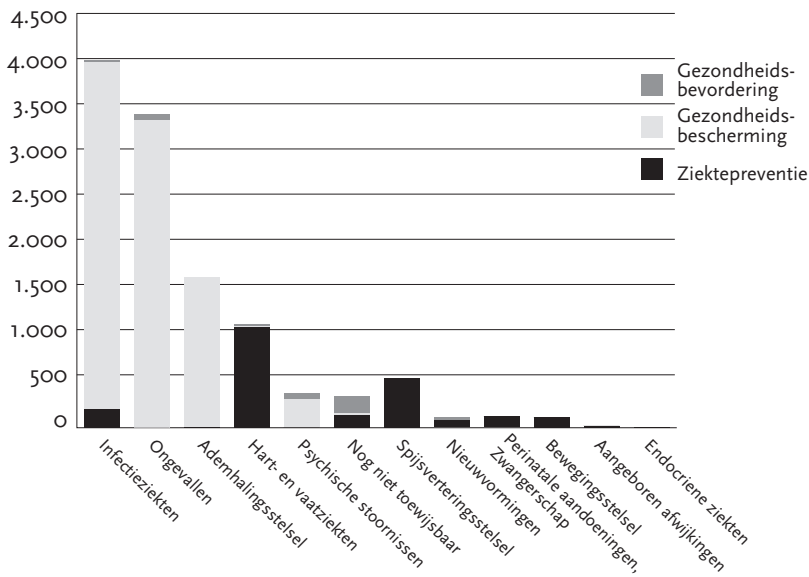
Kosten van preventie

De indeling van preventie in gezondheidsbescherming, ziektepreventie en gezondheidsbevordering biedt een prima aanknopingspunt voor de inventarisatie van de uitgaven aan preventie. Deze is tot op heden twee keer gemaakt, voor 2003 en 2007, met voor beide jaren een vergelijkbaar beeld. In 2007 kwamen de totale kosten van preventie uit op een bedrag van 13 miljard euro (Post et al. 2010). Voor het grootste deel ging het om uitgaven voor gezondheidsbeschermende maatregelen (78%), gevolgd door ziektepreventie (19%) en gezondheidsbevordering (3%). Tabel 4 geeft een doorkijkje naar de concrete maatregelen waaraan al deze miljarden zijn besteed. Bij gezondheidsbescherming werd het meeste geld uitgegeven aan het creëren van een veilige woon- en leefomgeving. Aan luchtkwaliteit, woningveiligheid en milieuveiligheid werd bijna 3,5 miljard euro besteed. Andere grote uitgaven waren er voor verkeersveiligheid (2,0 miljard), afvalverwijdering (1,7 miljard) en drink- en zwemwaterkwaliteit (circa 1,5 miljard). Voor ziektepreventie geldt dat preventie van hart- en vaatziekten met 1,2 miljard euro de hoogste uitgaven kende, gevolgd door gebitsverzorging en controle met 593 miljoen euro en het voorkómen van infectieziekten door screening en vaccinatie met 222 miljoen euro. Gezondheidsbevordering vormt de kleinste post met een relatief hoge bijdrage van het bedrijfsleven voor maatregelen op het terrein van de arbeidsomstandigheden. Zeer laag zijn de uitgaven voor leefstijlverbetering op de terreinen van roken, overgewicht en alcohol, zeker in vergelijking met de reclamebudgetten van de industrie. Wanneer we een actualisering van deze cijfers voor 2012 zouden maken, vallen de uitgaven voor gezondheidsbevordering naar alle waarschijnlijkheid nog lager uit. In 2011 heeft de overheid namelijk besloten om minder energie en geld in leefstijlcampagnes te investeren (VWS 2011).

Zoals eerder in dit hoofdstuk de zorguitgaven aan diagnoses werden toegekend, kan dit ook voor de preventie-uitgaven worden gedaan. In figuur 4 springen dan meteen de hoge uitgaven aan infectieziekten (4,4 miljard euro) en ongevallen (3,7 miljard euro) in het oog, met enige afstand gevolgd door het ademhalingsstelsel (1,8 miljard). Het gaat hier vrijwel uitsluitend om beschermende maatregelen op het terrein van de afvalverwijdering, de kwaliteit van lucht, drinkwater en een veilig wegennet. Van de overige aandoeningen kunnen hart- en vaatziekten worden genoemd met uitgaven aan ziektepreventie door middel van cholesterol- en bloeddrukverlagende medicatie, alsmede het spijsverteringsstelsel dat in deze grafiek vooral voorkomt vanwege de periodieke gebitscontrole bij de tandarts.

Wanneer we de figuren 1 en 4 naast elkaar leggen dan blijkt dat de zorguitgaven voor vrijwel alle ziekten en aandoeningen substantieel hoger zijn dan de uitgaven aan preventie. Waar dat niet het geval is, namelijk bij infectieziekten en letsels, is dat bovendien het gevolg van beschermende maatregelen waarvan de uitgaven buiten de budgettaire kaders van de

gezondheidszorg en het ministerie van volksgezondheid vallen. Voor beide ziektegroepen is het aannemelijk dat er een oorzakelijk verband is tussen de hoge preventie-uitgaven en de lagere zorguitgaven: door de preventiemaatregelen in het verkeer is bijvoorbeeld het aantal verkeersslachtoffers gedaald van ruim 3000 begin jaren zeventig tot onder de 700 nu. En vaccinatiecampaagnes hebben ooit veel voorkomende infectieziekten tot een zeldzaamheid gemaakt. De vergelijking van beide figuren roept daarmee de vraag op of ook bij andere aandoeningen met hoge zorgkosten door preventie kostenbesparingen zijn te behalen. Een laag aandeel preventieve uitgaven kan immers wijzen op onbenutte potentie van preventie. Die potentie hangt natuurlijk wel af van de effectiviteit van preventieve maatregelen.



Figuur 4: Uitgaven aan preventie naar ziekten en aandoeningen, 2007

5 Effectiviteit en kosteneffectiviteit van preventie

Gegeven het brede terrein waarover preventie zich uitstrekt en de grote diversiteit aan maatregelen zal het niet verwonderen dat een algemeen antwoord op de vraag of preventie werkt, niet mogelijk is. In deze paragraaf lopen we opnieuw de driedeling gezondheidsbescherming, ziektepreventie en gezondheidsbevordering langs, waarbij we op basis van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 samenvatten wat er bekend is over de effectiviteit en kosteneffectiviteit van preventie (Van den Berg en Schoemaker 2010).

Gezondheidsbescherming

Terugkijkend op de twintigste eeuw hebben gezondheidsbeschermende maatregelen op het terrein van hygiëne, schoon drinkwater en betere huis-

vesting een belangrijke bijdrage geleverd aan de vermindering van infectieziekten. Dit heeft geleid tot een sterke daling van de sterfte, waardoor de levensverwachting sterk is toegenomen. Een van de recentere successen van gezondheidsbescherming is de reductie van het aantal verkeersslachtoffers. Sinds de jaren zeventig is het aantal verkeersdoden spectaculair gedaald. Na Malta telt Nederland relatief gezien de minste slachtoffers in heel Europa. Naast wetgeving, handhaving en infrastructurele maatregelen hebben ook de toegenomen veiligheid van auto's en het verbeterde rijgedrag een rol gespeeld. Dit onderstreept dat preventie niet alleen een kwestie van een lange adem is, maar ook samenhangend beleid nodig heeft.

De mogelijkheden van gezondheidsbescherming zijn zeker nog niet uitgeput. De fluoridering van drinkwater en het verrijken van brood met foliumzuur zouden een bijdrage aan de volksgezondheid kunnen leveren, die ook kosteneffectief is. Diverse landen zijn Nederland daarin al voorgegaan. Maar deze voorbeelden geven meteen aan dat kosteneffectiviteit alleen niet genoeg is, want over beide maatregelen is veel gediscussieerd over het ongevoerd toevoegen van stoffen aan bestaande producten, waardoor deze maatregelen tot nu toe (politiek) onhaalbaar zijn gebleken.

Ziektepreventie

In de tweede helft van de eeuw is het vooral de ziektepreventie geweest die aan een verdere stijging van de levensverwachting heeft bijgedragen door de komst van vaccinaties, cholesterolverlagende middelen en de screening op bepaalde vormen van kanker. Minstens de helft van de stijging van de levensverwachting sinds de jaren vijftig kon in verband worden gebracht met ziektepreventie en zorg, met name bij infectieziekten en hart- en vaatziekten, en in mindere mate bij kanker. Ook de screenings en de vroegsignalering in de jeugdgezondheidszorg zijn over het algemeen als een succes te typeren, vooral vanwege het hoge bereik van de doelgroep. Veel gezondheidsproblemen worden zo vroegtijdig opgespoord en behandeld. Tegelijkertijd is er nog volop ruimte voor verbetering en zijn er nog onbenutte mogelijkheden voor ziektepreventie. Eén daarvan betreft het bevolkingsonderzoek op dikkedarmkanker. Er is steeds meer evidentie dat dit bevolkingsonderzoek zowel effectief als kosteneffectief is. Na een positief advies van de Gezondheidsraad heeft minister Schippers daarom ook besloten om deze screening in te voeren. Andere voorbeelden zijn vaccinaties tegen waterpokken, het rotavirus en pneumokokken, screening op huidkanker en aneurysma's, en het preventief gebruiken van aspirine door bepaalde risicogroepen.

Gezondheidsbevordering

Op het terrein van de gezondheidsbevordering doet zich een aantal dilemma's voor waardoor leefstijlbeleid niet eenvoudig is. Het eerste dilemma betreft de keuzevrijheid van de burger. Mensen hechten aan hun gezondheid, maar

niet minder aan hun keuzevrijheid. Mag de overheid zich wel met de leefstijl van mensen bemoeien, en als het mag, waar liggen dan de grenzen? Daarover bestaan onder de bevolking en tussen politieke partijen heel uiteenlopende visies, maar sinds het begrip 'betutteling' zijn intrede in het leefstijldebat heeft gedaan is het voor de overheid heel lastig om mensen aan te spreken op ongezonde leefgewoonten. Ten tweede kenmerkt de institutionele omgeving zich door verticale decentralisatie en horizontale fragmentatie. De rijksoverheid stelt het gezondheidsbeleid vast, maar lagere overheden zijn verantwoordelijk voor de uitvoering en maken daarbij hun eigen politieke afweging. Bij de uitvoering spelen allerlei partijen een rol, waardoor de voor preventie zo noodzakelijke samenhang erg moeilijk te realiseren valt. Ten slotte is het wetenschappelijk bewijs van veel leefstijlprogramma's nogal dun. Bij elkaar maken deze dilemma's de gezondheidsbevordering tot een weerbarstig terrein.

De daling van het aantal rokers geldt als een van de meest succesvolle voorbeelden van gezondheidsbevordering. Dit voorbeeld onderstreept opnieuw het belang van een samenhangend beleid op meerdere terreinen, variërend van wettelijke verboden, accijnzen en massamediale campagnes tot gecombineerde leefstijlinterventies voor mensen die al met klachten bij de huisarts bekend zijn. Het onderstreept ook het belang om deze maatregelen en hun samenhang gedurende een lange periode vol te houden.

Van de afzonderlijke maatregelen blijkt vooral wet- en regelgeving effectief te zijn, onder meer omdat het generieke maatregelen betreft die iedereen aangaan. Dit geldt bijvoorbeeld voor rookverboden en de verkoopverboden voor alcohol aan jongeren beneden een bepaalde leeftijd. Daarbij is het wel van essentieel belang dat er toezicht op de naleving van deze maatregelen wordt gehouden. Bij de effectiviteit van wet- en regelgeving is het goed om te realiseren dat er vaak een jarenlang traject aan vooraf is gegaan. Het rookverbod in de horeca stond niet op zichzelf, maar was een sluitstuk in een lange ontwikkeling om maatschappelijk draagvlak te creëren. Voor een ander terrein als voeding en overgewicht kan het dus ook jaren duren voor de tijd rijp is voor wettelijke maatregelen.

Ook prijsmaatregelen werken goed om de consumptie van ongezonde producten te verminderen. Dit geldt in elk geval voor de accijnzen op tabak en alcohol. Ook de consumptie van voeding kan in principe via prijs- en belastingmaatregelen gestuurd worden, maar dit ligt een stuk moeilijker, omdat er meer onduidelijkheid is over wat gezond is. Overigens vormden bij de instelling van de accijnzen op tabak en alcohol ook de negatieve gevolgen voor anderen een belangrijk argument. Bij voeding spelen die veel minder een rol. Als het om prikkels gaat is er de laatste jaren een toenemende belangstelling voor zogeheten 'nudges', vriendelijke duwtjes in de goede richting. Over de effectiviteit is nog weinig bekend, maar voorbeelden op andere terreinen zijn hoopgevend.

Van geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie zijn goede resultaten bekend. Het gaat hier om interventies die door bijvoorbeeld de

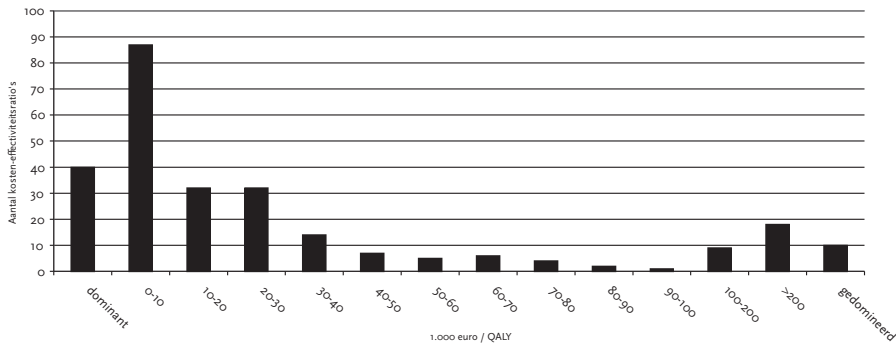
huisarts aangeboden worden aan mensen die al klachten hebben of tot een hoogrisicogroep behoren. De gedragsmatige ondersteuning van mensen die met roken willen stoppen, minder willen eten of drinken, of meer willen bewegen is hiervan een goed voorbeeld. Daarbij zijn er ook gunstige resultaten bekend voor mensen met een lage sociaaleconomische status en voor bepaalde etnische groepen. In geval van roken wordt de effectiviteit versterkt door gebruik van farmacologische middelen. Bij een maximale ondersteuning blijkt deze aanpak bij één op de vijf rokers succesvol te zijn, wat in vergelijking met andere maatregelen een zeer goed resultaat is.

Het effect van massamediale campagnes is lastig te meten, en daardoor onbekend. Niets wijst erop dat dit soort campagnes directe leefstijlveranderingen tot gevolg hebben, maar er is ook geen bewijs dat ze geen resultaat hebben. Overigens is leefstijlverandering meestal ook niet het doel. Veel meer gaat het om kennisverspreiding en het creëren van draagvlak voor andere maatregelen. Deze campagnes kunnen daarom het beste gezien worden als een context waarbinnen andere maatregelen, zoals wettelijke verboden, accijnzen of leefstijlprogramma's plaatsvinden. Ze lijken bij te dragen aan bewustwording en werken vooral agendazettend, met overigens het gevaar dat lokale beleidsmakers denken dat bepaalde thema's voldoende door landelijke campagnes en wettelijke maatregelen worden afgedekt en lokaal geen aandacht meer zouden behoeven.

Kosteneffectiviteit van preventie

De laatste jaren neemt de belangstelling voor de doelmatigheid van preventie toe. Kosteneffectiviteit is immers een belangrijk criterium bij toelating tot het pakket of de invoering van een landelijk preventieprogramma. Het is dan ook niet verwonderlijk dat het aantal wetenschappelijke artikelen over de kosteneffectiviteit van preventie explosief toeneemt. Het RIVM houdt deze literatuur bij in een database die online geraadpleegd kan worden (kosteneffectiviteit-preventie.rivm.nl). Uit een overzichtsstudie van Van Gils en collega's over de wetenschappelijke artikelen die in 2008 werden gepubliceerd volgt een aantal belangrijke conclusies (Van Gils 2010). Ten eerste hanteren de meeste economische evaluaties van preventie een generiek gezondheidsbegrip, wat bijdraagt aan de vergelijkbaarheid over het hele preventiedomein. Ten tweede spoort het aantal studies aardig met de omvang van de ziektelast. Zo hebben de meeste economische evaluaties betrekking op het voorkomen van infectieziekten, die wereldwijd nog steeds op nummer 1 staan als het om ziektelast gaat. Alleen over de preventie van psychische stoornissen en aandoeningen van het ademhalingsstelsel wordt naar verhouding weinig gepubliceerd. Ten derde blijken de meeste preventieve interventies doelmatig te zijn. 80% van de studies rapporteert een kosteneffectiviteitsratio die lager is dan 50.000 euro en maar liefst 60% komt lager dan 20.000 euro uit (figuur 5). Het gaat dan over de kosten van een quality adjusted life year (QALY), dat

wil zeggen een gewonnen levensjaar waarbij rekening wordt gehouden met de kwaliteit van leven. Ooit is voor Nederland een bedrag van 20.000 euro genoemd als grenswaarde voor doelmatigheid, en bij de besluitvorming over preventieve maatregelen wordt deze vaak als ijkpunt gehanteerd.



Figuur 5: Verdeling van economische evaluaties die in 2008 op het terrein van preventie werden gepubliceerd naar kosteneffectiviteitsratio (1.000 euro / QALY, quality adjusted life year)

Het kan bevreesd oproepen dat de meeste economische evaluaties van preventie een gunstige verhouding tussen kosten en effecten rapporteren. Deze bevreesd verdwijnt echter als wat beter naar de karakteristieken van deze studies wordt gekeken (Van den Berg, Hamberg en Schoemaker 2011). Dan blijkt namelijk dat de onderzoekers veelvuldig gebruik maken van allerlei veronderstellingen. Aan de ene kant is dat logisch en vanzelfsprekend. Zeker als een interventie nog niet in de praktijk wordt toegepast ontbreken allerlei gegevens die voor de evaluatie wel nodig zijn. Daar komt nog bij dat preventie een lange adem heeft, dus ook over de verre toekomst moeten uitspraken worden gedaan. Modelberekeningen voorzien daar in. Aan de andere kant zijn de veronderstellingen zelf helaas niet altijd even logisch en vanzelfsprekend. Een cruciale factor bij gedragsverandering is bijvoorbeeld of het effect op leefstijl blijvend is. In iedere roker zit een stopper, zoals in een van de leefstijlcampagnes werd uitgedragen, de praktijk leert echter ook dat de meeste stoppers toch weer beginnen met roken. In economische evaluaties komen we echter nogal eens een onterecht optimistische kijk op het behoud van leefstijleffecten tegen, en het hoeft geen betoog dat een te rooskleurige voorstelling van zaken de kosteneffectiviteitsratio sterk naar gunstige waarden duwt. Een andere aanname waarin nogal eens een te optimistische verwachting wordt doorgerekend betreft het bereik van een interventie. Het maakt nogal uit of de helft van de doelgroep aan een bevolkingsonderzoek deelneemt, of een meerderheid. En dat geldt ook voor alle andere vormen van preventie. Zo was bij de HPV-vaccinatie de feitelijke deel-

name veel lager dan in alle vooraf bedachte scenario's voor mogelijk werd gehouden. Daardoor was de verhouding tussen kosten en effecten ook veel ongunstiger dan waar bij de besluitvorming mee werd gerekend. Het betoog kan moeiteloos worden uitgebreid met aannames over de effectiviteit (veelal groter) en de kosten (veelal lager), maar het punt is duidelijk: de kosteneffectiviteit van preventie is met veel aannames en onzekerheden omgeven, en bij de besluitvorming is het noodzakelijk om rekening te houden met de invloedrijke veronderstellingen die daartoe veelal eerst boven tafel gehaald moeten worden.

6 Van GG naar nee, nee

We begonnen dit hoofdstuk met een slogan en twee vragen. 'Van ZZ naar GG' is de slogan waarmee een gezonde leefstijl in het centrum van het preventiebeleid wordt geplaatst als de belofte voor een betere volksgezondheid en houdbare zorguitgaven. We plaatsen daarbij twee vragen: 1) zijn de zorgkosten van ongezond gedrag nu echt zo hoog; en 2) biedt een omslag van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag een realistische route naar houdbaarheid van de zorguitgaven? Nu alle wetenschappelijke inzichten in dit hoofdstuk aan ons voorbijgetrokken zijn, rest op beide vragen een ontkenkend antwoord. Van GG naar nee, nee!

128

Voor sommige aandoeningen zoals kanker en hart- en vaatziekten is het aandeel van leefstijl in de zorguitgaven hoog. Van de totale zorguitgaven die gemoeid zijn met ziekten die in het Chronische Ziekten Model zijn opgenomen kan ongeveer de helft met leefstijl in verband worden gebracht. Er zijn echter nog heel veel andere ziekten waarbij leefstijl geen of een onbekende rol speelt. Door dit noemereffect is het aandeel van ongezond gedrag in de totale zorguitgaven beperkt. Leefstijl is belangrijk, maar er zijn nog heel veel andere invloeden waar we ook rekening mee moeten houden, zoals biologische en genetische factoren alsmede invloeden vanuit het milieu. Gezonde leefgewoonten zijn erg belangrijk voor de volksgezondheid, en in theorie kunnen er miljarden euro's aan zorgkosten mee worden uitgespaard. In de praktijk ligt dat echter een stuk genuanceerder. Dynamische analyses laten zien dat uitstel van ziekte en het optreden van vervangende ziekten op termijn aanleiding tot veel hogere zorgkosten geven. Op zijn best hebben we dan te maken met een eenmalige besparing, waarbij we de hoop kunnen uitspreken dat er in de tussentijd tot het optreden van vervangende ziekten als dementie effectieve middelen worden ontwikkeld om die ziekten te voorkomen of goedkoop te kunnen behandelen. Hoewel dat zeker een route is die we moeten gaan, zijn die toekomstige besparingen veel te onzeker om daar nu al een voorschot op te nemen. En eigenlijk geldt dat ook voor de besparingen op korte termijn, want over de effectiviteit van gezondheidsbevordering is nog maar heel weinig bekend. Leefgewoonten, de naam zegt het

al, zijn diep ingeslepen in het menselijk gedrag en moeilijk te veranderen. In economische evaluaties wordt daar met gunstige aannames veelal gemakkelijk overheen gesprongen waardoor kosten-effectiviteitsratio's veel gunstiger uitpakken dan in de praktijk kan worden waargemaakt.

Dit betekent allerminst dat preventie geen waarde heeft. Integendeel, er is volop potentie voor preventie, zeker als we ook de gezondheidsbescherming en de ziektepreventie erbij betrekken. Op die terreinen is al veel gezondheidswinst bereikt en zijn er voldoende perspectieven op een verdere verbetering van de volksgezondheid. Waar het gezondheidsbevordering betreft breken wij een lans voor wettelijke maatregelen, accijnzen en wijkgerichte, geïntegreerde benaderingen waarin we ook de 'nudge' vooralsnog het voordeel van de twijfel geven. Op die wijze is nog veel gezondheidswinst te bereiken. De zorgkosten zullen daardoor niet meteen dalen, maar de baten van gezondheid strekken ver buiten het domein van ziekte en zorg. Preventie draagt bij aan een vitale beroepsbevolking en daarmee aan productiviteitswinsten en andere maatschappelijke baten die vele malen belangrijker zijn dan het effect op de zorguitgaven. De zorg economie van ongezond gedrag gaat niet over de vraag welke zorguitgaven we door preventie kunnen besparen, maar over de maatschappelijke waardering hoeveel preventie en de daaruit voortvloeiende extra gezondheid ons waard zijn. 'Health is wealth.'

Literatuur

- Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies, 2006.
- Baal PHM van, Heijink R, Hoogenveen RT, Polder JJ. Zorgkosten van ongezond gedrag in Nederland 2003. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2006.
- Baumberg B. The global economic burden of alcohol: a review and some suggestions. *Drug Alcohol Rev* 2006;25(6): 537-551.
- Berg M van den, Schoemaker CG. Effecten van preventie – Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM, 2010.
- Berg M van den, Hamberg-Van Reenen HH, Schoemaker CG. Kosteneffectiviteit: euro's per QALY is niet genoeg. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2011;155:A3817.
- Bolin K, Borgman B, et al. Current and future avoidable cost of smoking—estimates for Sweden 2007. *Health Policy*, 2011;103(1): 83-91.
- Cnossen S. Alcohol Taxation and Regulation in the European Union. CPB Discussion Paper 76. Den Haag: Centraal Planbureau, 2006.
- Cortez-Pinto H, Gouveia M, et al. The burden of disease and the cost of illness attributable to alcohol drinking—results of a national study. *Alcohol Clin Exp Res* 2010;34(8): 1442-1449.
- Hayashida K, Murakami G, et al. Lifetime medical expenditures of smokers and non-smokers. *Nihon Eiseigaku Zasshi* 2012; 67(1): 50-55.
- Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker CG. Gezondheid en determinanten – Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM, 2010.

- Hoogenveen RT, van Baal PH, Boshuizen HC. Chronic disease projections in heterogeneous ageing populations: approximating multi-state models of joint distributions by modelling marginal distributions. *Math Med Biol* 2010 Mar;27(1):1-19.
- Konnopka A, König HH. Direct and indirect costs attributable to alcohol consumption in Germany. *Pharmacoeconomics* 2007; 25(7): 605-618.
- Konnopka A, König HH. The health and economic consequences of moderate alcohol consumption in Germany 2002. *Value in Health* 2009;12 (2): 253-261.
- Konnopka A, Bodemann M, et al. Health burden and costs of obesity and overweight in Germany. *Eur J Health Econ* 2011; 12(4): 345-352.
- Kooiker SE. Nederlanders aan het woord over gezondheid en gezond leven. Achtergrondrapport bij de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM, 2011.
- KPMG. Kosten en baten van alcoholzorg en -preventie. Eindrapport. Hoofddorp: KPMG, 2001.
- Lengerke T van, Krauth C. Economic costs of adult obesity: a review of recent European studies with a focus on subgroup-specific costs. *Maturitas*, 2011; 69(3): 220-229.
- Lucht F van der, Polder JJ. Van gezond naar beter - Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Bilthoven: RIVM, 2010.
- Mackenbach JP, Slobbe L, Looman CW, van der Heide A, Polder J, Garssen J. Sharp upturn of life expectancy in the Netherlands: effect of more health care for the elderly? *Eur J Epidemiol* 2011 Dec;26(12):903-14.
- Müller-Riemenschneider F, Reinhold T, et al. Health-economic burden of obesity in Europe. *European Journal of Epidemiology* 2008; 23(8): 499-509.
- Polder JJ, Kooiker SE, Lucht F van der De gezondheidsepidemie – waarom wij gezonder en zieker worden. Amsterdam: Reed Business, 2012.
- Post NAM, Bekker-Grob EW de, Mackenbach JP, Slobbe LCJ. Kosten van preventie in Nederland 2007. Bilthoven: RIVM, 2010.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg Preventie van welvaartsziekten – effectief en efficiënt georganiseerd. Den Haag, RVZ, 2012.
- Single E, Collins D, Easton B, Harwood H, Lapsley H, Kopp O, Wilson E. International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse, 2003.
- Slobbe LCJ, Smit JM, Groen J, Poos MJJC, Kommer GJ. Kosten van ziekten in Nederland 2007 - Trends in de Nederlandse zorguitgaven 1999-2010. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2011.
- SWOV. Factsheet Kosten van verkeersongevallen. Leidschendam, 2011.
- Trimbos Instituut. Factsheet gezondheidsincidenten door alcohol en drugs. Utrecht, 2012.
- U.S. Department of Transportation. The Economic Impact of Motor Vehicle Crashes 2000, 2002.
- VWS. Gezondheid dichtbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2011.
- Withrow D, Alter DA. The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity. *Obes Rev* 2011;12(2): 131-141.

Gereguleerde concurrentie: de onvoltooide agenda

Wynand van de Ven en
Erik Schut

1 Inleiding

Vijfentwintig jaar geleden adviseerde de Commissie-Dekker (1987) om de centrale aanbodregulering en de vele door de overheid gereguleerde prijs- en regiokartels in de zorg te vervangen door gereguleerde concurrentie tussen zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders. In de daarop volgende jaren is geleidelijk uitvoering gegeven aan dit advies. De invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 heeft gezorgd voor een stroomversnelling van dit proces, maar de hervormingsagenda is nog niet voltooid.

Van concurrentie in de zorg wordt verwacht dat het stimuleert tot allocatieve, technische en dynamische doelmatigheid. Regulering is nodig om enerzijds anticoncurrentiële gedragingen tegen te gaan en anderzijds de door de overheid gestelde publieke doelen zo veel mogelijk te waarborgen (kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid). Dit impliceert dat aan bepaalde voorwaarden moet zijn voldaan om onder gereguleerde concurrentie de genoemde doelen te realiseren. De populaire perceptie is dat met het in werking treden van de Zorgverzekeringswet de invoering van gereguleerde concurrentie is voltooid en de beoogde doelmatigheidswinsten dus behaald zouden moeten worden. De vraag is echter of aan alle noodzakelijke voorwaarden voor gereguleerde concurrentie inderdaad is voldaan en de verwachting gerechtvaardigd is dat de beoogde resultaten zullen optreden.

In dit preadvies worden de volgende vragen aan de orde gesteld. Welke zijn deze voorwaarden; en wat zijn de implicaties als niet aan de voorwaarden wordt (of kan worden) voldaan (paragraaf 2)? In welke mate zijn deze voorwaarden thans in Nederland vervuld (paragraaf 3)? En wat zijn de prioriteiten op de onvoltooide agenda (paragraaf 4)?

2 Voorwaarden gereguleerde concurrentie

Gereguleerde concurrentie is een ordeningsmodel waarbij prijzen en transacties in beginsel tot stand komen op de markt, maar waarbij de overheid regels stelt voor het realiseren van de doelstellingen ten aanzien van doelmatigheid en toegankelijkheid. Een volledig vrije markt in de zorg zou leiden tot maatschappelijk ongewenste uitkomsten in termen van doelmatigheid

en (financiële en fysieke) toegankelijkheid.¹ Wegens specifieke kenmerken van gezondheidszorg leidt een vrije markt niet tot een efficiënte allocatie en is overheidingrijpen noodzakelijk om marktfalen tegen te gaan (Arrow 1963). Een vrije markt richt zich bovendien uitsluitend op het bevredigen van voldoende koopkrachtige vraag en resulteert – gelet op de enorme voorspelbare kostenverschillen in de gezondheidszorg – niet in de maatschappelijk gewenste toegankelijkheid.

Om te realiseren dat effectieve prijs-kwaliteitconcurrentie in de zorg leidt tot doelmatigheid en (financiële en fysieke) toegankelijkheid moet aan diverse voorwaarden zijn voldaan. Naast algemene voorwaarden die ook voor andere markten gelden, kunnen de volgende specifieke voorwaarden (Enthoven 1978; 1988a; 1988b; Schut 1995; ZonMw 2009; Van de Ven et al. 2012) worden onderscheiden:

- 1 Keuzevrijheid verzekerde
- 2 Transparantie en consumenteninformatie (polissen en zorgproducten)
- 3 Financiële prikkels tot doelmatigheid (consumenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders)
- 4 Betwistbare markten (zorgverzekeraars en zorgaanbieders)
- 5 Contractvrijheid
- 6 Effectief mededingingsbeleid
- 7 Kruissubsidies zonder prikkels tot risicoselectie
- 8 Geen liftersgedrag (free-riders)
- 9 Effectief toezicht op de kwaliteit van zorg
- 10 Gegarandeerde toegang tot basiszorg.

Naarmate aan deze voorwaarden meer wordt voldaan, kan het model van gereguleerde concurrentie beter bijdragen aan het realiseren van doelmatigheid, kwaliteit en toegankelijkheid in de zorg. Genoemde voorwaarden zijn noodzakelijk, maar niet voldoende. Hoewel we deze thans niet kunnen bedenken, sluiten we niet uit dat er alsnog nadere specifieke voorwaarden nodig blijken te zijn. Onderstaand zullen we elk van de genoemde voorwaarden bespreken.

2.1 Keuzevrijheid verzekerde

Een essentiële voorwaarde voor effectieve concurrentie is dat iedere burger periodiek (zeg, jaarlijks) ongeacht gezondheidsrisico en inkomen, vrij en onbelemmerd moet kunnen kiezen uit zorgverzekeraars en zorgpolis-sen, zonder door de verzekeraar te worden geweigerd, zonder veel gedoe

¹ Onder financiële toegankelijkheid verstaan wij dat de premie en de eigen betalingen geen belemmering vormen voor mensen om noodzakelijke medische zorg te kunnen krijgen die ten minste aan bepaalde minimumkwaliteitseisen voldoet (veilig, effectief en tijdig). Onder fysieke toegankelijkheid verstaan wij dat mensen toegang hebben tot de juiste zorg binnen een redelijke reisafstand en binnen een redelijke tijdsperiode.

(ingewikkelde formulieren invullen), zonder belemmeringen, zonder hoge transactiekosten en zonder hoge zoekkosten vanwege onvergelijkbare verzekeringsproducten (zoals het geval was bij de particuliere ziektekostenverzekeringen vóór 2006).

2.2 Transparantie en consumenteninformatie (polissen en zorgproducten)

Een tweede voorwaarde voor effectieve prijs-kwaliteitconcurrentie is dat de definitie van het basispakket en de zorgproducten voldoende transparant zijn en dat er voldoende betrouwbare en begrijpelijke (gestandaardiseerde) informatie publiekelijk beschikbaar is over prijs-, product- en kwaliteitsverschillen tussen zorgverzekeraars en tussen zorgaanbieders. Zonder transparantie is het niet mogelijk om de verschillende aangeboden zorgpolissen en zorgproducten onderling te vergelijken. Consumenteninformatie over de kwaliteit, prijs en dienstverlening van zorgverleners en zorgverzekeraars moet begrijpelijk, relevant, objectief, betrouwbaar en gratis voor iedereen beschikbaar zijn. Prijsconcurrentie zonder informatie over de kwaliteit van zorg kan leiden tot ondermaatse kwaliteit van zorg.

2.3 Financiële prikkels tot doelmatigheid (consumenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders)

Een derde voorwaarde voor doelmatigheid is dat alle betrokkenen, dat wil zeggen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en consumenten, voldoende financiële prikkels tot doelmatigheid hebben. Hoewel in de meeste markten deze voorwaarde is vervuld, geldt dit niet voor de zorgmarkt. Subsidies om de zorgverzekering voor iedereen toegankelijk te maken, kunnen leiden tot een vermindering van de financiële prikkels voor verzekerden en verzekeraars (zie voorwaarde 7). Voor zover de consument zelf zorg inkoopt moet *moral hazard* zoveel mogelijk worden tegengegaan. Ten slotte moeten ook de zorgaanbieders voldoende financiële prikkels hebben tot het verlenen van kwalitatief goede zorg tegen een zo laag mogelijke prijs, bijvoorbeeld door een doelmatige inzet van personeel en kapitaal en een effectieve coördinatie van zorg via samenwerking met andere zorgaanbieders.

2.4 Betwistbare markten (zorgverzekeraars en zorgaanbieders)

Een vierde voorwaarde voor doelmatigheid is dat de markten zo betwistbaar mogelijk zijn, dat wil zeggen dat er geen onnodige belemmeringen zijn voor nieuwkomers (zorgverzekeraars als zorgaanbieders) om de markt te betreden en voor bestaande (falende) marktpartijen om de markt te verlaten. Als in een betwistbare markt een verzekeraar of ziekenhuis zijn prijs sterk zou verhogen om bovenmatige winsten te maken, zal een concurrent de markt betreden en de winst tot normale proporties terugdringen.

Belemmeringen om de markt te verlaten, bijvoorbeeld als gevolg van overheidssubsidies aan falende ziekenhuizen, verminderen de concurrentie, omdat dergelijke subsidies de prikkel tot doelmatigheid reduceren en het competitieve voordeel verminderen van doelmatige concurrenten met een businessplan om de betreffende markt te betreden.

2.5 Contractvrijheid

Een vijfde voorwaarde voor doelmatigheid is dat er voldoende contractvrijheid is in de relatie zorgverzekeraar-zorgaanbieder en in de relatie zorgverzekeraar-verzekerde. Zorgverzekeraars moeten verschillende zorgpolissen kunnen aanbieden met uiteenlopende zorgarrangementen en keuzemogelijkheden in zorgaanbod, met inachtneming van minimumeisen betreffende kwaliteit en (fysieke) toegankelijkheid. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten voldoende vrijheid hebben om contracten te sluiten die prikkels tot doelmatigheid bevatten, en desgewenst de hoge transactiekosten van contracteren te reduceren door verticale integratie.

2.6 Effectieve mededingingsregels

Een zesde voorwaarde voor doelmatigheid is dat effectieve mededingingsregels ongewenste kartels, monopolies en misbruik van economische machtspositie kunnen tegengaan, en dat deze regels effectief worden toegepast. Deze voorwaarde is aanvullend op (maar geen vervanging van) voorwaarde 4.

2.7 Kruissubsidies zonder prikkels tot risicoselectie

Een systeem van kruissubsidies tussen risico- en inkomensgroepen is nodig om op een concurrerende zorgverzekeringsmarkt voor iedereen een toegankelijke zorgverzekering met keuzevrijheid te realiseren. De moeilijkheid is de subsidies zodanig te organiseren dat er geen prikkels tot risicoselectie ontstaan en de prikkels tot doelmatigheid niet worden verminderd. Om overlap met voorwaarde 3 (financiële prikkels tot doelmatigheid) te vermijden beperkt voorwaarde 7 zich tot 'kruissubsidies zonder prikkels tot risicoselectie'.

In theorie is ex-ante risicoverevening de beste strategie (Van de Ven et al 2000). Hierbij ontvangen zorgverzekeraars voor elke verzekerde een vereveningsbijdrage (positief of negatief) die idealiter gelijk is aan het verschil tussen iemands verwachte zorgkosten en de landelijk gemiddelde zorgkosten per persoon. In de praktijk bestaat echter (nog) geen perfect vereveningsmodel. Imperfecte ex-ante risicoverevening kan worden aangevuld met (1) ex-post kostencompensaties aan de zorgverzekeraars, (2) premie-afhankelijke subsidies aan de verzekerden, en/of (3) premiereregulering (beperkingen aan de zorgverzekeraars betreffende de premiestructuur of -hoogte).

Een nadeel van *ex-post kostencompensaties* is dat hierdoor de financiële prikkel tot doelmatigheid voor de zorgverzekeraars wordt vermindert. *Premieafhankelijke subsidies* verminderen de prikkel voor de verzekerde om de goedkoopste verzekeraar te kiezen, waardoor de prijsconcurrentie op de zorgverzekeringsmarkt wordt gereduceerd. *Wettelijke premieregulering* leidt tot prikkels tot risicoselectie. Risicoselectie kan diverse negatieve effecten hebben, zoals verminderde toegankelijkheid voor chronisch zieken tot goede kwaliteit zorg (Dudley et al. 1998; Beaulieu et al. 2006; Van de Ven 2012), verminderde doelmatigheid, en onbedoelde premieverschillen tussen hoge risico's en lage risico's. Bij imperfecte ex-ante risicoverevening worden beleidsmakers dus geconfronteerd met een *lastige afweging tussen toegankelijkheid, doelmatigheid en het tegengaan van risicoselectie*.

2.8 Geen liftersgedrag (free-riders)

Voorkomen moet worden dat mensen zich opzettelijk niet verzekeren of onvoldoende verzekeren (bijvoorbeeld een te hoog eigen risico kiezen) vanuit de gedachte dat indien zij zelf dure zorg niet kunnen betalen, anderen met altruïstische preferenties voor hen zullen betalen. Door dergelijk gedrag zou op den duur de betaalbaarheid van de zorg onder druk komen te staan. Liftersgedrag kan worden vermindert door bijvoorbeeld een verzekeringsplicht voor mensen tot een bepaalde inkomensgrens.

2.9 Effectief toezicht op de kwaliteit van zorg

Behalve dat consumenten door transparantie en consumenteninformatie (voorwaarde 2) beter in staat moeten zijn om de kwaliteit van zorg te beoordelen, heeft de overheid ook een taak om burgers effectief te beschermen tegen kwakzalverij en ondermaatse kwaliteit zorg. Er moet een krachtige, onafhankelijke autoriteit zijn die actief de belangen van de consument in de zorg waarborgt en zo nodig effectief ingrijpt (vergelijk het veiligheidstoezicht in de luchtvaart).

2.10 Gegarandeerde toegang tot basiszorg

Een laatste voorwaarde is dat iedereen gegarandeerd toegang heeft tot voldoende gekwalificeerde zorgaanbieders zonder excessieve reistijd of wachttijd. In Nederland zijn voor maatschappelijk aanvaardbare wachttijden door vertegenwoordigers van de verschillende zorgorganisaties in 2000 de zogenoemde Treeknormen opgesteld (<http://www.treeknorm.nl/>). Zonder collectieve waarborgen hiervoor is de fysieke toegankelijkheid van noodzakelijke zorg – bijvoorbeeld in dunbevolkte regio's – niet gegarandeerd.

3 Voorwaarden gereguleerde concurrentie gerealiseerd?

Vanaf 1990 is geleidelijk een aanvang gemaakt met de realisatie van diverse voorwaarden voor gereguleerde concurrentie in de curatieve zorg. Met de invoering van de de Zorgverzekeringswet, de Wet Marktordening Gezondheidszorg, de Wet Toelating Zorginstellingen en de Mededingingswet zijn belangrijke verdere stappen gezet. Onderstaand wordt een 'quick scan' gegeven van de mate waarin in 2006 en 2012 is voldaan aan de bovengenoemde voorwaarden. Een samenvatting hiervan is gegeven in tabel 1. De geestelijke gezondheidszorg en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) blijven hierbij buiten beschouwing.

3.1 Keuzevrijheid verzekerde

Vanaf 2006 heeft iedereen jaarlijks een grote keuze uit zorgverzekeraars en aangeboden polissen en zijn alle zorgverzekeraars wettelijk verplicht iedereen te accepteren zonder uitsluitingen, en voor dezelfde premie per polis. Er is geen opzegtermijn, en zorgverzekeraars reduceren de administratieve rompslomp bij het switchen door nieuwe klanten aan te bieden namens hen de oude zorgverzekering op te zeggen (de zogenaamde opzegservice). De keuzevrijheid van de consument kan echter worden belemmerd door aanvullende verzekeringen en polis-gebonden subsidies van bijvoorbeeld werkgevers. De groep verzekerden die zich gebonden voelt aan de huidige zorgverzekeraar is de afgelopen jaren toegenomen (Roos en Schut 2012; Duijmelinck en Van de Ven 2011). Begin 2011 verwachtte ruim de helft van de mensen met een slechte of matige gezondheid en een derde van de 55+'ers dat hun huidige zorgverzekeraar de aanvullende verzekering tegen gunstigere voorwaarden afsluit dan een andere verzekeraar zal doen (Duijmelinck en Van de Ven, 2011). Vanwege de koppelverkoop van de basis- en aanvullende verzekering zullen deze hoogrisicoverzekerden ook niet van verzekeraar veranderen voor de basisverzekering. Hierdoor hebben zorgverzekeraars een sterk verminderde prikkel om bij de zorginkoop en serviceverlening in te gaan op hun specifieke preferenties. Op termijn kan dit leiden tot een verminderde kwaliteit van zorg voor ouderen en chronisch zieken.

3.2 Transparantie en consumenteninformatie (polissen en zorgproducten)

Zorgpolissen

Sinds 2006 zijn de zorgpolissen op hoofdlijnen redelijk goed vergelijkbaar en is in toenemende mate informatie beschikbaar over de consumenttevredenheid met hun zorgverzekeraar. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (2010) heeft eind 2009 de informatie van de vergelijkings-sites beoordeeld. Er zijn tien sites gecontroleerd. De sites zijn beoordeeld op volledigheid, juistheid, inzichtelijkheid en transparantie. Alle sites hadden de maximale score

op volledigheid. Op één site na scoorden alle sites ook de maximale score op juistheid. Ook op inzichtelijkheid en transparantie scoorden alle sites goed.

Voor de consument is echter veelal niet duidelijk: (1) of het om een natura- of restitutiepolis gaat, dat wil zeggen of men aanspraak heeft op zorg (natura) of op vergoeding van de gemaakte zorgkosten (restitutie); (2) wie de (niet-)gecontracteerde zorgaanbieders zijn en (3) hoe hoog de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg is. Voorts reduceert een toenemende differentiatie van de aanvullende verzekeringen de transparantie van de aanvullende verzekeringen. Vanwege de koppeling tussen de aanvullende verzekering en de basisverzekering worden hierdoor de transactiekosten, bijvoorbeeld zoekkosten, van switchen voor de basisverzekering verhoogd.

Zorgaanbieders

Vanaf het begin van deze eeuw zijn de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in ontwikkeling. De ruim 30.000 ontwikkelde DBC-zorgproducten zijn vanaf 2012 vervangen door 4.400 nieuwe DBC-zorgproducten onder de codenaam DOT (DBC's op weg naar transparantie). Hiermee wordt transparantie van zorgproducten beoogd. Hoewel in toenemende mate informatie beschikbaar komt over de kwaliteit, prijs en dienstverlening van zorgverleners en zorgverzekeraars (www.kiesbeter.nl, IGZ-indicatoren, CQ-index, patiëntenorganisaties, ziekenhuisranglijsten in Algemeen Dagblad en Elsevier), is er nog steeds een gebrek aan adequate informatie over goede uitkomstmaatstaven, gecorrigeerd voor de patiëntenpopulatie (Boonen en Schut 2011).

137

3.3 Financiële prikkels tot doelmatigheid (consumenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders)

Consumenten

Ten aanzien van de consument kan worden gewezen op het mogelijke premievoordeel bij de jaarlijkse keuze van zorgverzekeraar/polis, op het verplicht eigen risico, het vrijwillig eigen risico en bonussen (die in beginsel kunnen oplopen tot 720 euro in 2012) bij behandeling door (door de zorgverzekeraar geselecteerde) voorkeur-zorgaanbieders. De financiële prikkels tot doelmatigheid voor de consument worden echter beperkt door de relatief hoge nominale premie en door een beperkt remgeldeffect van het huidige eigen risico.

Een relatief hoge nominale premie leidt ceteris paribus tot minder sterke prikkels voor premieconcurrentie dan een relatief lage nominale premie, zoals onder de voormalige Ziekenfondswet of zoals in Duitsland (Schut en Van de Ven 2010). Een hoge nominale premie leidt namelijk tot kleine relatieve premieverschillen tussen verzekeraars, terwijl de absolute verschillen gelijk blijven. Uit economisch-psychologisch onderzoek is bekend dat men-

sen sterker op dezelfde absolute prijsverschillen reageren als de relatieve verschillen groter zijn (zie bijvoorbeeld Tversky en Kahneman 1981). Zeker in de huidige sterk geconcentreerde verzekeringsmarkt, waarbij vier grote zorgverzekeraars een gezamenlijk marktaandeel van circa 90% hebben, is het van belang dat consumenten sterk gevoelig zijn voor premie- en kwaliteitsverschillen.

In de huidige opzet heeft het eigen risico geen remgeldeffect voor chronisch zieken en ouderen die zeker weten dat hun zorgkosten boven het eigen risico bedrag uitkomen (Van Kleef et al. 2009; Oortwijn et al. 2012). Bovendien is het eigen risico niet van toepassing op huisartsenzorg, terwijl dit nu juist het type zorg is waar consumenten zelf het meeste invloed op kunnen uitoefenen. Voorts is het remgeldeffect gering omdat maar weinig mensen (circa 6%) kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Ten slotte is de hoogte van het eigen risico onafhankelijk van het inkomen, terwijl het remgeldeffect afneemt met de hoogte van het inkomen.

Zorgverzekeraars

De financiële prikkels tot doelmatigheid voor zorgverzekeraars zijn sinds 2006 sterk toegenomen. In 2006 werden zorgverzekeraars achteraf gecompenseerd voor gemiddeld 47% van hun winst of verlies op de zorgkosten (exclusief administratiekosten en beleggingsresultaat); in 2012 is dit percentage gereduceerd tot circa 8%.

Zorgaanbieders

In 2006 gold voor circa 90% van de ziekenhuisomzet de systematiek van de functiegerichte budgettering en was in de zorg veelal sprake van op output gebaseerde betaling-per-verrichting. Deze bekostigingswijzen bevatten geen prikkels tot doelmatigheid.

Voor de meeste zorgaanbieders is de afgelopen jaren sprake van een toename van de financiële prikkels tot doelmatigheid op microniveau ten aanzien van de eigen bedrijfsvoering. Sinds 2006 zijn bijvoorbeeld de subsidies voor de kapitaallasten van ziekenhuizen geleidelijk afgeschaft. Bij de honoreringswijzen ontbreken echter veelal financiële prikkels tot doelmatigheid op macroniveau. Zo worden ziekenhuizen grotendeels betaald op basis van het volume aan geleverde zorg, zonder dat duidelijk is of dit ook tot betere uitkomsten leidt. Voorts ontbreken in de honoreringswijzen van huisartsen en specialisten prikkels tot goede samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnszorg, terwijl hier juist grote potentiële doelmatigheidswinst is te behalen (Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging 2012).

Met ingang van 2012 is het wettelijk mogelijk voor de overheid een macrobudget voor de totale ziekenhuiskosten op te leggen (het zogenaamde 'Macrobeheersinstrument'). Als ziekenhuizen gezamenlijk dit budget overschrijden, kan de overheid de overschrijding bij alle individuele ziekenhui-

zen terugvorderen naar rato van hun marktaandeel. Een macrobudget gaat echter niet goed samen met prijsconcurrentie, omdat het de prijsconcurrentie afstraft, de prikkel tot innovatie vermindert en leidt tot ongewenste afwenteling (Schut et al. 2010; 2011). Ziekenhuizen zullen naar verwachting anticiperen op een mogelijke omzetheffing door een verhoging van prijzen. Tijdens de gesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars kreeg de Commissie Baarsma (2012) de bevestiging dat dit inderdaad het geval is. Voor ziekenhuizen in de meest concurrerende regio's zijn de mogelijkheden hiertoe echter minder groot dan voor ziekenhuizen in minder concurrerende regio's. Door de generieke korting bij een overschrijding van het macrobudget worden de ziekenhuizen in de meest concurrerende regio's de dupe van de prijsverhogingen door ziekenhuizen in minder concurrerende regio's en kunnen zij gedwongen worden om, bijvoorbeeld via fusies, de onderlinge concurrentie te beperken. De permanente dreiging van generieke kortingen zal er ook toe leiden dat ziekenhuizen minder bereid zijn om te investeren in kwaliteitsverbeteringen en zal toetreding onaantrekkelijk maken, waarmee de potentiële concurrentie door nieuwe marktpartijen wordt gereduceerd. Ten slotte zullen de makrokortingen leiden tot een afwenteling van het vrije op het gereguleerde prijssegment. Ziekenhuizen die op een generieke korting anticiperen door hun marges te vergroten, kunnen dit alleen doen door de prijzen in het vrije prijssegment te verhogen. Bij een gelijkblijvend macrobudget zullen hierdoor de uitgaven in het prijsgereguleerde segment worden verdrongen. Investerings in die zorg worden dan steeds minder aantrekkelijk, met als gevolg dat de zorg in het prijsgereguleerde segment verschaalt.

3.4 Betwistbare markten (zorgverzekeraars en zorgaanbieders)

Zorgverzekeraars

Op de zorgverzekeringsmarkt is aan deze voorwaarde in theorie voldaan. De Zorgverzekeringwet staat nieuwe toetreding toe en in het geval van uittreding (faillissement) is de positie van de verzekerden volledig gewaarborgd (art. 31.1 Zorgverzekeringwet). Volgens de Nederlandse Zorgautoriteit is er op de zorgverzekeringsmarkt ruimte voor toetreding, maar zijn er in de praktijk ook een aantal drempels, zoals solvabiliteitseisen, aanvangsinvesteringen, regeldruk, gevolgen van de risicoverevening, collectiviteiten en de benodigde (regionale) inkoopmacht (NZa 2012).

Zorgaanbieders

Op de markt van zorgaanbieders zijn door de functionele omschrijving van het basispakket, door de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om selectief te contracteren, en door het afschaffen van bouwvergunningen mogelijkheden voor nieuwe zorgaanbieders gecreëerd om de markt te betreden. Voor nieuwe individuele beroepsbeoefenaren is de toegang tot de markt veelal beperkt

door een beperkt aantal beschikbare opleidingsplaatsen. Bovendien heeft de beroepsgroep zelf invloed op het aantal opleidingsplaatsen. Voorts werd de betwistbaarheid op de ziekenhuismarkt in de eerste jaren na de invoering van de Zorgverzekeringswet beperkt doordat de overheid falende ziekenhuizen (bijvoorbeeld de IJsselmeerziekenhuizen) niet failliet liet gaan. Het standpunt van de overheid is echter veranderd. De overheid voelt zich niet langer verantwoordelijk voor de continuïteit van een individuele zorginstelling, maar alleen voor de continuïteit van zorg (zie bijvoorbeeld de brief van de regering aan de Tweede Kamer betreffende 'Waarborgen voor continuïteit van zorg' d.d. 27 april 2011). Omdat zich sindsdien nog geen grootschalig faillissement heeft voorgedaan, is het onbekend of dit standpunt in de praktijk politiek uitvoerbaar is. Ten slotte wordt toetreding belemmerd door het verbod voor ziekenhuizen om winst uit te keren. Hoewel dit verbod als zodanig in de praktijk op tal van manieren kan worden omzeild, is het voor private investeerders niettemin lastig om bestaande ziekenhuizen over te nemen, vanwege de specifieke eigendomsstructuur (stichtingen) van de meeste ziekenhuizen (NRC 7 juli 2012).

3.5 *Contractvrijheid*

140

Ten opzichte van de voorafgaande jaren ontstaat in toenemende mate meer contractvrijheid in de relatie zorgverzekeraar-zorgaanbieder en in de relatie zorgverzekeraar-verzekerde. Dankzij de functionele omschrijving van het basispakket, de mogelijkheid van selectief contracteren en de vrije(re) prijzen kunnen zorgverzekeraars verschillende zorgpolissen aanbieden met uiteenlopende zorgarrangementen en keuzemogelijkheden in zorgaanbod. Sinds 2006 is de vrijheid in de prijsvorming toegenomen voor fysiotherapeuten, huisartsen, apothekers en diëtisten. Het aandeel van de ziekenhuisomzet waarvoor vrije prijzen gelden (het zogenaamde B-segment) is toegenomen van 10% in 2006 tot 70% in 2012.

3.6 *Effectieve mededingingsregels*

Sinds 1998 vallen alle zorgaanbieders onder de Mededingingswet. Sinds 2006 geldt dit ook voor alle zorgverzekeraars. Daarnaast heeft de Nederlandse Zorgautoriteit de mogelijkheid om bij een aanmerkelijke marktmacht in te grijpen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg). In de praktijk valt echter regelmatig kritiek te beluisteren op de wijze waarop de bevoegde autoriteiten met hun bevoegdheden omgaan (bijvoorbeeld Loozen et al. 2011).

Een tekortkoming in de Mededingingswet lijkt dat voor zorgfusies onder de omzetrempel van 55 miljoen euro geen voorafgaande melding bij en toestemming van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) vereist is. Deze tekortkoming speelt vooral bij fusies tussen maatschappen van medische specialisten. Bij de Nederlandse ziekenhuizen is in de afgelopen decen-

nia het uitgangspunt geweest dat medisch specialisten niet de ruimte moet worden geboden om activiteiten buiten het eigen ziekenhuis toe te staan. Dit wordt gezien als het creëren van concurrentie met het eigen ziekenhuis die op termijn de positie van het ziekenhuis kan uithollen. Thans lijkt echter een trend zichtbaar van zogenaamde fusie- of regiomaatschappen. Dat wil zeggen dat ziekenhuizen hun eigen specialisten toestemming geven in naburige ziekenhuizen werkzaam te zijn en tevens aan specialisten uit die ziekenhuizen op grote schaal toelatingsovereenkomsten geven om in het eigen ziekenhuis werkzaam te zijn. Hierdoor kunnen de fusiemaatschappen in belangrijke mate de patiëntenstroom richting de betrokken ziekenhuizen in de regio beïnvloeden en zodoende de omvang en de case-mix van de behandelingen in elk van de ziekenhuizen bepalen. Dit maakt de ziekenhuizen sterk afhankelijk van de (wensen van de) fusiemaatschappen, maakt het vrijwel onmogelijk voor individuele ziekenhuizen om zelfstandig op verantwoorde wijze langetermijninvesteringen (nieuwbouw, apparatuur) te doen, en maakt het zeer lastig voor zorgverzekeraars om selectief met de betreffende ziekenhuizen te contracteren. De NMa kan vanwege de omzetzijde van 55 miljoen nauwelijks iets doen tegen fusiemaatschappen. Zij kan alleen optreden indien door deze maatschapsfusies een meldingsplicht ontstaat op ziekenhuisniveau (Tweede Kamer 2008). Indien sprake is van een aanmerkelijke marktmacht kan de NZa hier tegen optreden, maar de vraag is of dit instrument in de praktijk voldoende slagvaardig is en of de NZa voldoende zicht heeft op deze ontwikkeling.

3.7 Kruissubsidies zonder prikkels tot risicoselectie

Kruissubsidies tussen risico- en inkomensgroepen worden gerealiseerd via een systeem van ex-ante risicoverevening, inkomensafhankelijke bijdragen, ex-post kostencompensaties, inkomensafhankelijke zorgsubsidies en een verbod op premiedifferentiatie per polis. De risicoverevening beoogt zorgverzekeraars vooraf een financiële compensatie te geven voor hoogrisicoverzekerden op basis van hun voorspelde zorgkosten, voor zover die samenhangen met gezondheid (incl. leeftijd en geslacht). Hoewel de risicoverevening sinds 2006 sterk is verbeterd, is de ex-ante risicoverevening nog niet op orde (Van Kleef et al. 2012; rapport van de Commissie Don 2012). Voorts is het financieel risico voor de zorgverzekeraars in de periode 2006-2012 verhoogd van 53% naar 92%. Per saldo is de prikkel tot risicoselectie in deze periode toegenomen.

De imperfecte risicoverevening in combinatie met het verbod op premiedifferentiatie heeft als belangrijk nadeel dat de zorgverzekeraars geen financiële prikkel hebben om zoveel mogelijk in te spelen op de preferenties van de groepen verzekerden die een voorspelbaar verlies opleveren (veelal chronisch zieken). Integendeel zelfs. Een zorgverzekeraar die de beste zorgarrangementen voor hen zou contracteren en daarmee adverteert, zou veel voor-

spelbaar verliesgevende verzekerden aantrekken (Beaulieu et al. 2006). Een ander nadeel is dat een doelmatige zorgverzekeraar met relatief veel hoogrisicoverzekerden een slechtere financiële marktpositie kan hebben dan – en daardoor worden weggeconcurrereerd door – een ondoelmatige zorgverzekeraar met relatief weinig hoogrisicoverzekerden.

3.8 Geen liftersgedrag (free-riders)

Ondanks de verzekeringsplicht is in de jaren na de invoering van de Zorgverzekeringswet (2006) sprake van enkele honderdduizenden onverzekerden en wanbetalers. Bijvoorbeeld in 2008 hadden circa 170.000 verzekeringsplichtigen geen zorgverzekering afgesloten en hadden circa 300.000 volwassen verzekerden een premieschuld van meer dan 6 maanden (Van de Ven en Schut 2010). In de laatste jaren heeft de overheid met nieuwe wet- en regelgeving een grote inspanning geleverd om het aantal onverzekerden en wanbetalers terug te dringen (VWS-verzekerdenmonitor 2011). Als ultimium remedium kan een onverzekerde door het College voor Zorgverzekeringen worden ingeschreven als verzekerde bij een zorgverzekeraar en kan de premie worden geïnd via een loonbeslag.

142

3.9 Effectief toezicht op de kwaliteit van zorg

Het toezicht op de (bodem)kwaliteit van zorg door de Inspectie voor de Volksgezondheid lijkt voldoende, maar kan mede door de beperkte menskracht nooit een volledige kwaliteitsgarantie bieden. Naarmate voorwaarde 2 (transparantie en consumenteninformatie) beter wordt vervuld, is voorwaarde 9 ceteris paribus eenvoudiger te realiseren. Hier ligt ook een belangrijke taak voor het in 2013 op te richten Nederlandse Zorginstituut (NZi).

3.10 Gegarandeerde toegang tot basiszorg

Bij een naturapolis heeft de verzekerde aanspraak op zorg en heeft de zorgverzekeraar een leveringsplicht ('zorgplicht'). Deze leveringsplicht impliceert dat de zorgverzekeraar tegenover de verzekerde moet instaan voor de daadwerkelijke, tijdige en behoorlijke verlening van die zorg. Een tekortkoming op een of meer van die punten levert in principe wanprestatie op (Van der Most 2007). In beginsel biedt een naturapolis hierdoor voldoende (juridische) garantie dat de verzekerde de benodigde zorg ook daadwerkelijk zal kunnen krijgen.

Bij een restitutiepolic houdt de zorgplicht in dat de zorgverzekeraar, desgevraagd door de verzekerde, moet overgaan tot zorgbemiddeling. Deze inspanningsverplichting biedt aan verzekerden met een restitutiepolic onvoldoende garantie dat zij de benodigde zorg daadwerkelijk kunnen krijgen. Aangezien verzekeraars ervoor kunnen kiezen om uitsluitend een restitutiepolic aan te bieden, is er geen waterdichte garantie op toegang tot basiszorg.

Tabel 1: De mate waarin in Nederland aan de voorwaarden van gereguleerde concurrentie is voldaan, in 2006 en 2012

Voorwaarden	2006	2012
1. Keuzevrijheid verzekerde	- / +	- / +
2. Transparantie en consumenteninformatie		
- zorgpolis(sen)	- / +	- / +
- zorgproducten	-	- / +
3. Financiële prikkels tot doelmatigheid		
- consumenten	- / +	- / +
- zorgverzekeraars	- / +	+
- zorgaanbieders	- / -	-
4. Betwistbare markten		
- zorgverzekeraars	+	+
- zorgaanbieders	-	- / +
5. Contractvrijheid	- / +	+
6. Effectieve mededingingsregels		
- zorgverzekeraars	+	+
- zorgaanbieders	+	+
7. Kruissubsidies zonder prikkels tot risicoselectie	- / +	- / +
8. Geen liftersgedrag (free-riders)	- / +	+
9. Effectief toezicht op kwaliteit van zorg	+	+
10. Gegarandeerde toegang tot basiszorg	+	+

Legenda:

- = in het geheel niet voldaan;
- = in hoge mate niet voldaan;
- / + = gedeeltelijk voldaan, gedeeltelijk niet voldaan;
- + = in hoge mate voldaan;
- ++ = volledig voldaan.

4 Prioriteiten en oplossingsrichtingen

Om de beoogde doelen van gereguleerde concurrentie te kunnen realiseren is van belang dat verder geïnvesteerd wordt in het realiseren van de daarvoor noodzakelijke voorwaarden. Hierbij zou prioriteit gegeven moeten worden aan de voorwaarden waaraan thans het minst is voldaan: het wegnemen van belemmeringen voor de keuzevrijheid van de verzekerde, het bevorderen van transparantie en consumenteninformatie, het vergroten van de financiële prikkels tot doelmatigheid voor consumenten en zorgaanbieders, en het verbeteren van de risicoverevening. Wij zullen kort ingaan op een aantal manieren waarop beter aan deze voorwaarden kan worden voldaan.

4.1 Wegnemen belemmeringen keuzevrijheid

Het wegnemen van de belemmeringen van de keuzevrijheid van de verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt zou in beginsel kunnen door te intervenieren in de aanvullende verzekering (bijvoorbeeld via een acceptatieplicht en premieregulering), maar dit is strijdig met de Europese verzekeringsrichtlijnen. Wel kan een oplossingsrichting gezocht worden in het beperken van het (financiële) belang van de aanvullende verzekering, waardoor de behoefte van de consument aan een aanvullende verzekering afneemt (Roos en Schut 2012). Een effectieve manier om het belang van de aanvullende verzekering te beperken is een kritische doorlichting van het huidige aanvullende pakket en een terughoudend beleid ten aanzien van het uitdunnen van het basispakket. Een tweede manier om het belang van de aanvullende verzekering te beperken is het geven van goede voorlichting over het nut en de noodzaak van zo'n verzekering. Voorts is de suggestie gedaan om het acceptatiebeleid van verzekeraars te monitoren en transparant te maken. Een andere oplossing is het samenvoegen van de basis- en aanvullende verzekering in basispluspolissen, waarbij de acceptatieplicht wordt uitgebreid voor alle basispluspolissen. Deze oplossing sluit naadloos aan bij de huidige praktijk van koppelverkoop tussen basis- en aanvullende verzekeringen (Duijmelinck en Van de Ven 2011).

144

4.2 Transparante consumenteninformatie over kwaliteit van zorg

Hoewel de afgelopen jaren flinke vooruitgang is gerealiseerd, is de ontwikkeling en verspreiding van bruikbare en betrouwbare informatie over kwaliteit van zorg een Achilleshiel van het zorgstelsel. Het is van groot belang hoge prioriteit te (blijven) geven aan het verder ontwikkelen van indicatoren van de kwaliteit van zorg. Het gaat hierbij om zowel structuur-, proces- en uitkomstindicatoren als indicatoren van klanttevredenheid. Vervolgens moet deze informatie op transparante wijze publiekelijk toegankelijk worden gemaakt voor zowel patiënten, zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Hier ligt een belangrijke taak voor het in 2013 op te richten Nederlandse Zorginstituut (NZi). Daarnaast moet transparante informatie beschikbaar zijn over zorgpolissen, in het bijzonder (1) of het om een natura- of restitutiepolis gaat; (2) wie de (niet-)gecontracteerde zorgaanbieders zijn en (3) hoe hoog de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg is.

4.3 Vergroten prijsgevoeligheid consument

De premiegevoeligheid van de consument kan worden vergroot door het verlagen van de zorgpremie tot gemiddeld nul en verhoging van de inkomensafhankelijke bijdragen zónder inkomensherverdeling (door deze te verhogen met de gemiddelde zorgpremie minus de gedeerde zorgtoeslag) (Schut en Laske-Aldershof 2001; Schut en Van de Ven 2010). De werkgeversbijdragen kunnen ongewijzigd blijven. Bij een gemiddelde zorgpremie van nul euro krijgen verzekerden bij doelmatige zorgverzekeraars zorgpremie

teruggestort, terwijl verzekerden bij ondoelmatige zorgverzekeraars moeten bijbetalen. Dit zal de concurrentie tussen de zorgverzekeraars op scherp zetten en zal de zorgverzekeraars ertoe aanzetten alles in het werk te stellen om de patiënten en zorgaanbieders aan te zetten tot kostenbewust gedrag. Daarnaast heeft een gemiddelde zorgpremie van nul euro de volgende voordelen: minder premiederving per wanbetaler, een sterke vermindering van de prikkels tot wanbetaling en niet-verzekeren, en de zorgtoeslag kan komen te vervallen hetgeen leidt tot verminderde uitvoeringskosten en een vermindering van de collectieve uitgaven met circa vier miljard.

De prijsgevoeligheid van de consument kan worden vergroot door ook de kosten van huisartsenzorg onder het eigen risico te laten vallen (Van de Ven en Schut 2010). Eigen betalingen voor huisartsenzorg zullen niet alleen het aantal huisartsconsulten verminderen, maar ook leiden tot een vermindering van dure vervolgzorg (geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek, verwijzing naar specialist, ziekenhuisopname). De prijsgevoeligheid van de ‘grootgebruikers in de zorg’ (chronisch zieken en ouderen) kan worden vergroot door het verplichte eigen risico voor hen niet te laten gelden voor de kosten vanaf nul euro, maar bijvoorbeeld vanaf 500 euro of 2.000 euro, afhankelijk van hun verwachte zorguitgaven. In dat geval kan kostenbewust gedrag ook voor hen financieel voordeel opleveren. En vanwege hun omvangrijk zorggebruik kan het remgeldeffect fors zijn (Van Kleef et al. 2009). Ten slotte zou de hoogte van het eigen risico ook kunnen worden gedifferentieerd naar inkomen om mensen met een hoger inkomen meer zorguitgaven voor eigen rekening te laten nemen en evenredig te prikkelen tot kostenbewust gedrag.

4.4 Vergroten financiële prikkels tot doelmatigheid zorgaanbieders

Veel doelmatigheidswinst kan worden gerealiseerd door een goede samenwerking tussen de zorgaanbieders, in het bijzonder tussen de eerste- en tweedelijnszorg. Een eerste belangrijke stap tot goede samenwerking vooral binnen de eerstelijnszorg is gezet met de zogenaamde integrale bekostiging voor drie aandoeningen (diabetes, vasculair risicomanagement en Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)) sinds 2010. Integraal wil zeggen dat de zorgverzekeraar de zorg inkoop bij één partij die verantwoordelijk is voor de totale zorg voor de betreffende aandoening. Voordien waren afzonderlijke zorgverleners zoals huisartsen, diëtisten, fysiotherapeuten, podotherapeuten, internisten en oogartsen elk verantwoordelijk voor een onderdeel van de zorg. De integrale bekostiging heeft ertoe geleid dat een vrijwel landelijk dekkend netwerk van zorggroepen is ontstaan waarbinnen de genoemde zorgprofessionals onderling samenwerken. De Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (2012) constateert echter dat de integrale bekostiging nog verre van integraal is en belangrijke weeffouten kent. Zo is een belangrijke tekortkoming dat de bekostigingsmethode zich beperkt tot de eerstelijnszorg. Om de doelmatigheidswinst te verzilveren is het nodig de productie-prikkels in

de tweede lijn te verminderen. Dit zou kunnen door een groter deel van de tweedelijnskosten onderdeel te maken van de integrale bekostiging. De commissie ziet de huidige integrale bekostiging dan ook als een tussenstap naar populatiegerichte bekostiging, dat wil zeggen bekostiging die integraal is op het niveau van de patiënt of de verzekerde populatie. Geleidelijk zouden de contracten voor goed functionerende zorggroepen kunnen worden uitgebreid met meer vormen van zorg, met name tweedelijnszorg.

Macrobudget: ‘in dubio abstine’

Zoals in paragraaf 3.3 aangegeven vermindert het zogenaamde ‘Macrobeheersinstrument’ de financiële prikkels tot doelmatigheid van de ziekenhuizen. Baarsma et al. (2012) hebben diverse voorstellen gedaan om het spanningsveld tussen gereguleerde concurrentie en een macrobudget te verminderen. Door het wettelijk recht op zorg kan volgens de commissie echter vooraf geen volledige zekerheid worden geboden dat zorguitgaven onder alle omstandigheden binnen de grenzen van het Budgettair Kader Zorg te blijven. Wel stelt men dat aanvullende maatregelen mogelijk zijn om marktpartijen maximaal te prikkelen ‘binnenskaders’ te blijven. Voorgesteld wordt om de toekomstige zorguitgaven zo objectief mogelijk te ramen: het Budgettair Kader Zorg (BKZ) voor vier jaar vast te stellen en op een transparante manier door te vertalen naar de diverse zorgvormen; het macrokader toe te delen aan zorgverzekeraars; voor zorg die tot de basisverzekering behoort het sluiten van overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders een vereiste te maken; en – alleen indien zorgverzekeraars de aan hen toebedeelde rol als kritische inkopers onvoldoende waar (kunnen) maken – wettelijk vast te stellen dat verzekeraars niet meer mogen contracteren dan de aan hen toebedeelde contracteerruimte. Het is onbekend hoe effectief deze oplossingen zullen zijn. Eerder hebben wij een alternatief bepleit waarbij onderdelen van de ziekenhuiszorg waarvoor verwacht kan worden dat de markt op redelijk korte termijn effectief kan gaan werken, voor een nader te bepalen periode buiten het macrobudget worden geplaatst (Schut en Van de Ven, 2009). Gedurende die evaluatieperiode zou de overheid niet moeten ingrijpen in prijzen of volumina. Door deze vrije deelmarkten buiten het geldende macrobudget te plaatsen, wordt ook voorkomen dat eventuele extra uitgaven van het vrije segment op het prijsgeruleerde segment worden afgewenteld. Als na de evaluatieperiode blijkt dat effectieve concurrentie niet ontstaat, kan de overheid besluiten om de desbetreffende vorm van zorg weer onder macrobudgettaire curatele te stellen. Voor de betrokken geliberaliseerde partijen betekent dit een extra stimulans om het geschonken vertrouwen waar te maken.

Aangezien prijsconcurrentie tussen ziekenhuizen niet structureel kan samengaan met een macrobudget voor de ziekenhuiszorg, moet de overheid ondubbelzinnig kiezen voor prijsconcurrentie zonder macrobudget of

voor een macrobudget zonder prijsconcurrentie. Een combinatie van beide leidt tot het slechtste van twee werelden. Net als ziekenhuizen en zorgverzekeraars, zal het kabinet daarom aan goed risicomangement moeten doen. Zorgvuldiger dan tot nu is gebeurd, zal moeten worden nagegaan welke zorgvormen wel en welke niet op korte en langere termijn verantwoord geliberaliseerd kunnen worden. Bij gereede twijfel zou het adagium moeten gelden: *in dubio abstinere*. Vervolgens kan voor de ziekenhuisproducten die zich daarvoor lenen tot echte liberalisering worden overgegaan, dat wil zeggen de invoering van vrije prijzen zonder macrobudget.

4.5 Risicoverevening verbeteren

Verdere verbetering van de risicoverevening is een *conditio-sine-qua-non*. Voor diverse groepen van hoogrisicoverzekerden met een substantiële omvang (veelal meer dan 10% van de bevolking) is bij een gemiddelde premie sprake van substantiële voorspelbare verliezen (gemiddeld honderden euro's per persoon per jaar; exclusief de *ex-post* kostencompensaties). Voorts zijn er 5.000 tot 8.000 zeldzame aandoeningen, met in Nederland naar schatting in totaal 1 miljoen patiënten, die thans niet expliciet in de *ex-ante* risicoverevening zijn opgenomen (Van de Ven en Schut 2010).

De Commissie Don (2012) heeft de risicoverevening geëvalueerd en ziet voor de door haar geconstateerde manco's in het vereveningsstelsel concrete mogelijkheden voor verbetering. Zo stelt zij voor om de volgende nieuwe risicokenmerken in de verevening op te nemen: hulpmiddelenkostengroepen, een indicator van het gebruik van AWBZ-zorg in het voorafgaande jaar, opleiding/student, en meerjarig-lage kosten. Ook stelt zij voor de bestaande gezondheidskenmerken zodanig aan te passen dat de groepen mensen die in het voorafgaande jaar medicijngebruik hadden of een specialist of fysiotherapeut bezocht hebben, niet langer voorspelbaar verliesgevend zijn. Vergelijkbare aanbevelingen zijn gedaan door Van Kleef et al. (2012). Voorts stelt de Commissie Don voor om voor de kosten van zwangerschap en geboorte achteraf een vaste vergoeding te geven in plaats van de huidige *ex-ante* verevening door middel van een verhoogde vereveningsbijdrage voor iedere vrouwelijke verzekerde in de vruchtbare leeftijd. Ten slotte zouden verzekeraars voor verzekerden met extreem hoge kosten, bijvoorbeeld boven de 50.000 euro, *ex post* kunnen worden gecompenseerd. Dergelijke *ex-post* correcties hoeven naar de mening van de commissie bij goede vormgeving geen ernstige negatieve prikkels op de doelmatigheid te bevatten.

5 Conclusies, discussie en advies

In dit preadvies zijn de voorwaarden besproken waaraan bij gereguleerde concurrentie in de zorg moet zijn voldaan om door de overheid gestelde publieke doelen (kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid) zo veel mogelijk te waarborgen. In Tabel 1 zijn deze voorwaarden samengevat alsmede de

mate waarin aan deze voorwaarden is voldaan. Tevens zijn prioriteiten op de onvoltooide agenda aangegeven.

Het overwegende beeld is dat in 2012 aan de meeste voorwaarden in zekere mate is voldaan, maar dat aan vrijwel geen van de voorwaarden volledig is voldaan. Wel is sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 per saldo vooruitgang geboekt in het vervullen van de genoemde voorwaarden. In 2012 is vooruitgang geboekt ten opzichte van 2006 wat betreft de consumenteninformatie over zorgproducten, de financiële prikkels tot doelmatigheid voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders, de betwistbaarheid van de ziekenhuismarkt, de contracteervrijheid en het tegengaan van liftersgedrag. Hier staat tegenover dat de prikkel tot risicoselectie, ondanks de flinke verbeteringen van de risicoverevening, in 2012 groter is dan in 2006. Ook is de transparantie op de markt van aanvullende verzekeringen sinds 2006 afgenomen. Een belangrijke tekortkoming is de gebrekkige informatie over kwaliteit van zorg. Ook op dit complexe terrein is weliswaar vooruitgang, maar deze is vooralsnog beperkt en verloopt traag. Een ernstige beperking van de effectieve concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt is dat zorgverzekeraars onvoldoende prikkels hebben om in te spelen op de preferenties van juist degenen die veel zorg gebruiken (de chronisch zieken en ouderen). Een zorgverzekeraar heeft vanuit financieel oogpunt geen belang bij een goede reputatie voor de behandeling van ernstige aandoeningen waarvoor de risicoverevening geen passende compensatie biedt. Voorts zijn veel ouderen en chronisch zieken, uit angst om de aanvullende verzekering te verliezen, niet geneigd om van zorgverzekeraar te veranderen. Zolang van stemmen met de voeten door chronisch zieken en ouderen geen effectieve dreiging uitgaat naar de zorgverzekeraars, is het twijfelachtig of de stelselwijziging in de zorg voor hen succesvol kan zijn.

Aangezien belangrijke voorwaarden voor effectieve gereguleerde concurrentie nog onvoldoende zijn vervuld, is het niet realistisch om op korte termijn hoge verwachtingen te koesteren over de te behalen doelmatigheidswinsten. Om die te bereiken is nog een forse inspanning nodig om de agenda te voltooien.

Een belangrijke vraag is voorts of gereguleerde concurrentie in theorie kan voldoen aan alle doelstellingen van de overheid. Effectieve concurrentie leidt tot prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid inclusief klantgerichtheid, terwijl de regulering van de concurrentie (basispakket, verbod op premie-differentiatie, acceptatieplicht, risicoverevening) moet leiden tot een voor iedereen toegankelijk basispakket aan gezondheidszorg. Minder evident echter is de relatie tussen gereguleerde concurrentie en de doelstelling van een beheerste ontwikkeling van de macrokosten (macrokostenbeheersing). Een goed werkende markt leidt wel tot lagere eenheidsprijzen (bij gelijke kwaliteit) maar niet noodzakelijk tot lagere macrokosten. Concurrentie kan immers leiden tot een stijging van zowel de hoeveelheid als de kwaliteit van

de zorg, zeker als consumenten op het moment van consumptie geen prijs ervaren.

Gereguleerde concurrentie staat daarom op gespannen voet met een ex ante door de politiek vastgesteld macrobudget (Budgettair Kader Zorg) van de collectieve zorguitgaven. De overheid moet ondubbelzinnig kiezen voor prijsconcurrentie zonder macrobudget of voor een macrobudget zonder prijsconcurrentie. Een combinatie van beide leidt tot het slechtste van twee werelden. Via een uitdunning van het pakket of een verhoging van het verplichte eigen risico kunnen in principe wel de collectieve zorguitgaven worden gelimiteerd tot een politiek gewenst niveau, maar daarmee ontstaat een potentieel conflict met de toegankelijkheid. Met doelmatig werkende markten (microbetaalbaarheid) kan dus niet de beheersbaarheid van de totale zorguitgaven (macrobetaalbaarheid) worden gewaarborgd. Wel kan met doelmatig werkende markten (microbetaalbaarheid) bij gelijke kwaliteit van zorg de financiële toegankelijkheid tot zorg worden vergemakkelijkt en de 'noodzaak' van een macrobudget worden verminderd.

Hoofdadvis

De hervormingsagenda, gericht op invoering van gereguleerde concurrentie in de zorg is nog niet voltooid omdat noodzakelijke voorwaarden nog niet (voldoende) zijn vervuld. Als prioriteit op de agenda staan het wegnemen van belemmeringen voor de keuzevrijheid van de verzekerde, het bevorderen van transparantie en consumenteninformatie, het vergroten van de financiële prikkels tot doelmatigheid voor consumenten en zorgaanbieders, en het verbeteren van de risicoverevening.

Literatuur

- Arrow, K.J. (1963), Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American Economic Review* 53 (5): 941-973.
- Baarsma, B., F. de Kam, R. Linschoten, W. Verloren Van Themaat en M. Varkevisser (2012), Opereren binnen zorguitgavenkaders, *Economisch Statistische Berichten* 97 (4638): 408-411.
- Beaulieu, N., D.M. Cutler, K. Ho, G. Isham, T. Lindquist, A. Nelson, and P. O'Connor (2006), The Business Case for Diabetes Disease Management for Managed Care Organizations, *Forum for Health Economics & Policy* 9(1): 1-36.
- Boonen, L.H.H.M. and F.T. Schut (2011), Preferred providers and the credible commitment problem in health insurance: first experiences with the implementation of managed competition in the Dutch healthcare system, *Health Economics, Policy and Law* 6(2): 219-235.
- Commissie Baarsma (2012), *Advies commissie macrobeheersinstrument*, aangeboden aan de Tweede kamer, 12 juni 2012, Den Haag.

- Commissie Dekker (1987), *Bereidheid tot verandering*, rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, Den Haag: Distributiecentrum Overheidspublicaties.
- Commissie Don (2012), *Evaluatie risicoverevening Zorgverzekeringswet* Rapport van de Commissie Evaluatie risicoverevening Zvw, Den Haag.
- Dudley, R.A., R.H.Miller, T.Y. Korenbrot and H.S. Luft (1998), The impact of financial incentives on quality of health care, *The Milbank Quarterly* 76(4): 649-686.
- Duijmelinck, D. en W.P.M.M. van de Ven (2011), Beperking keuzevrijheid zorgpolis door aanvullende verzekering, *Economisch Statistische Berichten* 96(4621): 634-637.
- Enthoven, A.C. (1978), Consumer-Choice Health Plan; a national-health-insurance proposal based on regulated competition in the private sector, *New England Journal of Medicine* 298(13): 709-720.
- Enthoven, A.C. (1988a), Managed competition of alternative delivery systems, *Journal of Health Politics, Policy and Law* 13(2):305-321.
- Enthoven, A.C. (1988b), *Theory and practice of managed competition in healthcare financing*, Professor F. de Vries Lectures in Economics, Amsterdam: North-Holland.
- Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (2012), *Integrale bekostiging van zorg: Werk in uitvoering*, Den Haag.
- Loozen, E.M.H., F.T. Schut en M. Varkevisser (2011), 'Fusie zorgverzekeraars Achmea en De Friesland: hoezo functioneel concentratietoezicht?', *Markt & Mededinging*, 2011(5): 169-177.
- NZa (2010), *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2010*, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2012), *Monitor Toetredingsdrempels zorgverzekeringsmarkt*, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Oortwijn, W., V. Thio en M. Wilkens (2012), 'Het effect van het verplicht eigen risico', *TPEdigitaal*, 6(2): 61-75.
- Roos, A.F. en F.T. Schut (2012) Spillover effects of supplementary on basic health insurance: evidence from the Netherlands, *European Journal of Health Economics* 13(1): 51-62.09.08
- Schut, F.T. (1995), *Competition in the Dutch health care sector*, proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Schut, F.T. en T. Laske-Aldershof (2001), Volledig nominale zorgpremies dienen geen doel, *Economisch Statistische Berichten* 86 (4333): 860-863.
- Schut, F.T. en W.P.M.M. van de Ven (2009), Maken en bewaken van markten. In: R. Friele (eindred.) *Evaluatie Wet Marktordening Gezondheidszorg*, Programma evaluatie regelgeving: deel 28. Den Haag: ZonMw.
- Schut, F.T. en W.P.M.M. van de Ven (2010), Structuur Duitse zorgpremies efficiënter dan Nederlandse, *Economisch Statistische Berichten* 95 (4596): 662-665.
- Schut, F.T., W.P.M.M. van de Ven en M. Varkevisser (2010), Prijsconcurrentie gaat niet samen met macrobudget ziekenhuizen, *Economisch Statistische Berichten* 95 (4587): 374-376.

- Schut, F.T., M. Varkevisser en W.P.M.M. van de Ven (2011), Macrobudget ontkracht prijsconcurrentie ziekenhuizen, *Economisch Statistische Berichten* 96 (4610): 294-297.
- Tversky, A. en D. Kahneman (1981), The framing of decisions and the psychology of choice, *Science* 211: 453-458.
- Tweede Kamer (2008), vergaderjaar 2007-2008, 27295, nr. 93.
- Van de Ven, W.P.M.M. en F.T. Schut (2010), Is de Zorgverzekeringswet een succes? *TPEdigitaal* 4(1): 1-24.
- Van de Ven, W.P.M.M., R.C.J.A. van Vliet, F.T. Schut and E.M. van Barneveld (2000), Access to coverage for high-risk consumers in a competitive individual health insurance market: via premium rate restrictions or risk-adjusted premium subsidies? *Journal of Health Economics* 19(3): 311-339.
- Van de Ven, W.P.M.M., K. Beck, F. Buchner, E. Schokkaert, FT Schut, A. Shmueli, J.Wasem (2012), *Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland?* Research paper.
- Van de Ven, W.P.M.M. (2012), Risicoselectie een bedreiging voor kwaliteit van zorg, *Economisch Statistische Berichten* 97 (4637): 358-361.
- Van der Most, J.M. (2007), *De zorg of het geld, natura en restitutie in de zorgverzekering*, Den Haag: Pels Rijcken & Drooglever Fortuijn.
- Van Kleef, R.C., W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet (2009), Shifted deductibles for high risks: more effective in reducing moral hazard than traditional deductibles, *Journal of Health Economics* 28: 198-209.
- Van Kleef, R.C., R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven (2012) *Risicoverevening 2012: Een analyse van voorspelbare winsten en verliezen op subgroepniveau*. Onderzoeksrapport. Rotterdam: iBMG.
- ZonMw (2009), *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag*, september 2009, Programma evaluatie wetgeving: deel 27, Den Haag: ZonMw (<http://www.zonmw.nl/nl/publicaties/>).



Zorginkoop: de lakmoesproef voor het nieuwe stelsel

Marcel Canoy en

Misja Mikkers

1 Inleiding

Het is onmogelijk om in isolatie naar de prestaties van inkoop van zorgverzekeraars te kijken. Dat in de zorg alles met alles samenhangt, is misschien een cliché, maar bevat een kern van waarheid. Verzekeraars kunnen alleen effectief inkopen als er daartoe geen belemmeringen zijn, ook elders in de zorgketen. Omgekeerd geldt ook dat het stelsel alleen werkt als ook de inkoop goed werkt. In deze bijdrage zullen wij betogen dat de zorginkoopmarkt de lakmoesproef voor het nieuwe stelsel is, omdat zich daar de meeste (potentiële) problemen voordoen. Als de komende jaren zorginkoop door zorgverzekeraars niet goed gaat werken, dan kunnen we het stelsel als grotendeels mislukt beschouwen.

Potentieel zijn er talloze belemmeringen voor het functioneren van de inkoopmarkt. Sommige daarvan bestaan nog steeds, anderen zijn in de loop der tijd opgeruimd. Een oordeel over de wenselijkheid van het systeem dient daarom rekening te houden met die belemmeringen. Sommige van deze belemmeringen kunnen door beleidswijzigingen worden weggewerkt, andere zijn minder goed te beïnvloeden.

Vandaar dat we beginnen met het tekentafelmodel. Is het ten principale (los van allerlei praktische bezwaren en complicaties) een goed idee om verzekeraars verantwoordelijk te maken voor de zorginkoop? Is het antwoord daarop nee, dan zijn we snel klaar. Het antwoord lijkt evenwel ja. Voor we een eindoordeel over wenselijkheid van het systeem in de praktijk kunnen vellen, kijken we op drie niveaus naar die praktijk. Hoe heeft het inkoopbeleid zich ontwikkeld in de afgelopen zes jaar? Welke obstakels zijn er nog op dit moment? Wat verwachten wij in de toekomst?

2 Tekentafel

Economische activiteiten kunnen op verschillende manieren georganiseerd worden. Aan het ene uiterste van het spectrum worden activiteiten door middel van hiërarchie en instructies georganiseerd. Aan het andere uiterste worden activiteiten door prijzen gecoördineerd. De organisatie van zorg wordt vrijwel nergens ter wereld gecoördineerd volgens een van deze twee uitersten. Een vrije markt voor zorg bestaat niet en zelfs in een door de overheid gedomineerd systeem als de NHS in Engeland zijn tal van marktprikkels aanwezig.

In de westerse wereld is de markt de norm. Daar waar de markt zodanig faalt dat het prijsmechanisme - zelfs in indirecte zin - niet werkt, gaat men over op overheidsproductie. De zorg kent vele vormen van marktfaalen en daarom grijpt de overheid overal in. Zelfs in de VS is er massaal overheidsingrijpen. Zo zijn er federale staatsverzekeringen voor ouderen (Medicare), staatsverzekeringen voor armen en minderheidsgroepen (Medicaid) en zelfs een systeem vergelijkbaar met de Britse NHS met een staatsverzekering en staatsziekenhuizen voor veteranen. De vraag is of overheidsbeleid in de zorgsector een adequaat antwoord op marktfaalen is, of dat het faalen zo fundamenteel is dat het repareren met beleid te moeilijk of te kostbaar is, in welk geval de overheid de rol van de markt overneemt.

Het idee om zorgverzekeraars in onderlinge concurrentie de zorginkoop te laten verzorgen (en meer in het algemeen een regierol te laten vervullen in de zorg), is al heel oud.¹ De gedachte is dat zorgverzekeraars voldoende kennis en schaal hebben en tevens de juiste prikkels hebben om deze rol te vervullen. Op de tekentafel zorgen verzekeraars voor disciplinering van het aanbod door de zorg niet langer te bekostigen aan de hand van bestaande arrangementen van zorgaanbieders, maar van een functioneel omschreven aanbod.

154

In het recente verleden reguleerde de overheid alle prijzen, was er toestemming nodig van de overheid voor investeringen en waren zorgverzekeraars en zorgaanbieders verplicht contracten met elkaar te sluiten.

Het nieuwe stelsel is ingevoerd omdat de gedachte was dat de overheid door centrale aanbodsturing niet in staat bleek om een aantal belangrijke knelpunten in de zorg, zoals ondoelmatige besteding van middelen en wachtlijsten, aan te pakken.²

Van een systeem waarin centrale aanbodregulering door de overheid, collectieve onderhandelingen en hiërarchische beslisstructuren centraal stonden, ging Nederland daarom naar een systeem waarin beslissingsbevoegdheden gedecentraliseerd werden naar de zorgprofessionals (zorgaanbieders en verzekeraars). In deze hervorming werden zorgaanbieders zelf verantwoordelijk voor hun investeringsbeslissingen en zijn daar ook risico over gaan lopen, werd de prijsvorming gedecentraliseerd en kregen zorgverzekeraars en zorgaanbieders de vrijheid om te bepalen met wie zij contracten wilden sluiten.

Het centrale idee achter concurrentie in de gezondheidszorg is dat zorgaanbieders concurreren om contracten met verzekeraars. Verzekeraars concurreren op hun beurt om verzekerden op de polismarkt. De preferenties van verzekerden zouden moeten leiden tot het concurreren tussen zorgaanbieders op de dimensies prijs, kwaliteit en toegankelijkheid.

¹ Zo pleitte de Commissie Dekker hier al voor in 1987 (Commissie Dekker 1987).

² Zie CPB (2003).

Door zorgverzekeraars met elkaar op premie en op kwaliteit van de zorginkoop te laten concurreren, kunnen zij zich van elkaar onderscheiden. Hierdoor kunnen goed presterende verzekeraars meer consumenten bedienen en meer omzet of winst behalen. Verzekeraars hebben een prikkel om de inkoop goed te organiseren, omdat ze daar zelf profijt van hebben. Het marktfalen lijkt niet fundamenteel, in de zin dat de markt nooit goed zou kunnen werken (met flankerend beleid). Daarmee ‘verslaat’ de markt *op de tekentafel* de overheid met enig gemak.

Voorwaarden

Er is wel een flink aantal voorwaarden waaraan moet worden voldaan, voor de inkoopmarkt goed functioneert. De praktijk is namelijk altijd weerbarstiger dan de tekentafel. We noemen vier voorwaarden.

1. Hoeveelheid aanbieders aan de verzekeringskant

Aan de verzekeringskant moeten consumenten iets te kiezen hebben. Op dit moment is er veel geklaag over het feit dat er maar vier grote verzekeraars over zijn. De vraag is of dit terecht is. Er zijn aantoonbaar schaalvoordelen te bereiken op de verzekeringsmarkt, zowel financieel (door aangescherpte regels in Europa) als op de inkoopmarkt. Sommige schaalvoordelen, zoals op het gebied van risicodeling,³ kunnen vooral behaald worden door fusies. Andere voordelen, zoals het gezamenlijk contracteren van ziekenhuizen, kunnen worden behaald door samenwerking.⁴

Omdat verzekeraars landelijk met elkaar concurreren, is het in beginsel niet nodig dat er veel van zijn om die concurrentie te laten werken, vooral omdat het basispakket een redelijk homogeen product is.⁵ In theorie is het zelfs denkbaar (toegegeven: onder zeer stringente en in de praktijk onrealistische voorwaarden) dat een markt met slechts twee spelers perfect werkt. Een vergelijking met de mobiele telecommarkt dringt zich op. Ook daar wordt scherp geprijsd terwijl de hoeveelheid aanbieders beperkt is. De verzekeraars voelen daarnaast de hete adem van politiek en media in de nek. Zouden verzekeraars misbruik maken van een eventuele machtspositie, dan dreigt de

3 Kleine verzekeraars zijn gevoeliger voor specifieke populaties die niet adequaat in de risicoverevening zijn opgenomen, zie NZa (2012).

4 Zo werken een aantal kleinere zorgverzekeraars samen bij de inkoop van zorg in de inkoopcombinatie Multizorg.

5 Dit geldt omdat de pakketten zich nog niet onderscheiden op de zorginkoop. Op een paar polissen na hebben alle verzekerden toegang tot nagenoeg alle zorgaanbieders en inzicht in de kwaliteit van de ingekochte zorg ontbreekt. Dit homogene karakter geldt niet voor de aanvullende verzekering waar zich een wilde variëteit aan poliswaarden, premies en dekking voordoet.

politiek het stelsel te ontmantelen.⁶ De economische theorie geeft geen uitsluitel over het optimale aantal aanbieders. Niettemin lijkt met vier grote verzekeraars wel de grens bereikt te zijn, ook al omdat de vier nu voldoende schaalvoordelen kunnen benutten en verdere grote fusies zinloos lijken.

2. Mobiliteit consumenten

Een voldoende hoog percentage consumenten moet in staat en bereid zijn van verzekeraar te wisselen als daar aanleiding toe is. Dat betekent dat consumenten op de hoogte moeten zijn van prijs- en kwaliteitsverschillen. Wat ‘voldoende hoog’ is, is niet duidelijk. Paradoxaal is het zo dat feitelijk switchgedrag niet veel zegt over hoe goed een markt werkt. Stel dat geen enkele consument switcht. Dat kan betekenen dat de verzekeraars in een perfect competitief evenwicht zitten, maar evengoed dat ze een perfect kartel hebben gesloten. In de praktijk zorgen gebrek aan transparantie, heterogene kosten tussen verzekeraars en verschillen in preferenties tussen consumenten voor switchgedrag. Als je veel switchgedrag ziet, is dat vaak een indicatie voor een onrijpe markt (er heeft nog geen consolidatie plaatsgevonden of de verschillen zijn groot). Een heel beperkt switchgedrag betekent vaak een weinig dynamische omgeving en duidt er vaak op dat verzekeraars zich niet voldoende van elkaar proberen te onderscheiden.

156

3. Onderhandelingsruimte

Los nog van de hoeveelheid aanbieders op de relevante markten, moet er ook in de wet- en regelgeving ruimte zijn voor onderhandelingen. Als de regelgeving het verzekeraars onmogelijk, moeilijk of kostbaar maakt om bepaalde zorgaanbieders van contracten uit te sluiten, dan kunnen verzekeraars hun inkooprol niet waarmaken. Dat geldt voor regelgeving die zorgaanbieders van bepaalde omzetgaranties voorziet, maar ook voor regelgeving die de consument zou moeten beschermen tegen teveel inperking in zijn keuze van zorgaanbieder. Dergelijk beleid zou het verzekeraars onmogelijk maken om patiënten te sturen naar meer effectieve en kwalitatief goede zorgaanbieders.

4. Keuze aan de aanbodkant

Verzekeraars kunnen hun rol als inkoper alleen maar waarmaken als er iets te kiezen valt. Als verzekeraars te maken hebben met een lokale monopolist (bijvoorbeeld een ziekenhuis), valt er weinig te onderhandelen. Effectiviteit van het inkoopbeleid hangt daarmee ook samen met het fusiebeleid. Omdat de NMa tot nu de meeste zorgfusies heeft goedgekeurd, kan de kritieke massa op de aanbiedersmarkt voor verzekeraars onder druk komen te staan. Vooral ziekenhuizen hebben daarnaast aardig wat onderhandelingsmacht.

⁶ Dit is geen denkbeeldig scenario. Zelfs de liberale minister Schippers heeft zich in deze bewoordingen uitgelaten.

Zo zien veel gemeentes hun ziekenhuizen niet graag verdwijnen of verkleinen. Deze impliciete politieke steun kan zich wel eens vertalen in moeizame onderhandelingen.

3 Historie

De urgentie om het nieuwe stelsel in te voeren ontstond na 2001, toen toenmalig minister Els Borst zo onder druk stond om de wachtlijsten te reduceren, dat ze de zogeheten ‘boter bij de vis’ regel invoerde. Instellingen kregen extra betaald als ze wachtlijsten wegwerkten. Dat gebeurde dan ook op grote schaal, waardoor in feite de grond onder het macrobudget wegzakte. Daarmee was impliciet (en wellicht zelfs onbedoeld) een begin gemaakt met een transitie van voorzieningenkarakter naar een verzekeringskarakter.⁷

In 2006 werd dan de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd. De wet werd na een aantal jaar geëvalueerd.⁸ Die evaluatie constateerde positieve en negatieve punten op het gebied van inkoop. Positief waren de constateringen dat de zorgverzekeringsmarkt sterk competitief is, dat er in toenemende mate informatie beschikbaar komt over prijs en kwaliteit van zorgverzekeraars en zorgaanbieders, dat zorgverzekeraars in toenemende mate zorginkoopactiviteiten ontplooiën en dat dankzij de Zvw de kwaliteit van zorg nu op de agenda staat. Een mooie lijst, aan welke we nog zouden willen toevoegen dat er tal van aanwijzingen zijn dat zowel zorgverzekeraars als ziekenhuizen een stuk bedrijfsmatiger worden gerund dan vroeger.

Daar staat tegenover dat zeker op het gebied van inkoop de eerste vijf jaar de zaken niet liepen zoals gehoopt. Weliswaar ontplooiden zorgverzekeraars in toenemende mate zorginkoopactiviteiten, vooral in de extramurale zorg, maar een belangrijk gedeelte van de zorg, vooral de intramurale zorg (het A-segment) en de curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ), werden nog steeds beheerst door centrale aanbodssturing.⁹

Uit door de NZa afgenomen interviews blijkt dat zorgverzekeraars huiverig waren voor selectief contracteren omdat zij verwachtten dat beperking van de toegang tot niet-gecontracteerde zorg bij verzekerden weinig populair zou zijn en kon leiden tot reputatieschade zolang niet op basis van objectieve prestatie-indicatoren kan worden aangetoond dat de geselecteerde zorgaanbieders kwalitatief goed zijn.

7 Formeel is er altijd al sprake geweest van een verzekeringsrecht. De leveringsplicht voor ziekenfondsen is bevestigd in het zogenaamde Dotter-arrest, Hof Den Bosch 2 juli 1990, RZA 1990, 127. Voor de AWBZ is het verzekeringskarakter bevestigd in Pres. Rb, Utrecht 29 oktober 1999, RZA 1999, 192 en Hof Den Haag 23 december 1999, RZA 2000. Ondanks deze uitspraken waren wachtlijsten een persistent probleem, zie CPB (2003).

8 http://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/zvw-wzt_webversie_a4.pdf

9 Zorg kan in een zorginstelling geleverd worden (intramuraal; waarbij de patiënt/cliënt in de instelling verblijft), of bij de cliënt thuis (extramuraal).

De evaluatie noemt als knelpunten: (i) de disfunctionerende bekostigings-systematiek van ziekenhuizen; (ii) het gebrek aan voldoende goede prestatie-indicatoren; (iii) een tekortschietend aanbod van zorgverleners (in aantal en variëteit); (iv) de aanwezigheid van meeliftproblemen bij zorginkoop; (v) praktische problemen bij het sturingsinstrument ‘gedifferentieerd eigen risico’; (vi) de substantiële ex-post kostencompensaties voor ziekenhuiszorg (A-segment).

We lopen de vier eerder genoemde voorwaarden voor het goed functioneren van de inkoopmarkt na.

De verzekeringsmarkt

De verzekeringsmarkt valt op door sterke concentratie. Het marktaandeel van de vier grootste verzekeraars bedraagt in 2012 op nationale schaal 90%.



Figuur 1: Marktaandeel van de vier grootste verzekeraars

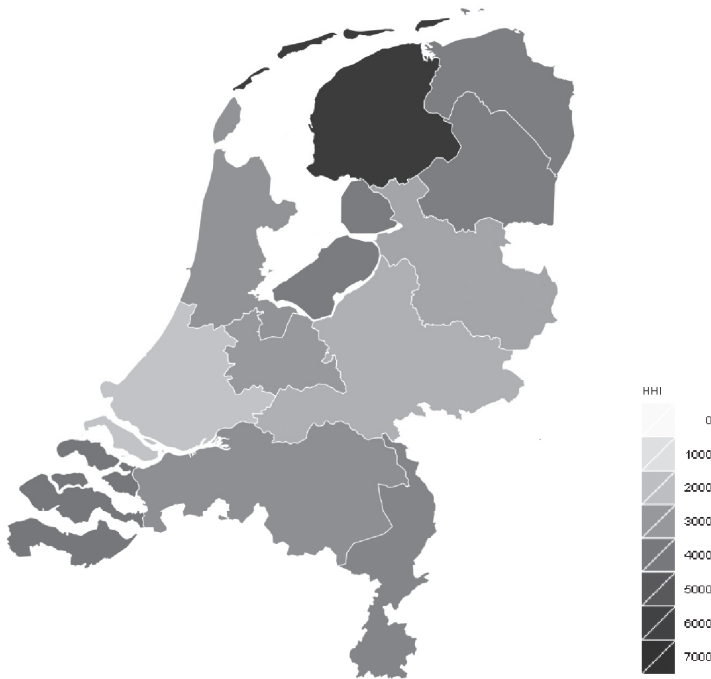
Ondanks het feit dat de meeste verzekeraars een polis aanbieden waarin er landelijk aanbieders worden gecontracteerd, zijn er ook argumenten waarom de relevante markt kleiner zou kunnen zijn dan nationaal. Een zorgverzekering biedt behalve een vergoeding van de verwachte zorgkosten ook de mogelijkheid tot keuze uit verschillende zorgaanbieders: een optie op toegangsrechten in feite.

Consumenten hebben doorgaans een voorkeur voor meer keuze. De bereidheid tot betalen voor keuze is echter afhankelijk van de verwachte gezondheidstoestand, locatie en demografische kenmerken van consumenten en bovenal van de toegevoegde waarde van individuele zorgaanbieders in het gecontracteerde zorgaanbod van zorgverzekeraars. De betalingsbereidheid van patiënten hangt af van de grootte en de samenstelling van het netwerk van zorgaanbieders waartoe de polis toegang biedt. De bereidheid tot betalen voor een polis zal vooral afhangen van het netwerk in de directe omgeving van

de patiënt. De keuzes voor zorgaanbieders worden voor 74%¹⁰ verklaard uit de reisafstand tussen het adres van de patiënt en het adres van het ziekenhuis.

De HHI (Herfindahl-Hirsschman Index)¹¹ per provincie in 2012 bevestigt het beeld van een geconcentreerde markt. Er is gekozen voor een HHI per provincie omdat deze het kleinste geografische gebied is waarin verzekeraars een aparte polis mogen uitbrengen.

Uit figuur 2 blijkt dat de HHI alleen in de provincie Zuid-Holland onder de 2000 ligt (namelijk 1887). In 8 van de 12 provincies ligt de HHI boven de 3000 met als uitschieter Friesland, waar de HHI 6283 bedraagt.



Figuur 2: Concentratiegraad (Herfindahl-Hirsschman Index) per provincie in 2012

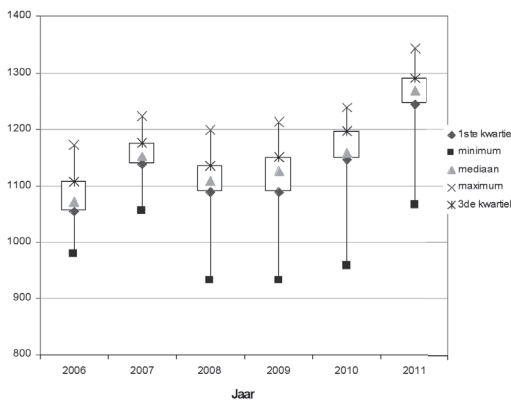
¹⁰ Zie Halbersma et al. (2009).

¹¹ De hoogte van deze index wordt bepaald door de marktaandeelen van alle concerns te kwadrateren en bij elkaar op te tellen. Hoe hoger deze index is, des te hoger de concentratie in de markt. In haar Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies (2004/C 31/03) geeft de Europese Commissie aan dat het onwaarschijnlijk is dat zij bij het beoordelen van concentraties mededingingsbezwaren zal zien op een markt waar de HHI na de fusie minder dan 1000 bedraagt. Het is evenzeer onwaarschijnlijk dat de Commissie bezwaren zal zien in geval van een fusie met een HHI na fusie tussen 1000 en 2000 en een toename van minder dan 250, of in geval van een fusie met een HHI van meer dan 2000 en een toename van minder dan 150, behalve wanneer bijzondere omstandigheden zich voordoen.

De markt is daarmee (sterk) geconcentreerd. De basisverzekering is in belangrijke mate een homogeen product. De basisverzekering is voor iedereen gelijk en de meeste verzekeraars bieden toegang tot (bijna) alle zorgaanbieders. Voor de basisverzekering betekent dat dat er ondanks de sterke concentratie tegelijk sterke concurrentie kan zijn op de polismarkt.

Een andere indicatie voor concurrentie op deze markt is dat er polissen op de markt verschijnen die rekening lijken te houden met verschillende preferenties van consumenten. Zo zijn er internetpolissen en collectieve verzekeringen voor hoog opgeleiden en voor vegetariërs op de markt verschenen. Het valt te bezien in hoeverre deze polissen zich richten op (niet verboden) prijsdiscriminatie dan wel op het (verboden) selecteren op basis van gezondheid. In elk geval wordt de markt als gevolg van deze ontwikkelingen minder homogeen.

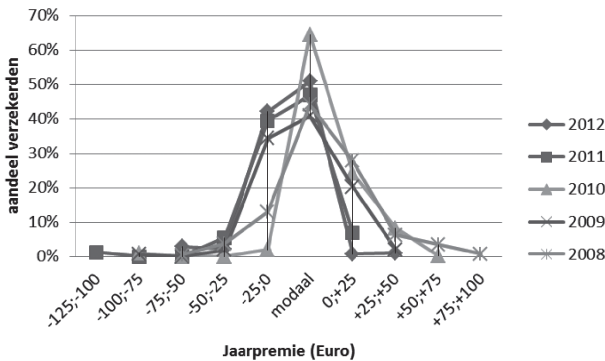
Dispersie Premies



160

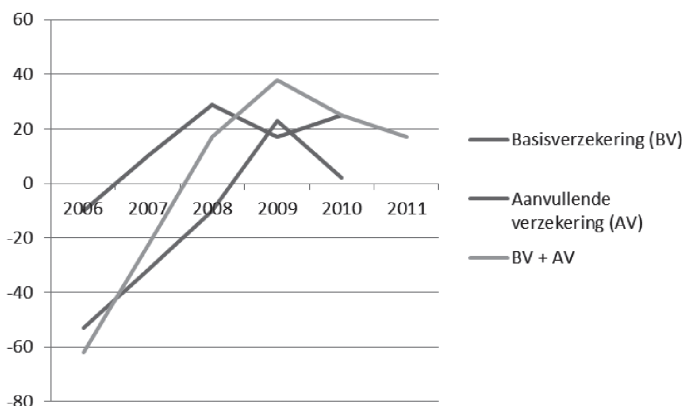
Figuur 3: Dispersie van de nominale premies voor de basisverzekering

Het grootste deel van de nominale premies ligt relatief dicht bij elkaar, maar er zijn ook uitschieters. Uit figuur 4 blijkt dat de meeste verzekerden ook kiezen voor een premie die dicht bij de mediaan ligt.



Figuur 4: Spreiding van verzekerden over categorieën betaalde premie

Een andere indicatie van de mate van concurrentie op de verzekeringsmarkt is de winst die verzekeraars per verzekerde maken. In een situatie van marktmacht zullen verzekeraars winst maken. Uit figuur 5 blijkt dat verzekeraars op de basisverzekering sinds 2006 verlies maken. Pas in 2009 hebben verzekeraars winst gemaakt op de basisverzekering die in 2010 grotendeels verdamppt lijkt.



Figuur 5: Gemiddeld exploitatieresultaat per verzekerde BV, AV en BV+AV (in euro)

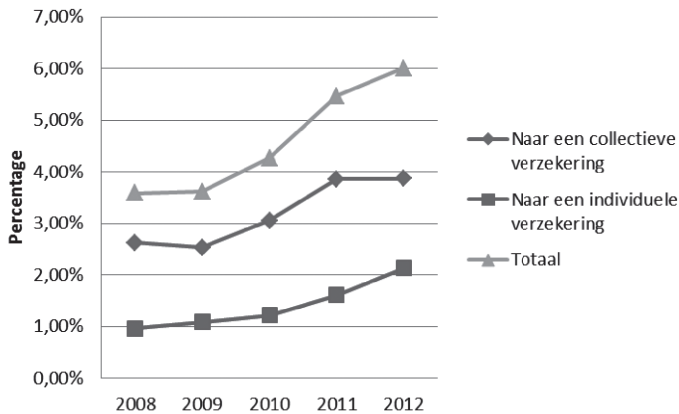
Uit het bovenstaande kan voorzichtig de conclusie worden getrokken dat op basis van direct bewijs de verzekeringsmarkt op dit moment redelijk lijkt te werken. De markt is geconcentreerd maar er worden geen grote winsten gerealiseerd. Door de homogeniteit van de basisverzekering zou concurrentie à la Bertrand kunnen werken.¹²

Overstappen

Om de werking van de verzekeringsmarkt nog verder te analyseren, kijken we naar het gedrag van consumenten.

De minimumpremie in 2012 van 1.075 euro ligt 151 euro onder de gemiddelde premie in 2012. Hierdoor loont overstappen voor veel verzekerden. Het aantal overstappende consumenten stijgt sinds 2008.

¹² Bertrand-concurrentie is een model van concurrentie waarbij bedrijven voor homogene goederen hun prijs bepalen, waarna de kopers op basis van die prijs de kwantiteit van hun afname bepalen. Uitkomst van dit model is dat zolang de verkopers niet samenspannen, er slechts twee verkopers nodig zijn om een competitieve prijs te bereiken. Het model hangt op de cruciale veronderstellingen dat de goederen homogeen zijn, dat kopers kiezen voor de verkoper met de laagste prijs en dat er geen capaciteitsrestricties zijn.



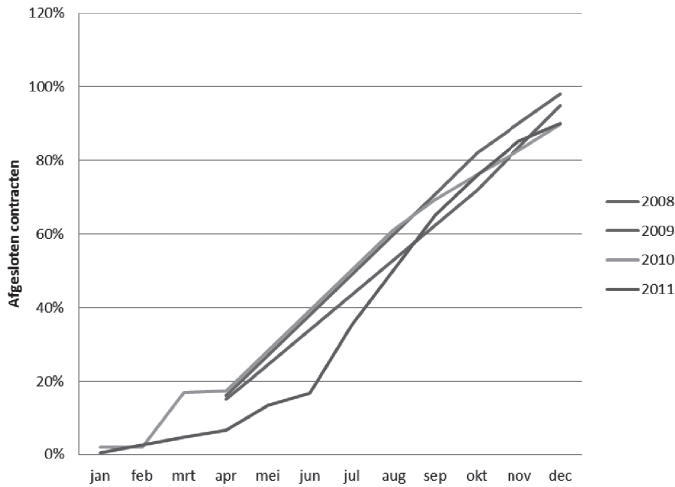
Figuur 6: Percentage verzekerden dat jaarlijks overstapt naar een andere zorgverzekeraar¹³

Op gebied van informatievoorziening is het nog niet zo goed gesteld. Contracten met zorgaanbieders worden over jaar t pas in datzelfde jaar gesloten en niet in het jaar $t-1$ (zie figuur 7). In 2011 was bijvoorbeeld in juni nog geen 20% van het totaal aantal contracten over 2011 afgesloten.

Dat betekent dat verzekerden niet weten welke toegangsrechten bij hun polis horen op het moment dat zij hun verzekering kiezen. Het kan dus zijn dat verzekerden gedurende het jaar bericht krijgen van hun verzekeraar dat ze niet of alleen met een bijbetaling naar de hen geprefereerde zorgaanbieder kunnen gaan. De minister heeft in een brief aan de Tweede Kamer (d.d. 26 maart 2012) aangekondigd om de Wet (art 13 van ZvW) op dit punt te wijzigen. Verzekeraars zullen dan worden verplicht om bij naturapolissen verzekerden op het moment van het afsluiten van de verzekering duidelijkheid te geven over de zorgaanbieders die door de verzekeraar zijn gecontracteerd.¹⁴

¹³ We geven alleen het aantal overstappers tussen zorgverzekeraars weer. Er zijn in 2012 26 verschillende zorgverzekeraars actief, verenigd in 9 verschillende concerns. Zie de NZa-markscan zorgverzekeringsmarkt (http://www.nza.nl/104107/105773/475605/Marktscan_Zorgverzekeringsmarkt.pdf), Tabel 2.1, voor een overzicht van de verschillende zorgverzekeraars en concerns. Een zorgverzekeraar kan ook meerdere polissen ('labels') aanbieden. Bijvoorbeeld concern VGZ heeft onder meer Univé als verzekeraar die de labels Univé en de ZEKUR-polis aanbiedt. In deze grafiek zitten dus niet de verzekerden die bij een verzekeraar naar een ander label overstappen.

¹⁴ Zie ook het recente advies van de Commissie Baarsma. Een handzame samenvatting van dit advies kan worden gevonden in Baarsma et al. (2012).



Figuur 7: Overzicht van het percentage afgesloten contracten over het contractjaar

Concluderend, consumenten kunnen vrij gemakkelijk overstappen¹⁵, maar ontberen goede informatie over de toegangsrechten van hun polis.

Onderhandelingsruimte

De derde voorwaarde is of er sprake is van voldoende onderhandelingsruimte voor verzekeraars.

In de praktijk is sprake van weinig onderscheidend gedrag en overigens ook weinig onderscheidend vermogen van de verzekeraars. Dit laatste vloeit voort uit het door de overheid bepaalde pakket, de acceptatieplicht, het feit dat het eigen risico en de maximale collectiviteitskorting gegeven worden, in combinatie met huidig verbod op premiedifferentiatie. Dat verbod geldt binnen een polis.

Een verzekeraar mag wel premiedifferentiatie toepassen tussen polissen, mits alle verzekerden die voor een bepaalde polis kiezen, dezelfde premievoorwaarden hebben (met uitzondering van de collectiviteitskorting). Het is opmerkelijk dat er gemiddeld weinig premieverschil lijkt te bestaan tussen een restitutiepolis en een naturapolis. Het verschil tussen een naturapolis en een restitutiepolis is de rol van de verzekeraar op de zorginkoopmarkt.

Het idee achter een restitutiepolis is dat verzekerden kunnen kiezen naar welke zorgaanbieder ze gaan en dat de verzekeraar achteraf de gemaakte zorgkosten vergoedt. Bij een naturapolis heeft een verzekerde toegang tot het door de verzekeraar gecontracteerde netwerk. Als een verzekerde kiest om naar een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder te

¹⁵ Hoewel er in beginsel geen belemmeringen zijn om over te stappen, switchen bepaalde verzekerden niet omdat ze bang zijn hun aanvullende verzekering te verliezen (zie Duijmelinck en Van de Ven 2011).

gaan, bestaat de mogelijkheid dat de verzekerde moet bijbetalen. Dit opent de mogelijkheid voor de verzekeraar tot 'selectief contracteren'. Het feit dat de verzekerde zich laat sturen, geeft de verzekeraar meer inkoopmacht. Hij heeft tijdens de onderhandelingen met de zorgaanbieder immers de dreiging dat de zorgaanbieder niet gecontracteerd wordt.¹⁶

Het feit dat de verzekeraars (lokaal) een groot marktaandeel hebben, geeft ze ook inkoopmacht bij de onderhandelingen met zorgaanbieders. Door deze inkoopmacht kunnen verzekeraars bijvoorbeeld goedkoper inkopen bij ziekenhuizen.¹⁷ Een andere indicatie van de gepercipieerde inkoopmacht die verzekeraars hebben, vormt het aantal klachten over inkoopmacht dat bij de NMa en de NZa is ingediend. Er zijn al 500 klachten ingediend over het bestaan van marktmacht. De meeste daarvan gaan over op de vermeende inkoopmacht van verzekeraars. Deze klachten zijn overigens afgewezen.

De Zvw bevat in artikel 13 de plicht om ook bij een volledige naturapolis een vergoeding te bieden voor niet-gecontracteerde zorgverleners. Het staat de verzekeraar vrij om de hoogte van deze vergoeding te bepalen.

De minister is voornemens (zie haar brief aan de Tweede Kamer d.d. 26 maart 2012) om deze bepaling aan te passen, zodanig dat verzekeraars verzekeren niets hoeven te vergoeden wanneer ze naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaan. Het idee daarachter is dat het verzekeraars meer mogelijkheden geeft om patiënten naar zorgaanbieders te sturen met wie de verzekeraar een contract heeft. Verzekerden die hechten aan hun keuzevrijheid, kunnen opteren voor een restitutieverzekering, waarvoor dan wel mogelijk een hogere premie zal moeten worden betaald.

Zorgaanbod

De laatste voorwaarde van de tekentafel is dat er voldoende zorgaanbod is. Dat wil zeggen dat de zorgverzekeraar bij in de zorginkoop ook tussen voldoende concurrerende zorgaanbieders kan inkopen.

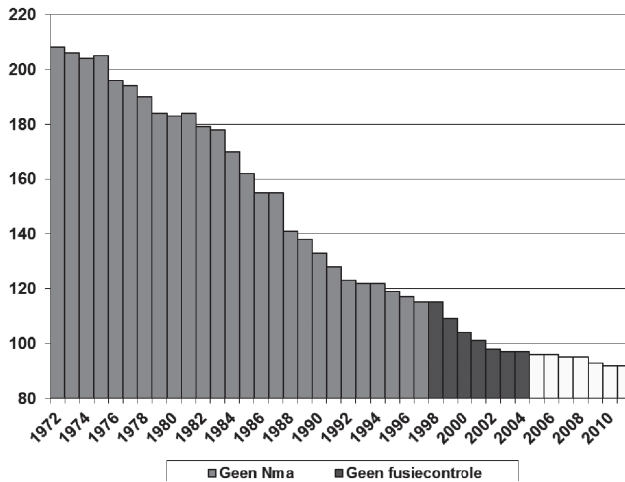
Het aantal ziekenhuizen neemt in Nederland al jaren af (zie figuur 8). Het aantal ziekenhuizen neemt vooral af door fusies tussen ziekenhuizen die bij elkaar in de buurt liggen. Deze afname heeft doorgezet sinds de oprichting van de NMa (1998) en het jaar waarin de NMa het mededingingsrecht van toepassing heeft verklaard op de zorg.

Op zorgmarkten concurreren aanbieders niet alleen op prijs, maar ook op kwaliteit, locatie van de aanbieders, de service die wordt geboden, etc. Wanneer een aanbieder bijvoorbeeld de prijs van een product verhoogt en/of de kwaliteit verlaagt, dan zullen niet alle klanten switchen. Een aantal klanten zal blijven, omdat zij een bepaald aspect van de aanbieder, zoals de locatie, aantrekkelijk vinden.

¹⁶ Zie voor een beschrijving van de onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders bijvoorbeeld Capps et al. (2003).

¹⁷ Zie Halbersma et al. (2011).

De ziekenhuismarkt is een voorbeeld van een markt die wordt gekenmerkt door een hoge mate van differentiatie in vraag en aanbod (diagnose en behandeling). De uiteindelijke prijsstijging na een fusie van ziekenhuizen zal een resultante zijn van het wegvallen van concurrentiedruk op talloze ‘micromarkten’ waarop de ziekenhuizen actief zijn. Als voorbeeld geldt de micromarkt voor 65+ mannen met hartklachten in postcodegebied 1052.



Figuur 8: Ontwikkeling van het aantal ziekenhuizen

De prijs op een markt met gedifferentieerde producten wordt bepaald door 3 factoren:

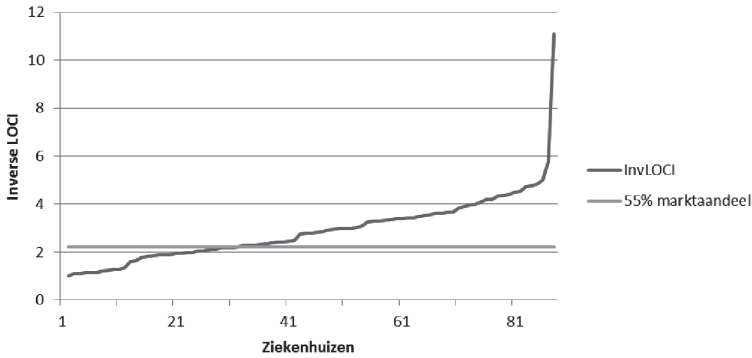
- de vraag en de bereidheid van klanten om te switchen
- de marginale kosten van de aanbieder
- de mate van concurrentie

Wanneer deze 3 factoren bekend zijn, kan het marktevenwicht worden berekend. In het geval van de zorgsector zijn daar additionele aannames voor nodig over het onderhandelingsproces tussen verzekeraars en aanbieders.

Een van de manieren die in de monitors van de NZa wordt gebruikt om marktmacht te meten, is de zogenaamde Logit Competition Index (LOCI). De LOCI is een methode die ziekenhuiszorg modelleert als een gedifferentieerd Bertrand-oligopolie waarbij de consumentenvoorkeuren tot stand komen in een discreet keuzemodel (in de praktijk een logit model) en waarbij de prijsconcurrentie tussen producenten wordt beïnvloed door de overlap van het productaanbod van de verschillende zorgaanbieders in de diverse consumentensegmenten.¹⁸

¹⁸ Zie http://www.nza.nl/104107/138494/Bijlage_1_Fusiesimulatiemodellen.pdf voor een beschrijving van de LOCI en andere modellen.

De LOCI is een index tussen 0 en 1, waarbij 1 een marktaandeel van 100% (een monopolie) en 0 perfecte concurrentie weergeeft. In figuur 9 wordt een overzicht gegeven van de (inverse) LOCI (gegevens 2010). In de Memorie van Toelichting op de Wet Marktordening Gezondheidszorg is opgenomen dat een marktpartij met een marktaandeel dat groter is dan 55% geacht wordt Aanmerkelijke Marktmacht te hebben. Dit correspondeert met een inverse LOCI van 2.22. Op grond van dit criterium heeft een substantieel deel van de Nederlandse ziekenhuizen marktmacht.



166

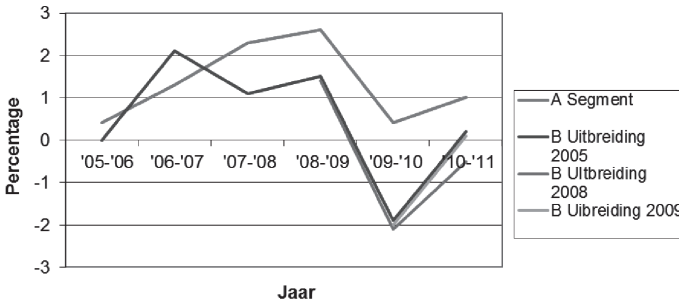
Figuur 9: Inverse LOCI Nederlandse ziekenhuizen

Uit Halbersma et al. (2011) blijkt dat (in de periode 2005/2006) een hoger marktaandeel ook leidde tot hogere prijzen. Hoewel het effect significant was, was het effect beperkt. Dit sluit aan bij ervaringen in de VS, waar soortgelijke effecten worden gevonden, vlak na de opkomst van *managed care* in de VS begin jaren '90. Uit andere studies blijkt dat het effect van marktaandeel op de prijs veel sterker is geworden.¹⁹

Ook een studie van Kemp et al (2012) naar de gevolgen van zes fusies vindt dat de prijzen van heupoperaties in zeven van de twaalf onderzochte Nederlandse ziekenhuizen als gevolg van fusies zijn gestegen. In één geval zelfs met meer dan 16%. In drie ziekenhuizen was de prijs gedaald, onder andere als gevolg van een opgelegd prijsplafond.

Ondanks de marktmacht van ziekenhuizen zijn verzekeraars er in geslaagd om de prijzen in het B-segment onder controle te houden.

¹⁹ Zie voor een overzicht van verschillende studies Gaynor en Vogt (2000) en voor een recent overzicht Melnick et al. (2011).



Figuur 10: Prijsverandering in nominale prijzen in de ziekenhuissector

Na een initiële stijging van de prijzen ten opzichte van de gereguleerde tarieven²⁰, dalen de onderhandelde prijzen. Hoewel niet direct vergelijkbaar, is de prijsontwikkeling in het gereguleerde segment (het 'A-segment') ongunstiger.

Dat betekent dat de grote kostenstijging in de zorg voornamelijk wordt veroorzaakt door volumegroei. Omdat de effecten van deze volumegroei (in termen van levensverwachting, kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg) onbekend zijn, is ook moeilijk aan te geven of de samenleving waar krijgt voor zijn zorguro.

Uit de marktscan medisch specialistische zorg uit maart 2012 blijkt dat de gewogen gemiddelde volumegroei in het gereguleerde segment circa 1% bedroeg. In het B-segment, waar de verzekeraars aan het stuur zitten, bedroeg de stijging van het volume maximaal ca. 16%. De NZa heeft voor een aantal veel voorkomende aandoeningen (zoals heup- en knie vervangingen, spataderen en staar) gekeken naar de volumeontwikkeling. Het blijkt dat er niet zozeer meer patiënten worden geholpen, maar dat patiënten tegenwoordig vaker meer specialisten zien – wat weer leidt tot meer dbc's per patiënt, dat de indicatie voor zwaardere en duurdere ingrepen is verruimd en dat er vaker duurdere technieken (zoals endoscopische operaties) worden toegepast.

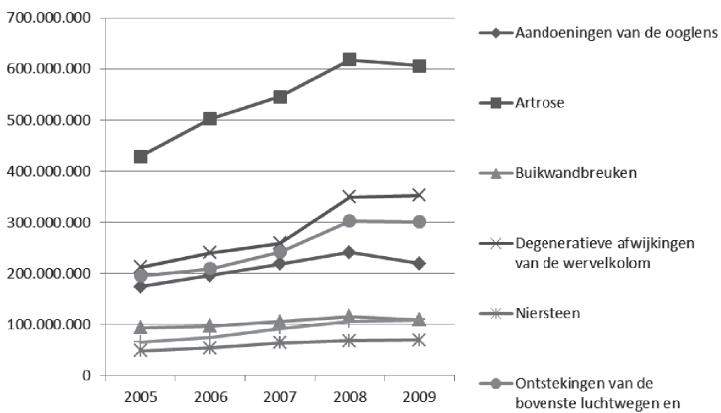
²⁰ Deze stijging zou ook veroorzaakt kunnen zijn door een te laag gereguleerd tarief.

In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de ontwikkeling van de schadelast per aandoening.

Patiëntgroepen	Omzet-ontwikkeling	Ontwikkeling aantal patiënten	Ontwikkeling aantal dbc's	Ontwikkeling schadelast per patiënt
Ontstekingen van de bovenste luchtwegen en middenoor	20	0	-1	20
Operabele darmtumor	14	3	6	10
Aandoeningen van de ooglenzen	11	7	8	4
Artrose	11	8	8	3
Buikwandbreuken	9	2	3	7
Urinewegstenen	14	4	-2	9
Varices	19	8	12	10
Degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom	21	0	4	21

168

Tabel 1: Ontwikkeling van de schadelast per aandoening (in percentage per jaar)



Figuur 11: Omzet patiëntgroepen per jaar

Tot op heden lijken verzekeraars redelijk in staat om de prijzen van zorgaanbieders niet teveel te laten stijgen. De sterke groei in de kosten wordt voornamelijk veroorzaakt door een stijging van het volume.

We concluderen dat fusies de beschikbaarheid van voldoende aanbod dreigen te verstoren, met gevolgen voor de inkoopmarkt.

4 Recente ontwikkelingen en huidige belemmeringen

Hoewel het systeem in 2006 veranderde door de invoering van het nieuwe stelsel, waren de prikkels om te komen tot een doelmatige inkoop in de periode 2006-2012 nog beperkt.

De financiële prikkels voor Nederlandse zorgverzekeraars worden in belangrijke mate bepaald door het systeem van risicoverevening (VWS 2007). Jaarlijks worden voor iedere individuele verzekerde voor het ziekterisico aangepaste vereveningsbijdragen uitgerekend. Deze vereveningsbijdragen worden ex ante aan verzekeraars toebedeeld. De voorspellende kracht van het ex-ante risicovereveningssysteem is in de praktijk niet perfect. Zo zijn er identificeerbare groepen waarop verzekeraars voorspelbare winsten en verliezen maken (Stam et al. 2008 en Van Kleef et al. 2012). Verzekeraars werden daarom ex-post gecompenseerd voor de verschillen tussen hun geraamde en gerealiseerde zorguitgaven. Dit mitigeerde de financiële gevolgen voor verzekeraars van de beperkte verklarende werking van het ex-ante vereveningssysteem.

Deze zogenaamde ex-post compensatie roomde winsten en verliezen af die verzekeraars op zorginkoop voor hun verzekerden behalen. Daardoor had de ex-post compensatie van verschillen tussen geraamde en gerealiseerde zorginkoopkosten een dempende werking op de prikkels voor zorgverzekeraars tot doelmatige zorginkoop. De ex-post compensatie is per 2012 grotendeels afgeschaft.²¹ Daarnaast waren de zorginkoopmarkten slechts beperkt geliberaliseerd. In de loop der tijd is op steeds meer markten prijsconcurrentie ingevoerd.

Het B-segment, dat deel van de ziekenhuiszorg waar vrije prijzen gelden, is in stappen uitgebreid naar 70%.

Het is nog te vroeg om de gevolgen in te schatten van deze stap, maar de eerste tekenen stemmen tot enig optimisme. Uit door de NZa gehouden interviews blijkt dat er dit jaar voor het eerst hard wordt onderhandeld tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Er worden dit jaar - ook voor het eerst - veel contracten gesloten waarbij ook ziekenhuizen een vaste omzet krijgen i.p.v. een omzet die afhangt van de geleverde productie. Pas in de jaren 2013 en 2014 kunnen voor het eerst echt conclusies worden getrokken over het effect van de toename van de prikkels voor verzekeraars en de uitbreiding van het geliberaliseerde segment.

21 Voor bepaalde zorguitgaven, zoals bijvoorbeeld de GGZ, blijft de ex-post verevening (gedeeltelijk) bestaan. Zie <http://www.cvz.nl/binaries/content/documents/cvzinternet/nl/documenten/rubriek+financiering/zvw/2012/sc2011-23098-regeling-risicoverevening-2012.pdf>

De prijzen op de markt voor fysiotherapie en oefentherapie zijn definitief vrijgegeven per 1 januari 2008. Per 1 januari 2012 gelden de vrije tarieven ook voor instellingen voor medisch specialistische zorg die fysiotherapie of oefentherapie als losse prestaties leveren.

In 2010 zijn vrije prijzen voor de gedefinieerde ketenprestaties Cardiovasculair Risicomanagement, COPD en Diabetes ingevoerd. Er mag alleen gedeclareerd worden als er een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder is. De prijzen op de markt voor dieetadvisering zijn vrijgegeven per 1 januari 2009. Het betreft hier het vrijgeven van de prijzen op de markt voor extramuraal dieetadvisering. Per 1 januari 2012 is het experiment met vrije prijzen met nieuwe prestaties (voor drie jaar) voor tandartsen, orthodontisten, tandprotheticen en mondhygiënisten gestart, maar al een vroege (premature?) dood in de Tweede Kamer gestorven. De prijzen in de eerstelijns psychologische zorg zijn per 1 januari 2008 vrijgegeven. Voor de farmaceutische zorg gelden vanaf 1 januari 2012 nieuwe prestaties en vrije prijzen.

Het vrijgeven van prijzen vergroot de onderhandelingsruimte van verzekeraars. Op korte termijn hoeft dat niet gunstig uit te pakken voor consumenten (zie de tandartstarieven). In het geval van de mondzorg heeft de NZa op basis van eerste gegevens in een marktscan geconstateerd dat de prijzen in de mondzorg zijn gestegen en dat het aantal contracten tussen mondzorgaanbieders en verzekeraars is gedaald. Naar aanleiding daarvan heeft de minister de NZa inmiddels een aanwijzing gegeven om de tarieven per 1 januari 2013 weer te reguleren.

170

Huidige belemmeringen

Als we de historie en de recente ontwikkelingen bezien, welke andere belemmeringen zien we dan nog voor het functioneren van de inkoopmarkt?

Ten eerste compliceert het transitieproces voor ziekenhuizen de onderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen en beperkt het de dynamiek. Om de overgang van oude budgetbekostiging naar de nieuwe bekostiging te dempen, wordt de omzet die wordt verkregen uit de declaraties van dbc's, dbc-zorgproducten en overige zorgproducten, in 2012 vergeleken met het bedrag dat zou zijn verkregen wanneer de instelling op basis van het voormalige functiegerichte budget zou zijn bekostigd (het zogenoemde 'schaduw-FB' of 'schaduw-budget'). Het verschil tussen de omzet 2012 uit prestatiebekostiging en het schaduw-FB vormt het zogenaamde transitiebedrag. Het verschil tussen de daadwerkelijke omzet uit prestatiebekostiging en het schaduw-FB wordt in 2012 grotendeels bijgepast (als de budgetbekostiging hoger was geweest) of moet worden afgedragen (als de budgetbekostiging lager was geweest).

Omdat als gevolg van een verandering in de regulering ('het A-segment') ziekenhuizen bepaalde omzetten gegarandeerd krijgen, is het moeilijk voor verzekeraars om productie te heralloceren. Het transitie-model heeft tot in 2013 mogelijke effecten op de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars.

Ten tweede beoogt de minister met het beheersmodel medisch specialisten de macro-uitgaven aan de honoraria van medisch specialisten vooraf te beheersen. In dat beheersmodel krijgen instellingen vooraf een omzetplafond opgelegd voor de honoraria van de medisch specialisten. Het honorariumplafond is gebaseerd op de historische honorariumomzet. Het omzetplafond betekent dat eventuele productieverhuivingen tussen ziekenhuizen die het gevolg zijn inkoopbeslissingen van verzekeraars, nauwelijks kunnen leiden tot een hoger honorariumomzet bij een ziekenhuis dat marktaandeel wint. Overheveling van honorariumomzet is alleen mogelijk met toestemming van het 'latende' ziekenhuis. Het gevolg is dat de dynamiek die gepaard gaat met het goed uitvoeren van de zorginkooprol door verzekeraars wordt beperkt.

Ten derde ligt ook het risico van verspilling op de loer. Immers, als een verzekeraar een deel van zijn productie bij een bepaald ziekenhuis weghaalt en bij een andere zorgaanbieder onderbrengt, zullen de bij het desbetreffende ziekenhuis werkende specialisten geneigd zijn het gat in het honorariumplafond weer te vullen met andere zorgactiviteiten. Om enige dynamiek te behouden wordt 96,8% van macrobudget in de vorm van omzetplafonds vooraf toegekend aan ziekenhuizen. Er wordt 3,2% (ongeveer 65 miljoen euro) per jaar achtergehouden. Dit geld wordt jaarlijks in april verdeeld op basis van de gemaakte afspraken tussen verzekeraars en zorgaanbieder. Naarmate het onderhandelbare percentage hoger ligt, nemen de mogelijkheden voor verzekeraars dus toe om werkelijk zorg te verschuiven van aanbieders met een lage prijs-kwaliteitsverhouding naar aanbieders met een hoge prijs-kwaliteitsverhouding.

5 Verzekeraars of overheid?

Uit het bovenstaande kan de conclusie worden getrokken dat het grootste probleem op de zorginkoopmarkt ligt. Stel dat we de inkoop door de overheid laten verzorgen. Wat kunnen we daarover concluderen? We beschrijven verschillende manieren van de overheid om zorg in te kopen. Wij kijken daarbij naar systemen in Engeland en naar de Nederlandse AWBZ.

Ervaringen Engeland

De National Health Service (NHS) is in 1948 opgericht met als doel elke burger toegang te bieden tot de gezondheidszorg. De NHS wordt betaald uit belastingen, maar wordt regionaal apart aangestuurd. Deze paragraaf heeft specifiek betrekking op de Engelse NHS. Binnen de NHS zijn alle zieken-

huizen staatseigendom. Sinds 2006 hebben sommige ziekenhuizen die aan bepaalde eisen op het gebied van kwaliteit en solvabiliteit voldoen, een aparte status die ze meer lokale autonomie biedt.²²

In 2006 is voor het eerst concurrentie ingevoerd in het NHS-model. Voor deze hervorming bepaalden lokale zorginkopers (waarbij soms huisartsen betrokken waren) de ziekenhuisbudgetten. Patiënten hadden geen keuze. Vanaf 2006 werd er geen budget meer vastgesteld, maar werden prijzen per product vastgesteld, gebaseerd op de zogenaamde Diagnosis-Related Groups (DRG's). Ziekenhuizen kregen daarmee een prikkel om meer patiënten te behandelen. Daarnaast werden alle huisartsen verplicht om patiënten een keuze te bieden uit vijf verschillende aanbieders. Huisartsen en patiënten worden in die keuze ondersteund door de *choose and book* website.²³ Op deze website wordt - per aandoening - kwaliteitsinformatie gegeven en is het mogelijk om een afspraak te boeken. Omdat er een prijs per DRG werd vastgesteld, concurreerden ziekenhuizen voor het eerst om patiënten. Uit verschillende onderzoeken²⁴ blijkt dat deze hervorming de concurrentie tussen aanbieders heeft vergroot en de kwaliteit heeft verbeterd.

Op dit moment is er veel discussie in het VK over een wet die de NHS (verder)²⁵ zou moeten hervormen. In eerste instantie was de gedachte achter de wet om meer concurrentie te laten ontstaan binnen de NHS. Als een consistente uitbouw van de hervormingen in 2006, was de gedachte dat huisartsen een centrale spil zouden vormen in het systeem. Groepen van huisartsen (de 'Clinical Commissioning Groups', de CCG's) zouden een budget krijgen en daarmee zowel patiënten behandelen als tweedelijns zorg contracteren. In feite zouden zij de rol van verzekeraar krijgen. Het was daarbij de bedoeling dat huisartsen ook over prijzen zouden onderhandelen. Dat betekent dat in eerste instantie de prijzen van ziekenhuizen - net als in Nederland- geliberaliseerd zouden worden.

22 Zie <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/nhshistory/Pages/NHShistory1948.aspx> voor een overzicht van de NHS en de grote hervormingen.

23 <http://www.chooseandbook.nhs.uk/>

24 Zie bijvoorbeeld Gaynor et al. (2010) waarin wordt aangetoond dat de hervormingen in 2006 hebben geleid tot meer concurrentie en dat meer concurrentie leidt tot een lagere mortaliteit: het artikel heeft dan ook de dramatische titel 'Death by market power'.

25 Een toelichting op het hoe en waarom van de Engelse hervormingen kan gevonden worden op <http://www.dh.gov.uk/health/files/2012/07/White-Paper-Caring-for-our-future-reforming-care-and-support-PDF-1580K.pdf>

Deze initiële plannen hebben tot grote opschudding geleid. Door de discussie zijn de plannen sterk aangepast. De CCG's bevatten in de nieuwe plannen niet alleen huisartsen, maar ook vertegenwoordigers van de ziekenhuizen (verpleegkundigen en artsen). In de nieuwe plannen worden prijzen niet geliberaliseerd, maar worden prijzen vastgesteld door Monitor (een toezichthouder op NHS ziekenhuizen). Het is onduidelijk wat deze prijsregulering impliceert. De staat blijft een nationaal budget vaststellen. Dit budget wordt vervolgens regionaal verdeeld over de verschillende CCG's, die met dit budget afspraken maken over de te leveren zorg met ziekenhuizen. Deze afspraken gaan de facto over een budget, omdat CCG's hun budget niet mogen overschrijden en de ziekenhuizen leveringsplicht hebben. De CCG's worden onder toezicht gesteld van de zogenaamde National Commissioning Board. Volgens de plannen krijgt deze 'toezichthouder' een budget van 492 miljoen pond en 3.700 werknemers.

De aangepaste voorstellen zijn nog controversiëler dan de eerste voorstellen. Er is van links tot rechts veel kritiek op het voorstel. Toch zullen de voorstellen waarschijnlijk wel worden aangenomen. Het voorstel is onduidelijk over wie wat precies aanstuurt. Omdat de rollen van de lokale CCG's, de nationale Commissioning Board en Monitor niet duidelijk gedefinieerd zijn in hun onderlinge samenhang, worden erg veel uitvoeringsproblemen verwacht.

Geconcludeerd kan worden dat Engeland met zijn centrale rol van de overheid met soortgelijke problemen kampt als andere landen, zoals Nederland.

Ervaringen AWBZ

Als de inkoop niet door zorgverzekeraars gedaan kan worden, kan het ook publiek. Hiervoor hoeven we niet per se over de grens te kijken, maar kunnen we de ervaringen op het gebied van inkoop in de AWBZ bezien.

Op het gebied van langdurige zorg bepaalt het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) aan de hand van zogeheten zorgzwaartepakketten in welke mate zorgaanbieders recht hebben op financiering vanuit de AWBZ. De uitvoering van de AWBZ verloopt via regionale zorgkantoren, in de praktijk gerund door de dominante verzekeraar in de desbetreffende regio. De taken van een zorgkantoor zijn (i) om patiënt/consument informatie te geven over AWBZ-zorg; (ii) een regionale zorgbeleid op te stellen, zorg te contracteren en overleg te voeren met zorgaanbieders en patiënten/cliëntenorganisaties; en (iii) te zorgen voor een goede bedrijfsvoering, een nauwkeurige registratie en een efficiënte administratie.

Administratief is het nog veel ingewikkelder. Om de heroverwegingscommissie te citeren:²⁶

‘Vaak komt de zorgvraag van een cliënt tot uiting na een eerste contact met een zorgaanbieder. Die zet de cliënt op het spoor van het CIZ. Op grond van de beleidsregels indicatiestelling van VWS geeft het CIZ een indicatiebesluit af aan de cliënt en stuurt dit in afschrift aan het regionale zorgkantoor... Het zorgkantoor kan aan de cliënt (indien gewenst) een PGB verstrekken of bemiddelen bij zorg in natura die is gecontracteerd bij de zorgaanbieders in de regio. De zorgaanbieders worden bevoorschot door het Centraal Administratiekantoor (CAK) en de uiteindelijke afrekening met de zorgaanbieder vindt plaats op basis van betaalopdrachten van het zorgkantoor. Het CAK ontvangt het benodigde geld uit het door het CVZ beheerde Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten dat op zijn beurt via de Belastingdienst wordt gevoed uit de AWBZ-premie die iedereen verschuldigd is over het belastbaar inkomen. Daarnaast ontvangt het AFBZ ook een bijdrage uit de schatkist die via de begroting van VWS loopt en eigen betalingen van AWBZ-gebruikers. Voor die laatste geldstroom heeft het CAK een tweede uitvoeringstaak: het vaststellen van de hoogte en de inning van de eigen bijdragen.’

174

In de praktijk leidt dit systeem tot een beperkte rol voor doelmatigheid in alle schakels van de keten. Het CIZ zorgt vooral voor veel bureaucratie en de zorgkantoren zijn een soort betaalkantoren. De heroverwegingscommissie concludeert dat het zorggebruik per inwoner sterk verschilt tussen gebieden met een vergelijkbare bevolking, een sterke indicatie voor inefficiënties en onbedoeld gebruik. Regio's met een relatief hoog zorggebruik kennen een samenloop van zorgaanbieders die de zorgvraag stimuleren, een ruime indicatiestelling en een ruimhartig inkoopbeleid van zorgkantoren.

Onbedoeld gebruik kan ontstaan omdat het ontvangen van persoonlijke verzorging of begeleiding soms aantrekkelijk is. Veel mensen zullen dan ook meer zorg willen consumeren zolang dit geen andere negatieve gevolgen heeft. Dit geldt te meer wanneer mensen zelf hun zorg inkopen. De sterke groei van het aantal PGB-houders (met 260% in de periode 2003–2008) kan hier mede door veroorzaakt zijn. Ook is bij veel langdurige zorg de zelfredzaamheid van de cliënt bepalend voor de indicatie. Hierdoor wordt de indicatie subjectiever en makkelijker te beïnvloeden door de cliënt zelf. Het CIZ doet hier weinig aan omdat financiële prikkels ontbreken om overindicatie tegen te gaan en de brede en onduidelijke omschrijving van de aanspraken overgebruik uitlokt. Het CIZ beschikt over weinig informatie over de per-

²⁶ <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/beleidsonderzoeken/documenten-en-publicaties/rapporten/2010/04/01/12-langdurige-zorg.html>

soonlijke situatie van cliënten en moet vertrouwen op gegevens van de formulieren. Ook zit er een onevenwichtigheid in de indicatiestelling van het CIZ. Als de geïndiceerde zorg achteraf onvoldoende blijkt te zijn, kan belanghebbende een herindicatie aanvragen om meer zorg te krijgen. Als de indicatie achteraf te ruim blijkt (de cliënt herstelt sneller, kan meer zelf of krijgt meer mantelzorg dan verwacht), moet op de cliënt en/of aanbieder worden vertrouwd dat zij minder gebruik van de AWBZ maken. Een andere sterke indicatie voor het bestaan van inefficiënties ligt in het feit dat zorgaanbieders forse kostenverschillen per eenheid product kennen (Gupta 2010).

Tot slot, mensen die AWBZ-gefinancierde zorg krijgen doen vaak een beroep op andere voorzieningen, zoals de Zvw, de Wmo, de Wajong, de Wet Sociale werkvoorziening of het budget voor Jeugdzorg. Op dit moment ontbreekt de financiële prikkel bij andere partijen (aanbod, gemeente, zorgverzekeraars) om de zorg zo in te richten dat het beroep op de AWBZ beperkt wordt.

De heroverwegingscommissie stelt voor een overheidsvoorziening langdurige zorg (OLZ) te creëren die onder verantwoordelijkheid van de Rijksoverheid wordt uitgevoerd. Het OLZ zou de indicatie stellen mede op basis van urgentie, gaat over het budget en doet formeel de zorginkoop à la de huidige zorgkantoren.

Als we de vergelijking doortrekken naar de inkoop in de curatieve markt, betekent dit feitelijk een soort NHS. Het bovenstaande schetst een beeld wat er kan gebeuren als de inkoop gebeurt zoals in de AWBZ. Het maakt duidelijk dat dit een weinig wenkend perspectief is.

6 Conclusie en oplossingsrichtingen

Na een lange ontwerp- en invoeringsfase is het Nederlandse systeem in 2012 pas echt gaan draaien. Verzekeraars hebben nu zowel de prikkels als de vrijheid om hun inkooprol vorm te geven. Er bestaat nog wel een aantal belemmeringen voor het (selectieve) contracteren door verzekeraars in de vorm transitie-modellen en beperkingen om patiënten naar voorkeursaanbieders te sturen.

De huidige verzekeringsmarkt lijkt redelijk te werken. De mobiliteit van verzekerden tussen verschillende zorgverzekeraars neemt toe. Hoewel de meeste premies dicht bij elkaar in de buurt liggen, is er nog voldoende overstapwinst te behalen. Er zijn ook aanwijsbare groepen die minder switchen. Het gebrek aan inzicht van verzekerden ten tijde van het afsluiten van een polis in het door de verzekeraar gecontracteerde netwerk is een groot manco in het huidige systeem. Tot slot zijn er zorgen over de concentraties in de aanbiedersmarkt. Dat geldt dan met name voor de ziekenhuismarkt. De trend tot

schaalvergroting door fusies is dan ook zonder meer zorgelijk. Zeker omdat er geen bewijs is dat deze fusies leiden tot meer kwaliteit en/of efficiency, maar dat er reden is om aan te nemen dat fusies tussen ziekenhuizen in ieder geval zullen leiden tot hogere prijzen.

Ondanks alle zorgen pleiten wij niet voor een ander systeem, om twee redenen. Ten eerste is het Nederlandse systeem een uniek experiment in de wereld en is het experiment eigenlijk pas dit jaar werkelijk gestart, omdat de zorgverzekeraars pas dit jaar echt de prikkels (door de vrijwel volledige afschaffing van de ex-post verevening) en de mogelijkheden (door de uitbreiding van het geliberaliseerde segment) hebben gekregen om hun rol in het systeem ook te kunnen waarmaken. Ook systemen waarin de overheid stuurt (zoals bijvoorbeeld in Ierland, Zweden en het VK) kennen vergelijkbare problemen als in Nederland met stijgende volumes en kosten. In Ierland en Zweden wordt gekeken naar invoering van het Nederlandse model. Ook de Nederlandse AWBZ waarin de overheid stuurt is nu niet meteen een aanbeveling omdat daar de problemen met volume- en kostenstijgingen nog veel groter zijn dan in de curatieve sector.

Oplossingsrichtingen

176

Voor bovenstaande problemen suggereren we vier oplossingsrichtingen.

1. De minister heeft aangekondigd de transparantie te vergroten door verzekeraars wettelijk te verplichten verzekerden inzicht te verschaffen in het door de verzekeraar gecontracteerde netwerk ten tijde van het afsluiten van een polis. Daaraan gekoppeld wordt het verzekeraars ook gemakkelijker gemaakt om patiënten die een naturapolis hebben afgesloten, naar voorkeursaanbieders te sturen. Verzekeraars krijgen de mogelijkheid om zelf de vergoeding te bepalen voor zorg die hun naturaverzekerden bij niet-gecontracteerde aanbieders genieten. Als zorgverzekeraars de toegelaten mogelijkheden ook daadwerkelijk gaan benutten, dan dragen deze oplossingen bij aan het mobieler maken van consumenten.
2. De huidige concentratie op de zorgverzekeringsmarkt en vooral op de aanbodmarkt is zorgelijk. Wij pleiten voor een veel stringenter toetsing van fusies. Omdat de ervaringen van de afgelopen jaren tot geen andere conclusie kunnen leiden dat de Mededingingswet niet geschikt is om maatschappelijk twijfelachtige fusies te verbieden, valt sterk te overwegen de bewijslast bij zorgfusies om te draaien, vooral ook omdat er nauwelijks schaalvoordelen te bereiken zijn.²⁷ Het omdraaien van de bewijslast betekent dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars aannemelijk moeten maken dat hun fusie een bijdrage levert aan het verhogen van de consumenten-

²⁷ Zie <http://www.economie.nl/blog-item/fusiebeleid-semi-publieke-instellingen-failliet>, Canoy (2008a, 2008b) en Canoy en Sauter (2009).

welvaart, in plaats van dat de NMa moet bewijzen dat een fusie slecht is voor de consumentenwelvaart.

3. Om de dynamiek in de contractering te vergroten, zou het percentage dat voor dynamiek wordt achtergehouden in het beheersmodel voor medisch specialisten, sterk vergroot kunnen worden, bijvoorbeeld van 3,2% in 2012 naar 50% in 2013 en 100% in 2014.
4. De kwaliteit van de geleverde zorg wordt nu vooral vastgesteld door zorgaanbieders te vragen structuur, proces- en uitkomstgegevens aan te leveren. Dit proces verloopt zeer moeizaam. Een alternatief voor verzekeraars zou zijn om niet de zorgaanbieders naar de kwaliteit van de zorg te vragen, maar de patiënten. Patient Reported Outcome Measures (PROMs) zijn gevalideerde, eenvoudige vragenlijsten voor patiënten die inzicht geven in de medische effectiviteit van de door een zorgaanbieder geleverde zorg. In deze vragenlijsten wordt de patiënt voor een bepaalde behandeling gevraagd wat zijn klachten en beperkingen zijn²⁸. Achteraf wordt deze vragenlijst opnieuw voorgelegd. Zo kan worden bepaald of een bepaalde set van behandelingen ook toegevoegde waarde heeft. Zeker als een verzekeraar dat ook kan koppelen aan financiële gegevens, zou dat een interessante ontwikkeling kunnen zijn. De PROMs zouden de basis onder de contractering van ziekenhuizen door verzekeraars kunnen vormen. Verzekeraars kunnen deze informatie gebruiken om iets te zeggen over de verschillen in effectiviteit tussen ziekenhuizen en zouden daarmee hun schadelast kunnen beperken. De PROMs kunnen daarmee een goede aanvulling zijn op de CQ-index (Consumer Quality Index), dit is een methode om klantervaringen in de zorg te meten.

Literatuur

- Agrell, P.J., Bogetoft, P., Halbersma, R. en Mikkers, M.C. (2006), Yardstick competition for multi-product hospitals, NZa research papers.
- Baarsma, B., Kam, F. de, Linschoten, R., Verloren van Themaat, W., Varkevisser, M. (2012), Opereren binnen zorguitgavenkaders *ESB*, 97 4638 (22 juni), pp. 408-411.
- Boone, J. (2006). How to phase out regulation?, NZa research papers.
- Canoy, M. (2008a). Gekrakeel over zorgfusies terecht. *Markt en Mededinging*, Nr.4.
- Canoy, M. (2008b). Zorgfusies: gekker moet het niet worden. *Markt en Mededinging*, Nr.6.
- Canoy M. en W. Sauter (2009). Zorgfusies en publiek belangen. *Markt en Mededinging*, Nr.2.
- Capps, C. S., D. Dranove, et al. (2003). Competition and Market Power in Option Demand Markets. *Rand Journal of Economics* 34, pp. 737-763.

²⁸ Zie voor een voorbeeld van een vragenlijst <http://www.patientuitkomsten.nl/wp-content/uploads/2012/01/vragenlijst-Knievervangng.pdf>

- Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (commissie Dekker) (1987).
Bereidheid tot verandering. Den Haag, 1987.
- CPB (2003), Zorg voor concurrentie, een analyse van het nieuwe zorgstelsel, CPB document 28. <http://www.cpb.nl/publicatie/zorg-voor-concurrentie-een-analyse-van-het-nieuwe-zorgstelsel>
- Duijmelinck, D. en Van de Ven, W. (2011), Beperking keuzevrijheid zorgpolis door aanvullende verzekering, *ESB* 96 (2011) 4621, pp. 634-637.
- Gaynor, M., Moreno-Serra, R. en Propper, C. (2010) Death by market power: reform, competition and patient outcomes in the National Health Service, National Bureau of Economic Research.
- Gaynor, M.S. en W.B. Vogt (2000), Antitrust and Competition in Health Care Markets, Chapter 27 in the Handbook of Industrial Organization, Volume II, Edited by R. Schmalensee en R.D. Willig, Elsevier, Amsterdam.
- Gupta (2010), Trouw aan de belofte, Rapport over sector verpleging en verzorging, www.gupta-strategists.nl.
- Halbersma, R.S. , Kerstholt W. en Mikkers, M.C. (2009) Marktafbakening en marktmacht in de Zorgsector, *Markt en Mededinging*, nummer 2, pp. 74-82.
- Halbersma, RS and Mikkers, M.C., Motchenkova, E. en Seinen, I. (2011), Market structure and hospital-insurer bargaining in the Netherlands, *The European Journal of Health Economics* 12(6), pp. 589-603.
- Kemp, R.G.M., Kersten, N. en Severijnen, A.M. (2012) Price effects of Dutch hospital mergers: An ex-post assessment of hip surgery. *De Economist* 160, pp. 237-255.
- Kleef, R.C. and Vliet, R. van en Ven, W. van de (2012), Risicoverevening tussen zorgverzekeraars: Kwantificering modelverbeteringen 1993-2011, *TSG: tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 90(5), pp. 312-326.
- Mikkers, M. en Ryan, P., Managed competition for Ireland? (2011), TILEC Discussion Paper, Tilburg University.
- Melnick, G.A. and Shen, Y.C. en Wu, V.Y.(2011) The Increased Concentration Of Health Plan Markets Can Benefit Consumers Through Lower Hospital Prices, *Health Affairs* 30 (9), pp. 1728-1733.
- NZa, Monitor Toetredingsdrempels (2012), Zorgverzekeringsmarkt, Onderzoek naar belemmeringen voor toetreding en de positie van kleine zorgverzekeraars, http://www.nza.nl/104107/105773/475605/Monitor_Toetredingsdrempels_zorgverzekeringsmarkt.pdf
- Rijksoverheid (2010), Rapport brede heroverwegingen Langdurige zorg, Den Haag, april 2010.

Concurrentie en samenwerking op de zorgverleningsmarkt

Eric van Damme

“Uw sector is inderdaad zeer bijzonder en dat heeft zij gemeen met alle sectoren.” (A.W. Kist)

“This section will list selectively some characteristics of medical care which distinguish it from the usual commodity of economics textbooks. The list is not exhaustive, and it is not claimed that the characteristics listed are individually unique to this market. But, taken together, they do establish a special place for medical care in economic analysis.” (Arrow 1963)

1 Inleiding

25 jaar nadat de Commissie Dekker concludeerde dat aanbodregulering leidt tot verstarring en ondoelmatigheid van zorgverlening (Dekker 1987), is gereguleerde concurrentie in de Nederlandse gezondheidszorg een gegeven. Zowel in de *cure* als in de *care* is er vrije keuze van zorgaanbieder, terwijl, binnen wettelijke kaders en onder overheidstoezicht, zorgaanbieders substantiële ruimte hebben om te concurreren om de gunst van de cliënt. Gereguleerde concurrentie is geen doel op zich, maar een middel om de zorgsector zo goed mogelijk te laten presteren (Tweede Kamer 2005). Een kernvraag is dus hoe dit middel optimaal vormgegeven kan worden. Onderdeel daarvan is de vraag die in dit preadvies centraal staat: hoe het mededingingstoezicht op de markten voor zorgverlening vorm te geven? Gerelateerd hieraan: zit (of zat) er licht tussen wat is en wat zou moeten?

Bij het invoeren van marktwerking en het toepassen van de Mededingingswet (Mw) op de zorgsector botsen twee ideeënwerelden op elkaar. Aan de ene kant is er de mantra van marktwerking, zoals consistent verwoord in Europese beleidsdocumenten: concurrentie verlaagt kosten, verhoogt kwaliteit en stimuleert innovatie. Aan de andere kant vinden we een divers spectrum aan sentimenten en meningen van het type ‘commercialisering van de zorg kan niets goeds brengen’, zoals in Nederland consequent betoogd wordt door de SP; zie SP (2005). Beide kampen verwijzen naar onderzoek en ervaringen om hun gelijk te illustreren. Aan economen de taak het kaf van het koren te scheiden. Hoewel veel economen het niet eens zullen zijn met de stelling ‘De zorg is geen markt’, zullen zij geen moeite hebben te erkennen dat het een bijzondere markt is (Arrow 1963; Schut 2003). Dit wordt ook erkend in de MvT van de Wet Marktordening Gezondheidszorg

(Wmg), waarvan hoofdstuk 3 volledig gewijd is aan de bijzondere kenmerken van de zorgsector en de specifieke vormen van marktfalen die daarin spelen. Moet dit bijzondere karakter consequenties voor het mededingingsbeleid hebben?

‘Samenwerking in de zorg is onontbeerlijk, maar concurrentie maakt goede samenwerking onmogelijk’ stelt Agnes Kant in het voorwoord van SP (2005). Het is nogal stellig geformuleerd, maar het kan ook niet geheel uitgesloten worden. Misschien is het niet de concurrentie op zich die samenwerking onmogelijk maakt, maar de manier waarop het toezicht op concurrentie en samenwerking wordt vormgegeven. Zal de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), gegeven dat (i) zij vooral ervaring heeft met andere sectoren en (ii) van haar verwacht wordt dat zij enigermate consistent is over de sectoren heen, niet te snel tot een verbod op samenwerking besluiten? Is er een risico dat de zorg, overeenkomstig A.W. Kist’s boven geciteerde uitspraak, als *business as usual* behandeld wordt, en dat dus onvoldoende rekening gehouden wordt met de door Arrow (1963) gesignaleerde vormen van marktfalen? Moeten de mededingingsregels anders worden toegepast dan in reguliere sectoren gebruikelijk is? Zo ja, hoe?

180

De zorgsector moest erg wennen aan het feit dat samenwerking überhaupt aan grenzen gebonden werd. Aanbieders vonden de regels in ieder geval onduidelijk en vreesden (te) strikte toepassing. De signalen werden opgepakt door VWS die in de onduidelijkheid (*regulatory uncertainty*) ook een risico zag dat innovatieve samenwerkingsvormen met betere zorg onvoldoende van de grond zouden komen (Tweede Kamer 2009). Hoewel de NMa sindsdien getracht heeft meer duidelijkheid te bieden, bestaat de vrees en de onduidelijkheid nog steeds. Deze zomer schreef minister Schippers nog:

‘Ook wil ik de angst voor de NMa, die kennelijk bij sommige zorgaanbieders leeft, wegnemen door aan te geven wat vanuit het belang van de patiënt nu wel of juist niet mag op het punt van samenwerking.’ (Tweede Kamer 2012a)

In dit preadvies probeer ik te verklaren waar die angst vandaan komt. Tevens analyseer ik of die angst terecht is en geef ik aan hoe deze weggenomen kan worden.

De NMa is in de zorgsector erg actief geweest. Toen zij eind 2002 haar eerste ‘Richtsnoeren voor de zorgsector’ publiceerde (NMa 2002) had zij, volgens het voorwoord, al 390 besluiten in de zorgsector genomen; vermoedelijk betreft dit vooral ontheffingsverzoeken. Op dat moment konden ziekenhuizen en AWBZ-instellingen nog niet met elkaar concurreren, maar vanaf 2003 was ook dat mogelijk. In 2003 verklaarde de NMa de zorgsector voor het eerst tot aandachtsgebied en dat is zij tot op dit moment gebleven. Sinds 2004 is de NMa vooral druk geweest met de behandeling van fusie-

verzoeken.¹ Dit preadvies focust echter op minder vergaande vormen van samenwerking en dus op het concurrentietoezicht. Uitgangspunt vormen de kartelbesluiten van de NMa: vijf sanctiebesluiten in de thuiszorg, twee sanctiebesluiten met betrekking tot brancheorganisaties (psychologen en huisartsen), één toezeggingsbesluit met betrekking tot ziekenhuizen en twee keer een opdracht aan samenwerkende apothekers om buitenstaanders tot hun netwerk toe te laten. Onlangs oordeelde de rechter in twee kartelbesluiten in de thuiszorgsector dat de NMa te weinig empirisch onderzoek gedaan had naar hoe de markt feitelijk werkt, en dat deze daarom onvoldoende gemotiveerd waren en niet in stand konden blijven. De NMa heeft zich bij dit oordeel neergelegd en de boete teruggedraaid. Al eerder was het in de psychologenzaak zo gelopen. Het beeld dat hieruit naar voren komt is dat de NMa wel blaft, maar weinig bijt en dat waar zij wil bijten, zij relatief vaak teruggefloten wordt. Dit laat onverlet dat ook een waakhond die slechts blaft afschrikwekkend kan zijn.

In dit preadvies zal ik betogen dat de NMa bij de kartelbesluiten onvoldoende rekening gehouden heeft met de bijzonderheid van de zorgsector. Ik zeg daarmee niet dat de NMa noodzakelijk verkeerde besluiten genomen heeft, wel dat die besluiten op *shortcuts* gebaseerd waren en daarmee onvoldoende gemotiveerd. Verder zal ik betogen dat de bijzondere eigenschappen onvoldoende meegenomen werden in de diverse richtsnoeren over samenwerking in de zorgsector die de NMa gepubliceerd heeft en dat aldus te weinig houvast aan de sector geboden werd. De besluiten en publicaties van de NMa hebben de indruk gewekt dat minder toegestaan is dan een grondige analyse zou kunnen uitwijzen, zodat niet uitgesloten kan worden dat innovatieve vormen van betere zorg inderdaad onvoldoende tot stand zijn gekomen.

Het vervolg van dit preadvies is als volgt opgebouwd. In paragraaf 2 presenteer ik een algemeen perspectief. In paragraaf 3 staan de begrippen concurrentie en concurrentiebeperking, in de zin van Artikel 6.1 Mw, centraal. In paragraaf 4 richt ik de aandacht op de voorwaarden waaronder een concurrentiebelemmerende afspraak toch toegestaan kan worden, zoals geformuleerd in Artikel 6.3 Mw. Een korte conclusie wordt gepresenteerd in paragraaf 5.

2 Perspectief

Algemene en stellige uitspraken over concurrentie in de zorg moeten met scepticisme bekeken worden omdat we relatief weinig zeker weten; veel is mogelijk, maar weinig geldt absoluut: 'it all depends'. Aan te geven wat wenselijk

¹ Sinds 2004 heeft de NMa ongeveer 150 fusieverzoeken van zorgaanbieders behandeld (90 in de AWBZ-sector, 30 in de GGZ en 30 van ziekenhuizen); 25 keer werd daarbij een vergunning geëist, maar in slechts 6 gevallen hoefde de NMa een vergunningbesluit te nemen, waarbij 1 fusie verboden werd.

is ('wat werkt?'), is lastig omdat de zorgsector complex is en veel met veel samenhangt. Het invoeren of verleggen van prikkels op één plaats in het systeem kan op andere plaatsen doorwerken.

Het idee dat marktwerking goed is, is gebaseerd op de hoofdstellingen uit de welvaartseconomie: onder bepaalde voorwaarden leidt volkomen concurrentie tot een (Pareto) optimale uitkomst. Dit inzicht is belangrijk, maar voor de zorgsector niet zo relevant, omdat hierin sprake is van een groot aantal vormen van marktfalen (Arrow 1963). Economen hebben vertrouwen in de markt en weten dat ook bij marktfalen concurrentie kan helpen om de efficiency te verhogen. Hun vraag is: hoe de markt te ordenen en concurrentie te reguleren opdat zo goed mogelijke uitkomsten bereikt worden? Aan veel niet-economen lijkt deze nuancering voorbij te gaan: zij zien economen als voorvechters van vrije marktwerking, zonder de nadelen daarvan te willen zien. Meer genuanceerde critici accepteren het idee dat uitkomsten via marktordening en concurrentie gestuurd kunnen worden, maar wijzen op de complexiteit van de zorgsector en de daarmee verbonden risico's. Dat ongewenste uitkomsten kunnen ontstaan als prikkels verkeerd gelegd worden is duidelijk en dus een punt van zorg. De uitdaging is de structuur goed te krijgen, zie ook Porter en Teisberg (2006).

182

Met alle respect voor de critici kan gesteld worden dat zij geen alternatief voor gereguleerde concurrentie hebben aangegeven. Wel wijst SP (2005) terecht op risico's: meer concurrentie kan leiden tot meer bureaucratie en tot hogere kosten.² Toegegeven moet ook worden dat de neoklassieke economie, in tegenstelling tot de institutionele economie, weinig oog heeft voor de transactiekosten die aan markten verbonden zijn. Duidelijk is ook dat zonder flankerende maatregelen de solidariteit onder druk kan komen te staan. Een markt kan ook tot kortzichtigheid leiden; zo kan een verzekeraar die geen langetermijncontracten kan afsluiten te weinig in preventie investeren; zie ook Cebul et al. (2008). Op dit punt is het Nederlandse zorgstelsel mogelijk niet goed doordacht. Elke verzekeringnemer kan zijn zorgverzekering jaarlijks opzeggen (Art. 7 Zvw); langetermijncontracten zijn dus onmogelijk, zodat het stelsel van markten onvolledig is. Daarmee is aan de voorwaarden van de welvaartsstelling niet voldaan en is onduidelijk of de efficiencyclaims gelden.

'De markt' bestaat niet. Door marktordening maakt de wetgever de markt, waarbij er veel vrijheidsgraden zijn. Het falen van de markt kan dus door overheidsfalen veroorzaakt worden. Er lijkt in Nederland nog steeds relatief weinig oog te zijn voor het grote belang van goede marktordening. Gegeven de complexiteit moet er begrip zijn voor het maken van fouten en dat het ontwerp wellicht niet meteen goed kan zijn. Van belang is dat de fouten niet

2 Van Wijnbergen (2005) wijst terecht op het voor economen triviale onderscheid tussen eenheidskosten en totale kosten, dat in de praktijk echter niet altijd gemaakt wordt.

te ernstig zijn en hersteld kunnen worden, en dat we al doende verbeteringen bewerkstelligen. Innovatie mag niet geblokkeerd worden.

De memorie van toelichting (MvT) van de Wmg stelt terecht dat de algemene Mw niet tot doel heeft, en daarom niet geschikt is, om markten te maken. Met de Wmg werd daarom de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) als ‘marktmeester’ voor de zorg ingesteld om het transitieproces in goede banen te leiden. De NZa heeft de taak de markten te monitoren, de concurrentie te stimuleren waar dat kan, en te reguleren waar dat moet. Zij heeft belangrijke bevoegdheden betreffende marktordening (Art. 45 Wmg) en markttransparantie, en zij kan spelers met aanmerkelijke marktmacht (AMM) ex ante verplichtingen opleggen. De bevoegdheid voor het toepassen van het algemene mededingingstoezicht op de zorgsector – bestaande uit het kartelverbod, het toezicht op (misbruik van) machtspositie, en het concentratietoezicht – ligt echter bij de NMa. In de transitiefase kan er een spanning bestaan tussen het maken en het bewaken van markten, en dus tussen NZa en NMa. Transitieproblemen zijn belangrijk, maar vanwege ruimtegebrek kan ik er in dit preadvies nauwelijks op in gaan; zie hiervoor ook M&M (2009).

Dit preadvies gaat over de vraag of het juist is dat concurrentie tegenstrijdig is met integrale, op de zorgvrager gerichte, zorg en zal leiden tot versnippering van de zorg. Cebul et al. (2008) geven aan dat hier zeker een aandachtspunt ligt. Het antwoord hangt, behalve van de marktordening, vooral af van hoe de Mw wordt toegepast. De Mw verbiedt afspraken tussen ondernemingen die de concurrentie belemmeren, tenzij deze de efficiëntie en consumentenwelvaart verhogen, nodig zijn om deze baten te behalen en niet alle concurrentie uitsluiten. De Nederlandse Mw is gebaseerd op de Europese concurrentieregels, die op hun beurt gebaseerd zijn op het idee dat concurrentie goed is. Waar in Nederland geldt ‘concurrentie is geen doel, maar een middel’, wordt op Europees terrein aan concurrentie toch een iets belangrijker rol toegekend: concurrentie is een belang dat ook zelfstandig bescherming verdient. Zelfs als concurrentie niet direct een hogere consumentenwelvaart oplevert, verdient concurrentie toch beschermd te worden. (HvJ EU 2009).³ Het is van belang van deze *bias* op de hoogte te zijn: zodra er concurrentie is, telt deze mee, naast de patiënten. Concurrentie is een belang op zich, mogelijk zelfs als de prikkels verkeerd uitwerken. Anders dan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), kan de NMa niet uitsluitend de patiënt centraal stellen.

3 ‘De mededingingsregels (...) [zijn] niet uitsluitend bedoeld om de rechtstreekse belangen van de concurrenten of van de consument te beschermen, maar om de structuur van de markt en daarmee de mededinging als zodanig veilig te stellen.’ (HvJ EU 2009, rnr. 38.)

Het perspectief van VWS is dus per definitie verschillend van dat van de NMa. VWS stelt de cliënt/patiënt centraal en ziet samenwerking als in principe positief, of op zijn minst neutraal ('samenwerking, tenzij'). De NMa moet de Mw toepassen, en deze is gebaseerd op het idee dat concurrentie goed is en samenwerking per definitie verdacht ('afspraken zijn verboden, tenzij'). Strikt genomen mag de NMa een afspraak waarvan de patiënt profiteert maar die de concurrentie volledig uitschakelt niet toestaan. Nu hoeft een verschil in uitgangspunt niet noodzakelijk, of niet wezenlijk, tot een ander resultaat te leiden. Bij een goede marktordening zal het conflict tussen concurrentie en consumentenwelvaart slechts zelden optreden. De Mw is ook flexibel genoeg om de specifieke aspecten van de zorg mee te nemen. Het is een principe dat deze aspecten ook in voldoende mate meegenomen moeten worden. Echter, op het moment dat dit onvoldoende gedaan wordt, kan divergentie optreden.

Sinds meer dan 50 jaar wordt de Europese mededingingswetgeving toegepast en sinds ongeveer 15 jaar de Nederlandse. Omdat bij de parlementaire behandeling afgesproken is dat onze nationale Mw niet strenger maar ook niet soepeler zal zijn dan de Europese, is Europese jurisprudentie leidend voor wetstoepassing in Nederland. Die jurisprudentie is echter vrijwel uitsluitend gebaseerd op mededingingsbesluiten in 'normale' sectoren van de economie waarin op winst gerichte bedrijven met elkaar concurreren. Omdat zorgstelsels in Europa veelal nationaal en zonder (veel) concurrentie georganiseerd zijn, zijn er nauwelijks Europese besluiten die de zorg betreffen. De wetstoepassing heeft geleid tot jurisprudentie en tot vuistregels, richtsnoeren en kaders voor de beoordeling van wat verboden is, dan wel welke vormen van samenwerking zijn toegestaan. Belangrijk is dus dat deze uitgekristalliseerde wijsheid vrijwel uitsluitend gebaseerd is op ervaringen in heel andere sectoren dan de zorg.

De vraag is nu in hoeverre dergelijke jurisprudentie en de daaruit afgeleide vuistregels en richtsnoeren relevant zijn voor een sector als de zorg, waarin vele vormen van marktfalen spelen. Kort geformuleerd heeft de NMa sinds 2000 beleid gevoerd gebaseerd op de aanname dat deze vuistregels ten volle relevant zijn. Zij heeft afspraken tussen zorgverleners juridisch beoordeeld op basis van deze vuistregels, zonder de afspraken zelf door middel van economische analyse direct aan de voorwaarden van Artikel 6 Mw te onderwerpen. De NMa heeft tegelijkertijd diverse richtsnoeren voor de zorg opgesteld die afgeleid zijn uit de algemene Europese richtsnoeren voor samenwerking tussen bedrijven. Ook hier heeft dus geen economische analyse rekening houdend met de specifieke kenmerken van de zorgsector plaatsgevonden. Het gevolg hiervan is dat de besluiten en richtsnoeren op zijn minst de indruk wekken dat veel verboden is. Niet uitgesloten kan worden dat dit innovatieve welvaartsverhogende vormen van samenwerking heeft belemmerd.

Mijn stelling is dat meer economische analyse zinvol was geweest, zelfs had moeten, en dat dit sneller duidelijk had gemaakt dat concurrentie in de zorgsector goede samenwerking niet onmogelijk maakt. In het onderstaande wordt dit verder uitgewerkt.

3 Concurrentie en concurrentiebeperking

Afspraken die de mededinging beperken zijn verboden, tenzij aan bepaalde uitzonderingscriteria voldaan is; zie voor dat laatste paragraaf 4. Om te bepalen of van een beperking sprake is moet met de context van de markt rekening gehouden worden. Dit moet in mindere mate voor afspraken die als *doel* hebben de concurrentie te vervalsen, maar moet ten volle voor afspraken die dit als *effect* hebben. In deze paragraaf betoog ik dat de NMa te snel concludeert dat een afspraak de mededinging beperkt; zij argumenteert te juridisch en motiveert deze *shortcut* te weinig met behulp van economisch onderzoek. Ik onderschrijf dus de conclusies van de rechter in twee recente thuiszorgzaken (Rechtbank Rotterdam 2012a en 2012b).

3.1 Concurrentie

Concurrentie kan alleen beperkt worden als concurrentie mogelijk is. Dit roept de vraag op wat concurrentie eigenlijk is. In de economie is er geen goede algemene definitie van dit begrip. In ieder geval kan concurrentie als een proces (selectiemechanisme dat betere spelers beloont en minder goede afstraft) en als een uitkomst gezien worden. Dit onderscheid is ook juridisch relevant. Zoals we in paragraaf 2 gezien hebben is concurrentie meer dan een middel om goede uitkomsten te krijgen, het heeft waarde op zich. NMa (2002) stelt terecht dat, om van concurrentie te kunnen spreken, in ieder geval en in zekere mate aan drie voorwaarden voldaan moet zijn. In mijn herformulering luiden deze voorwaarden als volgt: (i) aanbieders hebben vrijheid in het bepalen van relevante concurrentieparameters, (ii) ze ondervinden prikkels om van deze vrijheid gebruik te maken en (iii) ze kunnen met deze vrijheden de vraag naar hun producten/diensten beïnvloeden. In speltheoretische termen gaat het dus om spelers die een niet-triviale strategieruimte hebben en een niet-constante doelstellingsfunctie. Die doelstelling hoeft niet winstmaximalisatie te zijn, ook *not-for-profits* kunnen concurreren. De prikkels die zij ondervinden kunnen echter anders uitwerken. Er mag niet zonder meer van uitgegaan worden dat concurrentie tussen *not-for-profits* op dezelfde manier werkt als die tussen *for-profits*; zie paragraaf 4.3.

Merk op dat het in het bovenstaande impliciet blijft of het over één of meerdere aanbieders gaat: ook een niet volledig dichtgereguleerde monopolist valt, uitzonderingssituaties daargelaten, onder de mededingingsregels. Interessant is daarom dat NMa (2002), op basis van Europese jurisprudentie, concludeert dat zorgkantoren (de inkopers van AWBZ-zorg) niet onder de Mw vallen; zij zouden slechts zuivere uitvoeringsinstanties zijn. Toch vol-

doen zij zeker aan twee van de drie genoemde voorwaarden; verder voeren ze eigen beleid om het zorgaanbod te beïnvloeden, zodat ook aan de derde voorwaarde voldaan lijkt. De classificatie is niet zonder belang. Als het zorgkantoor als speler beschouwd wordt, zou hij als monopsonist 100% marktmacht kunnen hebben en dan ontsnappen afspraken tussen zorgaanbieders op die markt aan het kartelverbod omdat ze ‘niet merkbaar’ zijn. Alleen afspraken tussen spelers met een bepaalde mate van marktmacht vallen immers onder het kartelverbod.

Onder bovenstaande voorwaarden is feitelijk slechts sprake van wettelijke mogelijkheden tot concurreren. Als iets wettelijk mogelijk is, impliceert dit echter nog niet dat het ook bedrijfseconomisch verstandig (rendabel) is om te concurreren en dat het ook in de praktijk tot concurrentie zal komen. Varkevisser et al. (2007) concluderen onder andere dat in de thuiszorg aan bovenstaande voorwaarden voldaan is, op basis waarvan de NMa vervolgens vaststelt dat concurrentie tussen thuiszorgorganisaties met aangrenzende werkgebieden daadwerkelijk mogelijk is. Hier lopen de twee begrippen dus door elkaar. De rechter oordeelde onlangs dat die tweede conclusie alleen op basis van nadere feitelijke analyse van de lokale markt getrokken kon worden; zie paragraaf 3.3.

186

Waar ik boven de term concurrentieparameters gebruikte, spreekt de NMa (2002) over ‘hoeveelheid, samenstelling, vorm, prijs en/of kwaliteit van het aanbod.’ Meestal zullen dit inderdaad relevante concurrentieparameters zijn; echter dat mag niet zomaar aangenomen worden. In de zaak Psychologen oordeelde de NMa dat beroepsverenigingen de Mw overtreden hadden door het geven van prijsadviezen (NMa 2004). Het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) stelde uiteindelijk in hoger beroep vast dat de NMa in deze zaak geen onderzoek had verricht naar het daadwerkelijk functioneren van de markt en concludeerde dat bijgevolg niet duidelijk was dat de prijs een relevante concurrentieparameter was, met als gevolg dat onduidelijk was of een prijsadvies de concurrentie kon beperken. Aldus kwam het CBb tot de conclusie dat de NMa bij de voorbereiding van het betreffende besluit onvoldoende onderzoek had verricht, en dat door de NMa getrokken conclusie dat de tariefadviezen de concurrentie beperken niet deugdelijke gemotiveerd was (CBb 2008). De NMa concludeerde vervolgens dat het door het CBb gevraagde nader onderzoek naar de economische en juridische context waarin de tariefadviezen gegeven werden op zijn minst ten dele empirisch onderzocht zou moeten zijn en dat zij, gezien de lange tijd die al verstreken was, niet meer in staat was dat onderzoek te doen. Zij herriep daarom haar eerdere besluit (NMa 2009).

Het is belangrijk te constateren dat de Mw spelers niet dwingt om te concurreren. Spelers zijn wel verplicht hun concurrentievariabelen onafhankelijk te bepalen, dat mag niet gezamenlijk. In speltheoretische termen gaat het om non-coöperatief gedrag. De Mw verbiedt een speler echter niet zich intelligent aan de marktomstandigheden en de andere spelers aan te passen. Als het voor een speler beter is om niet te concurreren dan hoeft hij dat niet te doen. In een oligopolistische markt bepaalt de structuur niet automatisch de uitkomst; de concurrentie-intensiteit is geen gegeven. In economisch vakjargon: Cournot is minder competitief dan Bertrand. Bij herhaalde interactie is een nog lagere concurrentie-intensiteit bereikbaar: collectief attractieve uitkomsten kunnen ook op volledig niet-coöperatieve manier bereikt worden. *Tacit collusion* is iets heel anders dan *collusion* en is op zich niet strafbaar. Analooq is parallel handelen op zich geen bewijs voor afstemming; het zou om een intelligente individuele aanpassing kunnen gaan.

Wel is de vraag onder welke omstandigheden spelers een dergelijk, voor hen beter, evenwicht kunnen bereiken. Markttransparantie en informatie over de andere spelers kunnen hiervoor zeer nuttig zijn, vandaar dat mededingingsautoriteiten zeer alert zijn op informatie-uitwisseling. Dergelijke uitwisseling kan echter ook tot efficiëntere uitkomsten leiden en de vraag wanneer welk effect overheerst is niet eenvoudig te beantwoorden (zie hierover ook: Europese Commissie 2011). Kort geformuleerd is informatie-uitwisseling verboden als het *tacit collusion* mogelijk maakt, en is het anders toegestaan. Een interessante toepassing hiervan vinden we in het toezeggingsbesluit dat de NMa eind 2010 nam over de informatie-uitwisseling tussen tien verschillende Amsterdamse ziekenhuizen (NMa 2010b).

Deze Amsterdamse ziekenhuizen, die samen meer dan 90% van de medisch-specialistische zorg in de regio Amsterdam verzorgen, wisselden gedetailleerde informatie uit over vraag, aanbod en patiëntenstromen, met als doel (i) door betere afstemming hogere efficiency te bereiken en (ii) door verzekeraars niet tegen elkaar uitgespeeld te worden. De NMa accepteert dat uitwisseling van informatie in een aantal gevallen pro-competitief kan zijn (je kunt leren van anderen, terwijl concentratie de kwaliteit kan verhogen), maar zij ziet ook risico's voor de mededinging: als je weet dat je een voorsprong hebt hoeft je je verder niet zo in te spannen, terwijl informatie-uitwisseling ook tot gecoördineerd gedrag kan leiden, of tot uitsluiting van buitenstaanders. In een theoretische afweging van de voor- en nadelen komt de NMa tot de conclusie dat de nadelen overheersen. Opmerkelijk is dat de NMa de risico's voor *tacit collusion* hoog inschat (zie bijvoorbeeld randnummer 49 van het betreffende besluit), terwijl ziekenhuiszorg toch niet lijkt te voldoen aan de meeste risicofactoren die in de literatuur genoemd worden en die ook de Europese Commissie hanteert; zie Ivaldi et al. (2003). De ziekenhuizen zeggen vervolgens toe slechts oudere, niet-gedetailleerde informatie die niet concurrentiegevoelig is te zullen delen. De NMa vindt het vervolgens aanne-

melijk dat Artikel 6 Mw niet overtreden wordt, en zij zegt toe het onderzoek in deze zaak niet verder voort te zetten. Dat de NMa een dergelijk toezegingsbesluit neemt is te prijzen. Zonder empirisch onderzoek is echter niet aan te geven of de risico's voor concurrentiebeperking inderdaad zo groot zijn als de NMa meent.

3.2 Concurrentiebeperking: doel of gevolg?

Het onderscheid tussen afspraken die ertoe strekken dat de concurrentie vervalst wordt en afspraken die dit als gevolg hebben is zeer belangrijk. De bewijslast voor een overtreding van het kartelverbod ligt bij de NMa en deze last is bij een afspraak die tot *doel* heeft de mededinging te vervalsen veel lichter. In dit geval volstaat het te bewijzen dat een dergelijke afspraak gemaakt werd. Er hoeft niet te worden bewezen dat de afspraak werd nageleefd of dat er een effect op de marktuitskomst was. Vanuit economisch perspectief is dit onderscheid zeer zinvol. Als we vrijwel zeker weten dat een afspraak 'slecht' is, dan is het niet zinvol schaarse middelen aan te wenden om het, soms lastige, bewijs te leveren dat er inderdaad een effect is of geweest is. Hoewel conceptueel een effectanalyse eenvoudig is – de marktuitskomst resulterend uit de afspraak wordt vergeleken met de uitkomst die zonder die afspraak tot stand was gekomen – is een dergelijke *counterfactual* analyse in de praktijk niet altijd eenvoudig. Het is een economische analyse die op de feiten en de daadwerkelijke context gebaseerd moet zijn, en die een goed model vereist van hoe de markt functioneert.

Volgens vaste rechtspraak behoren prijsafspraken, hoeveelheidsafspraken en marktverdelingsafspraken tot de categorie doelbeperkingen. Het ligt voor de hand dat een mededingingsautoriteit deze categorie zover als mogelijk oprekt; daarmee wordt haar werk lichter. Het plakken van een sticker 'doelbeperking' is begrijpelijk, maar vanuit economisch perspectief in de zorgsector niet altijd te rechtvaardigen. In 'normale' sectoren weten we, op basis van theorie en uitgebreide empirische ervaringen dat bepaalde afspraken slecht zijn. In de zorg is onze feitenbasis gering en hangt de werking van een afspraak af van de marktordening, waarbij verschillende spelregels tot verschillende uitkomsten kunnen leiden. In dit geval zijn *shortcuts* gevaarlijk en is een economische analyse (institutioneel-theoretisch en/of empirisch) gewenst. In zo'n geval volstaat een louter juridische analyse niet.

3.3 Illustratie: recente thuiszorgzaken

In september 2008 nam de NMa twee besluiten waarin zij oordeelde dat thuiszorgorganisaties het kartelverbod overtreden hadden (NMa 2008-2012a en 2008-2012b). Dit voorjaar oordeelde de Rechtbank Rotterdam dat de NMa onvoldoende onderzoek gedaan had om tot deze conclusie te kunnen komen. De beroepsinstantie was er niet van overtuigd dat daadwerkelijke concurrentie tussen de aanbieders mogelijk was, zodat niet duidelijk was of eventuele

afspraken om elkaars werkgebieden te respecteren de concurrentie echt konden beperken (Rechtbank Rotterdam 2012a en 2012b). Zij gaf de NMa de opdracht een nieuw besluit te nemen, en de mogelijkheid om nieuw onderzoek te doen. Recent concludeerde de NMa dat zo'n onderzoek niet meer zinvol was, ook omdat het betrekking zou moeten hebben op de situatie van vijf jaar geleden, en zij draaide de besluiten terug (NMa 2008-2012a en 2008-2012b). Er is dus een sterke parallel met de psychologenzaak uit 2004. In het vervolg van deze deelparagraaf bespreek ik zaak 6108 die betrekking heeft op de thuiszorg in de regio Kennemerland.

De kern van het feitencomplex is het volgende. Thuiszorgorganisaties Viva (V) en Zorgbalans (Z) zijn beide actief in de zorgkantorregio Kennemerland; Z ten zuiden van het Noordzeekanaal en V ten noorden daarvan. Op basis van documentanalyse en diverse verklaringen van bestuurders concludeert de NMa dat partijen in 2006 hebben afgesproken deze gebiedsverdeling in stand te houden en dat deze afspraak ertoe strekt de mededinging te beperken. Voor wat betreft de economische analyse wordt gesteund op het eerder genoemde ECRi-rapport (Varkevisser et al. 2007). Als relevante geografische markt wordt de zorgkantorregio Kennemerland genomen. Dit is niet gebaseerd op empirische analyse, maar op basis van een besluit in een eerdere zaak in een andere regio. Wel wordt geconstateerd dat in deze regio de marktaandeelen van beide partijen zeer groot zijn, zodat de afspraak merkbaar is. De Rechtbank stelt dat niet gebleken is dat de NMa onderzoek gedaan heeft dat specifiek op deze regio betrekking heeft en zij rekent dat de NMa zwaar aan. Zij overweegt zelf dat er sterke aanwijzingen zijn dat concurrentie tussen V en Z om de volgende redenen niet aan de orde was:

- i) Het Noordzeekanaal is een substantiële barrière tussen beide werkgebieden.
- ii) Om actief te worden in het gebied van de ander zijn investeringen nodig; er zijn toetredingsdrempels (vaste kosten), terwijl vanwege personeelschaarste de marginale kosten voor de toetreder hoger kunnen zijn dan voor de zittende partij.
- iii) Slechts een beperkt gedeelte van de door de gevestigde partij bediende markt is betwistbaar, onder andere omdat een zittende partij een budgetgarantie van 95% heeft en cliënten slechts beperkt bereid zijn om te switchen.
- iv) Het zorgkantoor prefereert dat zowel V als Z zich focust op het eigen werkgebied en stelt externe toetreding niet op prijs.⁴

Dit alles impliceert dat expansie misschien wel theoretisch mogelijk is, maar niet winstgevend. Zoals een manager van het zorgkantoor stelt: 'Het zou (...)

4 De vraag of dit irrationeel handelen is, of een bewijs van sterke inkoopmacht van het zorgkantoor, kan ik niet beantwoorden.

irrationeel handelen zijn geweest indien Zorgbalans (...) hoge kosten zou hebben gemaakt om boven het Kanaal actief te worden.'

Het is niet moeilijk een model van de situatie te maken dat de bovenstaande feiten respecteert. V en Z zijn de spelers; elk heeft marginale kosten c op de thuismarkt en $C \geq c$ op de markt van de ander. Er zijn vaste kosten $K > 0$ om de markt van de ander te betreden. In fase 1 van het spel beslissen spelers of ze al dan niet expanderen; in fase 2 worden de prijzen gezet. De enige deelspel-perfecte uitkomst is dat elke speler zich tot zijn eigen markt beperkt en daar de maximale prijs zet die het zorgkantoor bereid is te betalen. Concurrentie is wettelijk mogelijk – aan de drie in paragraaf 3.1 genoemde voorwaarden is voldaan – maar het is economisch niet rationeel: de enige evenwichtsuitkomst is dat er niet geconcurrereerd wordt. Bijgevolg is een afspraak om niet te gaan concurreren niet nodig. Vraag is natuurlijk waarom zo'n afspraak dan gemaakt zou worden. Partijen zijn in ieder geval onhandig bezig. Een andere rechter had wellicht de zijde van de NMa gekozen met als (juridisch) argument 'afspraak is afspraak en elke afspraak over concurrentieparameters is verboden'.

Natuurlijk is het model te simplistisch: het zorgkantoor, dat in de praktijk een belangrijke rol speelt, is als strategische speler afwezig. Deze monopolist kan in principe de voorwaarden dicteren. Het is niet zo moeilijk te bepalen wat de marginale kosten voor een aanbieder zijn en als het zorgkantoor een prijs p zet met $c < p < C$, dan kan de toetreders zelfs als $K = 0$ niet concurreren. Ook dringt zich de vraag op of, gegeven de inkoopmacht van het zorgkantoor, de aanbieders wel marktmacht hebben. Zonder marktmacht kan de afspraak tussen V en Z de concurrentie niet merkbaar beperken, en is deze dus niet verboden. Verder is er de vraag of de zorgkantoorregio wel de relevante geografische markt is. De concurrentievoorwaarden zijn niet homogeen: de twee spelers hebben een verschillende kostenstructuur en het zorgkantoor maakt onderscheid. Er zijn twee deelmarkten. Simplistisch als het model is, leidt het tot een aantal vragen die bij de beoordeling van de situatie niet onbeantwoord mogen blijven.

Het bovenstaande is geen empirische analyse. Het is een institutioneel-theoretische analyse, die natuurlijk niet het laatste woord kan zijn. De conclusie dat toetreden tot het werkgebied van de ander niet winstgevend kan zijn geldt, gegeven de genoemde feiten, echter zo lang $c \leq C$, en is dus redelijk robuust.⁵ Het is ook daarom niet verrassend dat de NMa besloten heeft geen empirisch onderzoek meer te doen en het oorspronkelijke besluit heeft herroepen. Tegelijkertijd herriep de NMa het besluit in zaak 5861 en besloot zij

5 Als $K = 0$ is er een evenwicht zonder toetreding en een evenwicht met toetreding; toetreding is echter niet winstgevend. Het eerste evenwicht is beter voor aanbieders, het tweede is beter voor vragers. Zoals boven gesteld dwingt de Mw aanbieders niet om het beste evenwicht voor de vraagzijde te spelen.

tevens in zaak 6109 de bezwaren van partijen gegrond te verklaren en geen boete op te leggen. Op dit moment loopt het proces van bezwaar en beroep nog in twee zaken in de thuiszorgsector, alsmede in de zaak betreffende het ‘vestigingsbeleid’ van de LHV. Interessant is vooral hoe laatstgenoemde zaak zal aflopen; zie Canoy en Sauter (2012) voor een bespreking.

3.4 Conclusie

De NMa heeft het kartelverbod in de zorgsector strikt uitgelegd en formeel-juridisch toegepast. In de verbodsbesluiten die de NMa genomen heeft komt men weinig economische analyse tegen. Nu de rechtbank heeft vastgesteld dat de analyse onvoldoende was om te kunnen concluderen dat het kartelverbod overtreden was, mag verwacht worden dat de NMa vanaf nu minder van *shortcuts* gebruik zal maken en meer eigen onderzoek, ook empirisch, zal doen. Dit is een positieve ontwikkeling, omdat alleen op deze wijze in voldoende mate met de bijzonderheid van de zorgsector rekening gehouden kan worden.

4 Concurrentie of samenwerking?

De NMa heeft niet alleen via besluiten in de zorgsector geïntervenieerd, maar via diverse richtsnoeren heeft zij ook meer helderheid gecreëerd over wat bij samenwerking al dan niet toegestaan is. De eerste Richtsnoeren voor de zorgsector verschenen al in 2002, en aangepaste versies werden gepubliceerd in 2006, 2007 en 2010. De laatste keer gebeurde dat op expliciet verzoek van VWS, nadat de toenmalige bewindslieden hadden vastgesteld dat voor zorgaanbieders nog veel onduidelijk was en dat dit ongewenst was. In de betreffende kamerbrief (Tweede Kamer 2009) schreven zij ook:

‘De zorg is complex en de unieke context weegt bij de beoordeling altijd mee. Rekening houden met contextspecifieke elementen door toezichthouders draagt bij aan de kwaliteit van de besluitvorming.’

Het gestelde is terecht, maar het is wel de vraag wel of de unieke context wel altijd *voldoende* meegewogen wordt. Mogelijk was bij VWS toch sprake van enige *wishful thinking*. Er klinkt ook wel wat frustratie door in de kamerbrief van minister Schippers (VWS) van deze zomer, waarnaar in de inleiding al gerefereerd werd. Ik kan me ook niet geheel aan de indruk onttrekken dat VWS niet ten volle wil erkennen dat het perspectief van de NMa noodzakelijkerwijs een ander moet zijn dan het hare. Hoe dit ook zij, de vraag blijft waarom, nadat de NMa zeer uitvoerige Richtsnoeren gepubliceerd had, de sector bleef klagen en het ministerie het nodig vond weer een brief aan deze materie te wijden.

Om deze vraag te beantwoorden bespreek ik in het onderstaande de structuur en inhoud van de Richtsnoeren voor de zorg (NMa 2010a). Mijn stelling is dat, omdat de NMa te weinig uitgaat van de specifieke kenmerken van de zorg, deze de indruk wekken dat relatief weinig is toegestaan. De NMa erkent wel dat zeker niet alles verboden is, en dat, ‘misschien wel juist in de zorg’ veel samenwerkingsvormen vanuit kwaliteit- of doelmatigheidsoogpunt zeer wenselijk zijn, maar in de uitwerking gaat zij toch vooral uit van haar gebruikelijke perspectief dat concurrentie goed is en samenwerking per definitie verdacht (‘afspraken zijn verboden, tenzij’). Door de manier waarop de Richtsnoeren zijn opgesteld lijkt het conflict met het perspectief van VWS (‘samenwerking, tenzij’) groter te zijn dan het daadwerkelijk is.

4.1 Uitzondering van het kartelverbod

Artikel 6.3 Mw stelt dat afspraken die (i) de economische efficiëntie verhogen, (ii) afnemers daarvan laten profiteren, (iii) niet verder gaan dan nodig is, en (iv) de concurrentie niet al te veel beperken, toegestaan zijn. De ruime manier waarop dit artikel geformuleerd is maakt duidelijk dat er in principe veel ruimte is voor toegestane samenwerking onder de Mw. Veel hangt af van hoe ruim, of hoe eng, de vier voorwaarden geïnterpreteerd worden.

Er is dus grote beleidsvrijheid voor de toezichthouder en het beleid zal in zekere mate afhangen van diens *prior beliefs*. Een toezichthouder die sceptisch staat tegenover de mogelijke voordelen van samenwerking zal eerder ingrijpen dan een toezichthouder die hier neutraler tegenover staat. Bij een toezichthouder die meer laat passeren zal de sector meer geneigd zijn te experimenteren, met leer- en uitstralingseffecten tot gevolg. De sector is niet alleen onzeker over wat al dan niet mag, maar ook over het type van de toezichthouder. Mede door zijn verbodsbesluiten en de manier waarop de Richtsnoeren voor de zorgsector zijn opgesteld, heeft de NMa bij aanbieders de reputatie gekregen strikt in de leer te zijn. Als gevolg hiervan zouden aanbieders terughoudend kunnen zijn in het aangaan van innovatieve samenwerkingsvormen die in het belang van de patiënt zijn.

Artikel 6.4 Mw legt, overeenkomstig de Europese praktijk, de bewijslast dat voldaan is aan de vier voorwaarden uit Artikel 6.3 Mw bij de participerende ondernemingen. Hoe hoger de bewijslast gelegd wordt, hoe minder geëxperimenteerd zal worden. Men kan zich voorstellen dat, zeker in de zorg, het niet zo eenvoudig is om ex ante te bewijzen dat een afspraak, bijvoorbeeld, de innovatie bevordert en patiënten dient. Veelal geldt ‘the proof of the pudding is in the eating’, en als de afspraak al verboden wordt voor men daadwerkelijk aan tafel gaat, kan het bewijs niet geleverd worden. Een vergelijkbare overweging bracht de Raad van State (RvS) ertoe negatief te adviseren over de voorgestelde specifieke fusietoets voor de zorg (Tweede Kamer 2012b). Het kabinet had oorspronkelijk voorgesteld de NZa de bevoegdheid te geven zorgfusies te verbieden als deze de zorgkwaliteit in gevaar brengen, maar de

RvS vond dit niet toetsbaar. Als een toezichthouder niet kan verifiëren of de kwaliteit omlaag zal gaan, dan kan zij vermoedelijk ook niet toetsen of de kwaliteit zal stijgen. Het gevaar dat de lat voor samenwerking te hoog gelegd wordt is dus zeker niet denkbeeldig.⁶ Men kan zich voorstellen dat dit leidt tot een vlucht in fusies. Of dat wenselijk is, is zeer de vraag.

Als gevolg van de systematiek van de Mw is er op dit moment weinig helderheid over de toepassing van artikel 6.3. Bedrijven hoeven hun overeenkomsten niet aan te melden en de NMa hoeft niet te beoordelen of inderdaad aan de voorwaarden voldaan is. Er zijn dan ook geen besluiten van dit type. Wel heeft de NMa ondertussen het toezeggingsbesluit met betrekking tot de Amsterdamse ziekenhuizen gepubliceerd (zie paragraaf 3), maar dat gaat meer over de risico's voor concurrentie (artikel 6.1 Mw) dan over de mogelijk positieve aspecten van samenwerking (artikel 6.3 Mw). De NMa zou meer transparantie kunnen bieden door informele zienswijzen af te geven, maar sinds 2005 heeft de NMa dit ten aanzien van artikel 6 Mw niet meer gedaan. Het beleid is alleen onder zeer strikte voorwaarden een dergelijke zienswijze af te geven. Hoewel er enige beweging in deze houding lijkt te komen, laat de zeer voorzichtige formulering van Henk Don (2012), lid van de raad van bestuur van de NMa, zien dat er nog maar een beperkte opening geboden wordt: 'Zo willen we kijken of we *iets* royaler om kunnen gaan met het geven van informele zienswijzen, met name waar deze een grote voorbeeldwerking kunnen hebben.' Bij gebrek aan alternatieven zijn bedrijven op de Richtsnoeren aangewezen. Helaas bieden ook deze niet de gewenste helderheid en zekerheid.

4.2 De Richtsnoeren: *guidance* langs juridische weg

Sinds de eerste publicatie in 2002 zijn de Richtsnoeren voor de zorgsector al diverse keren aangevuld en aangepast, maar niet fundamenteel; het uitgangspunt is nog steeds dat de zorg een normale sector, net als alle andere, is:

'De Richtsnoeren zijn een nadere uitwerking van een aantal onderwerpen zoals behandeld in de Richtsnoeren Samenwerking Ondernemingen van de NMa. Bovendien is een aantal aanvullende onderwerpen opgenomen dat voor de zorgsector specifiek van belang is.' (Richtsnoeren 2010, rnr. 10)

⁶ In paragraaf 6.3.3.4 van de Richtsnoeren voor de zorgsector stelt de NMa dat zuivere kwaliteitsafspraken toegestaan zijn, maar dat, als kwaliteit een concurrentieparameter is, deze aan artikel 6 Mw getoetst moeten worden. Gegeven dat de NMa kwaliteit als concurrentieparameter ziet, is onduidelijk wat de eerste toezegging inhoudt.

De *Richtsnoeren Samenwerking Ondernemingen* geven duidelijkheid over de voorwaarden onder welke een afspraak in een *willekeurige sector* toegestaan is. De Richtsnoeren voor de zorgsector zeggen in feite dat zo'n afspraak (dus) ook in de zorg is toegestaan. Dat is nuttig om te weten, maar ook niet echt informatief.

De structuur van de Richtsnoeren reflecteert het perspectief van de NMa. Voor dit preadvies is vooral hoofdstuk 6 over het kartelverbod van belang. Het eerste en grootste gedeelte van dat hoofdstuk wordt ingenomen door discussie en voorbeelden van gevallen waarin de concurrentie niet merkbaar beperkt wordt en er dus geen probleem met artikel 6.1 Mw is; zie ook paragraaf 6.2.1. Vervolgens gaat paragraaf 6.2.2 in op algemene vrijstellingen, waaronder Europese, die voor alle sectoren gelden. De inhoud hiervan is dat iets wat algemeen is toegestaan ook in de zorg niet verboden is, wat verderop (in paragraaf 6.3) met voorbeelden geïllustreerd wordt. Ten slotte wordt in paragraaf 6.2.3 aangegeven hoe de criteria uit artikel 6.3 Mw toegepast moeten worden; de tekst daar doet echter niet veel anders dan de wettekst herhalen, hoewel het voorbeeld verhelderend is. Men kan zich bij de teleurstelling van de sector wel wat voorstellen. Vermoedelijk had een andere volgorde van het document, met meer nadruk op directe toepassing van artikel 6.3 Mw op concrete voorbeelden uit de zorgsector, en dus aansluiting bij het perspectief van VWS, al heel wat kou uit de lucht kunnen nemen. Dat samenwerking intrinsiek goed kan zijn en dat bij een conflict tussen patiëntenbelang en concurrentiebelang de mens boven de markt gesteld kan worden, is niet iets wat men in de Richtsnoeren kan lezen.

Bij de huidige Richtsnoeren moeten marktpartijen de *guidance* dus vooral uit paragraaf 6.2.2 halen, maar helaas biedt deze paragraaf de zorgsector weinig soelaas. De daar behandelde vrijstellingen zijn gebaseerd op algemene vrijstellingen onder het Nederlandse of Europese recht; Europese Verordeningen hebben immers directe werking. Net als de *Richtsnoeren Samenwerking Ondernemingen* van de NMa zijn ook de Europese Verordeningen en Richtsnoeren generiek. Er zijn geen specifieke Europese regels en richtlijnen voor de zorgsector. Deze algemene vrijstellingen ('veilige havens') worden meestal in de vorm van marktaandeelcriteria gegeven: als het gezamenlijke marktaandeel (als indicator voor marktmacht) minder dan $x\%$ is, dan is de afspraak toegestaan. Deze veilige havens gelden voor alle sectoren van de economie en zijn dus noodzakelijkerwijs klein; ze zijn immers ook voor de gevaarlijkste sectoren toegankelijk. Kort geformuleerd, als x_i de drempel voor sector i is, dan wordt de generieke x gegeven door $x = x_{\min} = \min_i x_i$; het is een soort *worst case*. Het gevolg van deze aanpak is dat de zorgsector geconfronteerd wordt met x_{\min} in plaats van de relevante x_{zorg} . Als het inderdaad zo is dat samenwerking in de zorg minder problematisch is dan in andere sectoren, of niet de *worst case*, dan geldt $x_{\text{zorg}} > x_{\min}$ en doet paragraaf 6.2.2 van de Richtsnoeren dus geen recht aan het specifieke karak-

ter van de zorgsector. Ten tweede geldt dat veel zorgmarkten traditioneel regionaal georganiseerd zijn. Dit impliceert dat aanbieders op de relevante markt snel een groot marktaandeel hebben en dat een veilige haven gebaseerd op x_{min} voor de praktijk dus al snel te klein zal zijn.

De opzet van de huidige Richtsnoeren is dat algemene regels op de zorgsector worden toegepast. Hierbij geldt dat deze regels weliswaar op economische inzichten gebaseerd zijn, maar wel inzichten die geldig zijn in 'normale' economische sectoren. In de Richtsnoeren zelf vinden we nauwelijks economische analyse. Door de volgorde om te draaien – de regels af te leiden door samenwerkingsvormen op zorgmarkten direct economisch te analyseren – zouden Richtsnoeren ontstaan die wel rekening houden met de specifieke aspecten van de zorg. De NMa heeft dit alternatieve pad tot nu toe niet gevolgd. In lijn met de conclusie uit de vorige paragraaf dat de NMa bij het nemen van besluiten meer economisch onderzoek moet doen, wil ik bepleiten dat de NMa ook bij het opstellen van richtsnoeren uitgebreider economisch analyseert. Dit is overigens niets anders dan wat de Europese Commissie normaal gesproken al doet. Zij geeft in haar Richtsnoeren immers expliciet aan hoe, in een bepaalde context, economische analyse gebruikt kan worden om, buiten de 'veilige havens' te bepalen of een overeenkomst toch toegestaan zou kunnen worden. Waar de Commissie gezien het nationale karakter van de zorgsector niet actief kan zijn, zou de NMa een voortrekkersrol kunnen vervullen.

4.3 Marktfalen: *guidance* langs economische weg

Het alternatief is ten volle rekening te houden met de bijzondere eigenschappen van de zorgsector en de vormen van marktfalen die daarin prominent zijn. Vuistregels over hoe markten werken die voor andere, 'normale' sectoren ontwikkeld werden, hoeven in de zorg geen geldigheid te hebben. Hierop kan dus niet vertrouwd worden, onderzoek is vereist. De Mw is tot nu toe vooral toegepast in situaties waarin andere vormen van marktfalen dan marktmacht geen rol van betekenis spelen. In de zorg zijn andere vormen minstens zo belangrijk. De standaard vuistregels over hoe toezicht op marktmacht te houden, gelden in de zorg niet noodzakelijkerwijs. Niet uitgesloten kan worden dat het mededingingstoezicht dan anders vormgegeven moet worden.

In geval van marktfalen is concurrentie niet noodzakelijk gewenst. Het idee dat concurrentie goed is, is alleen juist voor het geval het gaat om concurrentie tussen aanbieders van producten die substitueerbaar zijn; concurrentie tussen aanbieders van complementaire producten is niet wenselijk, zoals Cournot (1838) al liet zien. In een dergelijk geval leidt concurrentie tot lagere winsten, bij hogere prijzen, zodat ook de innovatie geschaad wordt. In dit geval heeft concurrentie geen van de gebruikelijke goede eigenschappen

die eraan worden toegedicht. Samenwerking leidt tot meer winst, een grotere consumentenwelvaart en meer innovatie.

Eén les is dat het belangrijk is om onderscheid te maken tussen complementen en substituten. De NMa maakt dat onderscheid gelukkig ook en zij ziet ketenzorg (samenwerking tussen zuiver complementaire aanbieders, bijvoorbeeld vormgegeven via een zorggroep) als relatief niet-problematisch. Toch volgen ook de Richtsnoeren voor zorggroepen (NMa en NZa 2010) een traditioneel perspectief: bij een samenwerking die zowel horizontale als verticale aspecten behelst, wordt eerst sceptisch naar de horizontale problemen gekeken en dan pas naar de verticale baten. In een marktscan laat de NZa (2012) zien dat het aantal zorggroepen voor drie chronische aandoeningen in de eerste lijn ondertussen tot boven de honderd gestegen is; aanbieders laten zich dus niet volledig afschrikken. Een derde deel van die groepen heeft een marktaandeel van minstens 55% en zou dus op grond van het bezitten van aanmerkelijke marktmacht (AMM) door de NZa aangepakt kunnen worden. Dat is nog niet nodig geweest. De reeds genoemde marktscan laat ook zien dat de markt nog volledig in ontwikkeling is; alternatieve financiering lijkt nodig om verdere (gewenste) substitutie van specialistische zorg naar de huisarts te bewerkstelligen. In zo'n situatie lijkt ingrijpen voorbarig.

196

In de marktsector vinden we markten en bedrijven. Coase (1937) wees op de transactiekosten die met beide organisatievormen verbonden zijn. Waar concurrentie niet werkt, of markten imperfect (duur) zijn, wordt de productie binnen een bedrijf georganiseerd. In de zorg zijn markten traditioneel afwezig en ook nu zijn ze zeker nog onvolkomen. Vanwege het not-for-profit karakter zijn ook bedrijven eerder uitzondering dan regel. Anderzijds is het zorgaanbod gefragmenteerd: de input van meerdere zorgverleners is veelal nodig om de patiëntenwelvaart te verhogen. Bij afwezigheid van bedrijven en markten is samenwerking tussen aanbieders het logische (en traditionele) alternatief. Dat zien we ook bij zorggroepen die nu ontstaan om individuele zorgcomponenten, die worden aangeboden door verschillende aanbieders uit verschillende zorgdisciplines, te coördineren en zo betere kwaliteit van zorg tegen mogelijk lagere kosten aan te bieden. Zij organiseren zich bij voorkeur los, via contracteren i.p.v. via integratie. De Mw behandelt de twee alternatieven echter verschillend: samenwerking tussen onafhankelijke aanbieders valt onder het kartelverbod, maar samenwerking binnen één bedrijf niet. Voorkomen zou moeten worden dat door onjuiste toepassing de aanbieders in een inefficiënte organisatievorm gedwongen worden.

Meer algemeen mag het belang van het not-for-profit (NFP) karakter van de zorg niet onderschat worden; zie Liedorp et al. (2007) en Prüfer (2010). Beschouw bijvoorbeeld een samenwerkingsverband waarbij op de vaste kosten bespaard wordt; zeg dat twee instellingen dure apparatuur delen. Bij for-profit (FP) instellingen zou men concluderen dat weliswaar van voordelen sprake is, maar dat de afnemers hiervan niet profiteren: de marginale kosten

blijven onveranderd en dus ook de output. De efficiencywinst wordt door de aandeelhouders geconsumeerd. Bij NFP's ligt het anders. De winst kan niet worden uitgekeerd en als het de doelstelling is om zo goed mogelijke kwaliteit te leveren, zal de kostenbesparing zich in hogere kwaliteit vertalen. In dit geval kan aan de voorwaarden van artikel 6.3 voldaan zijn. Let wel, het hoeft niet, maar we kunnen het ook niet uitsluiten. In de VS is er bijvoorbeeld uitgebreide literatuur waarin onderzocht wordt hoe NFP-ziekenhuizen zich onderscheiden van FP's, maar verschillende artikelen komen tot tegenstrijdige conclusies; zie Chang en Jacobson (2011) voor een recente bijdrage en verdere verwijzingen. Dat theorie, noch empirie met betrekking tot de VS, uitsluitel biedt, toont aan dat alleen op basis van gedetailleerd economisch onderzoek bepaald kan worden of in Nederland aan de uitzonderingscondities van artikel 6.3 Mw voldaan is. Het is zelfs niet uitgesloten dat de uitkomst voor AWBZ-instellingen anders is dan voor ziekenhuizen.

Bij zorgteams en zorggroepen is de complementariteit veelal gekoppeld aan externe effecten. Elk van de behandelaars profiteert als een van hen beter werk aflevert, zodat een free-rider probleem dreigt. Anderzijds is er bij fee for service juist de mogelijkheid van overbehandeling. Naast de financiële prikkels speelt ook intrinsieke motivatie een rol. Deze situatie is zo verschillend van die op een normale markt, dat het welhaast een wonder zou zijn als normale marktwetten zouden gelden. In ieder geval geldt dat zowel om het free-rider probleem te omzeilen, als om de nadelen van fee for service te voorkomen, een goede marktordening en geformaliseerde afspraken nodig zijn. Vergelijkbare opmerkingen gelden voor de substitutie tussen specialistische zorg en huisartsenzorg (NZa 2012). Ook hier kunnen Prisoners' Dilemma situaties niet worden uitgesloten. In geval van externaliteiten leidt onafhankelijk handelen via de markt niet noodzakelijk tot een sociaal wenselijke uitkomst: de kosten kunnen te hoog zijn, en de geleverde kwaliteit te laag. Het Coase Theorema (Coase 1960) laat zien dat nog steeds efficiënte uitkomsten mogelijk zijn, mits partijen onderhandelingsvrijheid hebben en (bindende) afspraken kunnen maken. Het mededingingstoezicht zou hier geen onnodige transactiekosten moeten opwerpen.

4.4 Conclusie

Vuistregels over hoe 'normale' markten werken zijn niet noodzakelijk geldig in de zorgsector omdat hierin diverse vormen van marktfalen spelen. Dit geldt bijgevolg ook voor, uit sectoren zonder marktfalen afgeleide, vuistregels over welk type afspraken mededingingsrechtelijk zijn toegestaan. Dergelijke regels zijn vanwege de bijzondere kenmerken van de zorg bovendien weinig bruikbaar. Het verdient daarom aanbeveling zorgspecifieke regels af te leiden op basis van directe economische analyse; specifieke afspraken moeten, in de context van de zorg, direct aan de criteria van artikel 6.3 Mw getoetst worden. In de huidige Richtsnoeren van de NMa gebeurt dat te weinig. Wenselijk is

dat de NMa marktpartijen meer *guidance* biedt door paragraaf 6.2.3 van de Richtsnoeren op deze manier uit te breiden door economische analyse voor specifieke voorbeelden toe te voegen.

5 Conclusie

Aan de voorgaande beschouwing kunnen de volgende zes conclusies verbonden worden:

1. De zorgsector is bijzonder, omdat er relatief veel vormen van marktfaalen spelen. Bijgevolg mag er niet van worden uitgegaan dat zorgmarkten op dezelfde manier functioneren als andere 'normale' markten. Aan de voorwaarden van de welvaartsstellingen is niet voldaan, zodat niet zonder meer gesteld kan worden dat zorgmarkten efficiënt zijn.
2. Het functioneren van de zorgsector hangt af van hoe de markt geordend is. De marktordening bepaalt welke spelers zijn toegelaten, welke prikkels zij ondervinden en welke mogelijkheden zij hebben. Het is van belang dat de prikkels in de juiste richting wijzen, maar het bepalen van de goede marktordening is niet eenvoudig. Nederlandse wetgeving verbiedt bepaalde (lange-termijn) contracten, bijvoorbeeld tussen zorgverzekeraars en verzekerden, zodat het stelsel van markten onvolledig is. Of hier sprake is van overheidsfalen is onbekend.
3. Hoewel het ministerie van VWS anders doet voorkomen, is er geen 100% parallellie tussen de doelstelling van VWS en die van de NMa. Waar VWS de patiënt centraal stelt en concurrentie slechts als middel beschouwt, is de NMa ertoe gehouden concurrentie als belang op zich te beschouwen en dat belang te beschermen. Theoretisch is het mogelijk dat de Mw dwingt een afspraak die de patiënt ten goede komt, te verbieden. Of deze mogelijkheid voor de praktijk relevant is, is onbekend.
4. De NMa is ertoe gehouden om bij toepassing van de Mw de bijzondere kenmerken van de desbetreffende markt mee te nemen. In twee belangrijke zorgzaken heeft de rechter geoordeeld dat de NMa dit onvoldoende gedaan heeft en haar sanctiebesluiten ontoereikend economisch had onderbouwd. Als gevolg van de ontstane situatie zal de NMa in de toekomst meer economisch onderzoek moeten doen alvorens tot een besluit te komen. Dit is een positieve ontwikkeling.
5. De mededingingsregels laten veel ruimte voor samenwerking tussen zorgaanbieders die de patiënt ten goede komt. Toch blijft er in de sector onduidelijkheid bestaan over wat al dan niet toegestaan is en heerst de vrees dat men al snel tegen de grenzen van de mededingingswet aan loopt. Deze onzekerheid en angst werden door de Richtsnoeren voor de zorgsector van de NMa niet weggenomen; integendeel. Dat komt mede doordat er in die Richtsnoeren relatief veel aandacht is voor wat niet mag en doordat de NMa vooral langs juridische weg aangeeft wat wel mag. Deze manier van *guidance* bieden sluit niet aan bij de specifieke eigen-

schappen van de zorg en levert resultaten op die voor de sector weinig bruikbaar zijn.

6. Angst en reguleringonzekerheid kunnen ertoe leiden dat innovatieve vormen van samenwerking, die de patiënt ten goede komen, onvoldoende van de grond komen. De angst is onterecht en de onzekerheid kan weggenomen worden door de richtsnoeren voor de zorgsector meer economisch vorm te geven. Het is wenselijk dat de NMa via representatieve voorbeelden aangeeft hoe op basis van economische analyse, rekening houdend met de specifieke eigenschappen van de zorg, aangetoond kan worden of al dan niet aan de voorwaarden van artikel 6.3 Mw voldaan is.

Literatuur

- Arrow, K.J. (1963), Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American Economic Review* 53, 941-973.
- Canoy, M. en W. Sauter (2012), De recidivist onder het mes: NMa beboet de Landelijke Huisartsenvereniging, *M&M* 2012- 2, 92-98.
- CBb (2008), Uitspraak in hoger beroep in zaak Psychologen, AWB 06/667, LJN: BF8820, 6 oktober, www.rechtspraak.nl
- Cebul, R.D., J.B. Rebitzer, L.J. Taylor en M. Votruba, (2008), Organizational Fragmentation and Care Quality in the U.S. Health Care System, *Journal of Economic Perspectives*, 22 (4), 93-113.
- Chang, T. en M. Jacobson (2011), What Do Not-For-Profit Hospitals Maximize? Evidence from California's Seismic Retrofit Mandate, Discussion Paper, USC en Rand.
- Coase, R.H. (1937), The Nature of the Firm, *Economica* 4 (16): 386-405.
- Coase, R.H. (1960) The Problem of Social Cost, *Journal of Law and Economics* 3, 1-44.
- Cournot, A. (1838), *Researches on the Mathematical Principles of the Theory of Wealth*, www.openlibrary.org.
- Dekker, W. (1987), *Bereidheid tot verandering*. Rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, Den Haag.
- Don, H. (2012). Speech van Henk Don op het congres Markt & Mededinging, 24 mei 2012, www.nma.nl.
- Europese Commissie, (2011), Richtsnoeren inzake de toepasselijkheid van artikel 101 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie op horizontale samenwerkingsovereenkomsten, *Publicatieblad van de EU*, C 11/1, 14 januari 2011.
- HvJ EU (2009), Arrest in zaak C-8/08 T-Mobile Netherlands BV e.a. /Raad van bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit, <http://curia.europa.eu>.
- Ivaldi, M., B. Jullien, P. Rey, P. Seabright, J. Tirole (2003), The Economics of Tacit Collusion, Final Report for DG Competition, European Commission. (http://ec.europa.eu/competition/mergers/studies_reports/the_economics_of_tacit_collusion_en.pdf)
- Liedorp, I., S. Lavrijssen en E. van Damme (2007), Fusiecontrole in de gehandicaptenzorg. TILEC-report 2007-002, april 2007.

- M&M (2009), Special Issue *Marktwerking in de zorg*, 12 (2), april 2009.
- NMa (2002), Richtsnoeren voor de zorgsector, *Staatscourant* nr. 206, p.18, 25 oktober 2002.
- NMa (2004), Besluit in zaak 3309/NIP, LVE, NVP en NVVP, 26 april 2004, www.nma.nl.
- NMa, (2008-2012a), Besluiten in zaak 5851, Thuiszorg 't Gooi (19 september 2008, 21 oktober 2010, 28 juni 2012), www.nma.nl.
- NMa, (2008-2012b), Besluiten in zaak 6108, Thuiszorg Kennemerland (19 september 2008, 21 oktober 2010, 28 juni 2012), www.nma.nl.
- NMa (2009), Definitief besluit op bezwaar in Zaak 3309 (NIP, LVE, NVVP), 27 maart 2009, www.nma.nl.
- NMa (2010a), Richtsnoeren voor de zorgsector, 9 maart 2010, www.nma.nl.
- NMa (2010b), Zaak 6895, Toezeggingsbesluit Ziekenhuiszorg Amsterdam, www.nma.nl.
- NMa en NZa (2010), Richtsnoeren Zorggroepen, augustus 2010, www.nma.nl.
- NZa (2012) Marktscan Ketenzorg (incl. beleidsbrief), juli 2012, www.nza.nl.
- Porter, Michael E. en Elizabeth Olmsted Teisberg (2006): *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*, *Harvard Business School Publishing*, Boston, Ma.
- Prüfer, J. (2010), Competition and mergers among nonprofits, *Journal of Competition Law and Economics*, 7(1), 69-92.
- Rechtbank Rotterdam (2012a), Uitspraak in de zaken Stichting Thuiszorg Gooi en Vechtstreek, Stichting Hilverzorg, Stichting Vivium Zorggroep en de Nederlandse Mededingingsautoriteit, LJN: BW1335, Rechtbank Rotterdam, AWB 10/4885, 12 april 2012, www.rechtspraak.nl.
- Rechtbank Rotterdam (2012b), Uitspraak in de zaken tussen Stichting Zorgbalans, Viva Zorggroep en Nederlandse Mededingingsautoriteit, LJN: BW1327, AWB 10/4742 en AWB 10/4883, 12 april 2012, www.rechtspraak.nl
- Schut, F. (2003), De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfaalen en overheidsfaalen in de gezondheidszorg, Oratie, Erasmus Universiteit, Rotterdam, 9 mei 2003.
- SP (2005), De zorg is geen markt; Een kritische analyse van de marktwerking in de zorg vanuit verschillende perspectieven, Wetenschappelijk bureau SP, www.sp.nl.
- Tweede Kamer (2005), Memorie van toelichting, Wet marktordening gezondheidszorg, Kamerstukken 30186, nr. 3.
- Tweede Kamer (2009), Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning, Kamerstukken 32012, nr.1.
- Tweede Kamer (2012a), Kamerbrief over Mededinging in de curatieve zorg, Kamerstukken 29 248, nr 234.
- Tweede Kamer (2012b), Advies Raad van State en Nader Rapport over de Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg, Kamerstukken 33253.
- Varkevisser, M., S.A. van der Geest en F.T. Schut, (2007) *Concurrentie in de thuiszorg: een analyse van de juridische en economische context*, ECRi, Erasmus Universiteit.
- Wijnbergen, van, S. (2005), *Zorgen om zorg*, pp 60-64 in SP (2005).

De ziekenhuisbekostiging gefileerd

Hugo Keuzenkamp

1 Inleiding

De redactie van de Preadviezen heeft mij gevraagd om een bijdrage te schrijven over bekostiging, concentratie en integratie van de zorg. Ik vertaal deze opdracht als volgt: welke invloed hebben prijs- en productregulering op de marktstructuur?

Ik ga in dit Preadvies in op slechts een deel van de zorgmarkt: namelijk vraag naar en aanbod van curatieve somatische zorg. Daarmee laat ik geestelijke zorg, gehandicaptenzorg, verpleging en thuiszorg buiten beeld. En dan beperk ik me bovendien hoofdzakelijk tot de tweede lijn (ziekenhuizen), waardoor ook de huisartsenzorg grotendeels buiten beeld blijft. Ik ga in de beschouwing geheel terug naar de basis: wat is het product dat tegen welke prijs geleverd kan worden? Wat heeft de productdefinitie in combinatie met het prijsstelsel en de finale bekostiging voor een invloed op de marktdynamiek? Mijn ervaring is dat beleidsmakers maar ook wetenschappers geen flauw idee hebben van de feitelijke uitwerking van prijs- en productregulering op de ondernemingspraktijk, terwijl de prijsvorming uiteraard medebepalend is voor het gedrag van marktpartijen en de dynamiek in de markt. Anders gezegd: er zit een kloof tussen micro-economisch interveniëren en bedrijfseconomisch handelen. Dit Preadvies biedt een kijkje in de keuken van zorgaanbieders.

Mijn stelling luidt dat een combinatie van gebrekkige productdefinities en een beprijzing die niet synchroon loopt aan de bekostiging de marktdynamiek belemmert. Ik pleit voor een sterke vereenvoudiging van de bekostiging van curatieve zorg, zodat (bedrijfs)economie voor het managen van zorginstellingen relevanter wordt dan (politieke) handigheid.

2 Bekostiging: product, prijs en omzet

2.1 *Het product: de diagnose behandelcombinatie*

Om de marktstructuur te schetsen moeten we eerst weten over welk product we het hebben. Dat is een hele uitdaging. Lange tijd golden de componenten van de zorg als een definitie van het zorgproduct. Daarvoor waren zogenaamde productieparameters gedefinieerd: verpleegdagen, eerste polikliniekbezoeken, dagverpleging en opnamen. Op basis van deze parameters, plus een aantal componenten zoals adherentie, erkende specialistenplaatsen en erkende bedden kreeg een ziekenhuis een budget (dit systeem van functionele bekostiging werd in 1988 ingevoerd en verving een ruwere vorm van budgettering op basis van historische kosten). Ideaal is deze methodiek niet.

201

Ten eerste zijn het bedrijfseconomisch gezien geen logische componenten die sluitend optellen tot een product. Dat is echter een intern (ziekenhuis) probleem. Een extern probleem is dat als een product in termen van verrichtingen wordt gedefinieerd, het vergroten van het aantal verrichtingen, gegeven de arbeidsfactoren, als vergroting van productiviteit gezien kan worden. Iemand langer in een ziekenhuisbed laten liggen is dan productief, ook als het geen gezondheidswaarde toevoegt. Productiviteit en doelmatigheid krijgen zo een merkwaardige betekenis, de bedrijfseconomie van een ziekenhuis is dan meer gericht op maximeren van inputs dan optimaliseren van uitkomsten. Mede daarom is lang gezocht naar een andere productdefinitie.

Voor een klant is het product van de curatieve gezondheidszorg een diagnose en mogelijk een daaropvolgend behandeltraject. De waarde van het product is het verschil tussen de gezondheidswinst zonder en met de consumptie van dit product. Sinds 2005 kennen we in Nederland een productbegrip dat daar redelijk op aansluit: de 'diagnose behandelcombinatie'. Dit is een mutant van de *diagnostic related group*, drg, een concept dat rond 1970 in de Verenigde Staten is ontwikkeld door Robert Fetter en John Thompson om een betaalsysteem voor Medicare te maken.¹ De Amerikaanse implementatie startte in 1982. Het ging bij de drg's oorspronkelijk om 466+1 producten, de laatste vormde de restgroep. Het systeem wordt nog steeds gehanteerd, het aantal drg's is in de tussentijd ruim verdubbeld.

Een dbc wordt in een cijfercode weergegeven, met een typering voor het specialisme, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Neem als voorbeeld een veel voorkomende aandoening, namelijk een versleten heup. Een orthoeped zal de behandelend specialist zijn, orthopedie heeft code 0305. Het betreft reguliere zorg (code 11, dus niet bijvoorbeeld code 12 voor eenmalige spoed of code 14 voor een second opinion). De diagnose voor heup-arthrose is 1701. De behandeling is operatief met een opname (klinisch), ofwel code 223. Dit levert dbc-code 0305-11-1701-223.² Een medisch specialist registreert de code, waarna (na afsluiting en validatie) een dbc gefactureerd kan worden.

Het Nederlandse systeem van dbc's wijkt af van de drg-systematiek omdat bij ons ook poliklinische behandelingen zijn meegenomen. Eduard Bomhoff noemt dbc's 'boeventaal voor een gigantische (...) catalogus van alle medische kwalen en de verschillende manieren om ze te behandelen'.³ Hij meent dat honderd miljoen voor de ontwikkeling van het dbc-systeem uitgespaard had kunnen worden door een bestandje te kopen met de catalogus uit Canada,

¹ Zie R.B. Fetter, J.D. Thompson en R.F. Averill (1981), *Development, testing, and evaluation of a prospective case-payment reimbursement system, Final Report*, Health Care Financing Administration, Baltimore (MD).

² Formeel is er in de dbc ook een typering voor de zorgvraag, in de praktijk speelt deze geen rol van betekenis.

³ Eduard Bomhoff (2002), *Blinde Ambitie – Mijn 87 Dagen met Zalm*, Heinsbroek & Balkenende, Balans, p. 146.

de VS of Australië. Het is zonder meer waar dat de kosten exorbitant waren en dat er veel te veel ruimte is geboden om speciale belangen (van medische beroepsverenigingen) in het systeem een plekje te geven. Maar, anders dan in veel andere landen, worden in Nederland klinische en poliklinische zorg door eenzelfde organisatie (het ziekenhuis) aangeboden. Het ligt dan ook voor de hand dat de productdefinitie daar rekening mee houdt. Dat rechtvaardigt de dbc-systematiek, echter niet de excessieve gedetailleerdheid van het dbc-stelsel.

Een tweede verschil tussen de drg's en dbc's is dat dbc's per specialisme worden gedefinieerd. Hierdoor wordt een nagenoeg identiek zorgproces, dat door verschillende specialisten uitgevoerd kan worden, verschillend gecodeerd en verschillend geprijsd. Een voorbeeld is osteoporose, ofwel botontkalking. Over een patiënt met deze aandoening kunnen zich een orthopeed, een geriater, een internist of zelfs een chirurg als hoofdbehandelaar ontfemen (zie tabel 1). Osteoporose valt tot 2012 in het gereguleerde segment waarvoor de Nederlandse Zorgautoriteit de prijzen vaststelt (zie later). Voor het ziekenhuis is het aantrekkelijk om internisten deze aandoening te laten behandelen, voor het maximaliseren van honorarium is de geriater kampioen. Voor de maatschappen geriatrie en interne van een ziekenhuis in het zuiden des lands was dit zo niet aanleiding dan wel een plezierige stimulans om te fuseren, alle osteoporose via de geriaters te kanaliseren en gezamenlijk van de baten te genieten. Zomaar een voorbeeld van het gevolg van micro-economische regulering voor de feitelijke prijtkijkvoering in een ziekenhuis.

Tabel 1: Het zorgproduct osteoporose in dbc's

Specialisme	Poliklinische Osteoporose	Omschrijving diagnose	Segment	Decl. code	Prijs zkh deel	Prijs honor	Prijs totaal
Orthopedie (0305)	0305-11-1050-111	Osteoporose	A	140135	326,77	140,46	467,23
Geriatric (0335)	0335-11-322-101	Osteoporose	A	140606	173,02	295,59	468,61
Interne (0313)	0313-11-233-1101	Osteoporose, osteomalacie	A	140282	467,49	156,78	624,27
Chirurgie (0303)	0303-11-151-101	Osteoporose	A	140042	272,63	132,38	405,01

Bron: tarieventabel NZa, december 2011.

Naast de dbc's voor osteoporose zijn er in theorie nog bijna 30.000 zorgproducten die in dbc-termen gedefinieerd kunnen worden. Lang niet al die producten zijn 'logisch', in de praktijk is de vector van dbc's veel korter. Een gemiddeld ziekenhuis als het Westfriesgasthuis heeft in 2011 feitelijk ongeveer 8.500 verschillende dbc's gedeclareerd. Nog altijd een flinke waslijst. Omdat de dbc-systematiek ontwikkeld is om afspraken over prijs, volume en kwaliteit te kunnen maken wordt deze lengte als problematisch gezien. Bovendien is het ongewenst dat eenzelfde zorgtraject, zoals osteoporose, verschillend gecodeerd en geprijsd kan worden.

Een karakteristiek die dbc's delen met de eerste generatie Amerikaanse drg's is de mogelijkheid van *upcoding*: het zwaarder classificeren van een ingreep. Zo kan een kleine buikoperatie (zoals een blindedarmoperatie) als een grote buikoperatie geregistreerd worden. Dit is feitelijk frauduleus maar gebeurt wel.⁴ Weer een ander probleem is dat dbc's in aparte behandeltrajecten 'geknipt' kunnen worden. Dit opknippen is niet de bedoeling maar is voor verzekeraars klaarblijkelijk moeilijk tegen te gaan. Verzekeraars die goede data-analisten hebben kunnen wel een vinger achter opknippen en upcoding krijgen, er is echter een grijs gebied waar dat moeilijk is. Dit probleem speelt niet alleen bij de Nederlandse dbc's, maar ook bij drg-stelsels en in feite in elke markt voor complexe producten.

2.2 Doorontwikkeling van het product: dot

Om bovenstaande redenen is een fundamentele herbezinning over de dbc-systematiek gestart, onder de naam 'dbc's op weg naar transparantie' (dot). Het doel was te komen tot een stabielere, vollediger, transparanter en dynamischer declaratiesysteem. De herbezinning heeft geleid tot een nieuwe productdefinitie, die nu bekend staat als dot. De systematiek is door de organisatie DBC Onderhoud ontwikkeld en per 1 januari 2012 ingevoerd.

204

Een belangrijke verbetering van dot is dat niet meer het behandelende specialisme de declaratiecode bepaalt, maar de inhoud van de behandeling. Daarmee is een verschil met de drg's verdwenen. In de dot-productstructuur zijn 4.391 unieke declarabele zorgproducten gedefinieerd. Na stevige discussie is besloten om alle behandelingen voor kinderen van een eigen dot-code te voorzien. Dit heeft ongetwijfeld bijgedragen aan het nog altijd relatief grote aantal producten. Verder zijn er 1300 'overige declarabele zorgproducten' (vooral voor de eerste lijn en onderlinge dienstverlening). Tot slot zijn er nog 65 *add-on's*, zoals verblijf op de intensive care en dure geneesmiddelen (NZa 2011, p. 21). Per saldo zijn er veel minder dots dan het *theoretische* aantal dbc-producten, maar niet dramatisch minder dan het *feitelijk* in de praktijk gebruikte aantal dbc-producten.

4 De Ommelander Ziekenhuis Groep kreeg in oktober 2011 een boete van een half miljoen van de NZa wegens upcoding van dbc's op de spoedeisende hulp. De OZG declareerde in een aantal gevallen poliklinische dbc's als duurder klinische dbc's (waar per definitie een overnachting in thuishoort). Het onderzoek van de NZa startte al in 2008 en duurde lang omdat de NZa eerst met een rechtszaak toegang moest krijgen tot medische gegevens van de OZG. Opmerkelijk is dat de zorgverzekeraars in deze zaak niet de hoofdrol hebben kunnen of willen spelen. Zie voor een analytische beschouwing het proefschrift van Fleur Hasaart (2011).

De dot-producten moeten kostenhomogeen en medisch herkenbaar zijn. Kostenhomogeen wil zeggen dat de verschillende producten die nu een dot vormen ongeveer evenveel kosten.⁵ Medisch herkenbaar wil zeggen dat intuïtief vergelijkbare behandelingen geclusterd worden. Of een dot-zorgproduct voldoende medisch herkenbaar is moet in de praktijk nog blijken. Waar medisch specialisten zelf een dbc coderen en meestal ook de codes kennen (en weten wat het honorarium is dat bij alternatieve dbc's hoort), moeten ze voor een dot de diagnose registreren en de verrichtingen registreren. Via een *grouper* (een geautomatiseerd boomdiagram dat op een landelijke computer de diagnoses en verrichtingen ordent) wordt dan het dot-product afgeleid. Opknippen door de behandelend specialist kan niet meer. Laten we aannemen dat zo een medisch herkenbaar product wordt afgeleid, bijvoorbeeld osteoporose (waar in dot geen verschil meer bestaat tussen een behandeling door een orthopeed, internist of geriater). Dan is er nog maar heel weinig verder bekend over de productkwaliteiten. Wat heeft de behandeling met de kwaliteit van leven gedaan? Is de pijn volgens verwachting? Is de voorlichting goed geweest? Hoe zit het met de nazorg – in het ziekenhuis of thuis – door andere zorgpartijen? Was het eten goed? De bejegening?

Net als bij de dbc's bevatten de *specs* van het dot-zorgproduct bovengenoemde termen niet.⁶ Er zijn wel andere specificaties waar een dot aan moet voldoen om legaal gedeclareerd te mogen worden. Zo verordonneert de NZa dat er sprake moet zijn van *face-to-face* contact tussen patiënt en medisch specialist voor het mogen declareren van medisch specialistische zorg – een rigide lezing van de regelgeving voor medisch specialistische zorg. Dit belemmert innovaties rond e-health (bijvoorbeeld internetconsult) of taakafsplitting door gespecialiseerde verpleegkundigen (*nurse practitioners* of *physician-assistants*). Inputregulering hindert organisatie- en procesvernieuwing.

Voor de patiënt is relevanter of de diagnose adequaat gesteld wordt, of de behandeling effectief is en of de zorg op een klantvriendelijke manier wordt geleverd. Transparantie over deze uitkomstgerelateerde productspecificaties is nog ver te zoeken. Voor sommige behandelingen bestaan kwaliteitsindicatoren, die meestal gebaseerd zijn op proceskenmerken, niet op zorguitkomsten. De Consumentenbond heeft bijvoorbeeld een test gedaan voor de kwaliteit van osteoporosezorg in Nederland die volledig gebaseerd is op pro-

5 Technisch gedefinieerd is kostenhomogeniteit de standaardafwijking gedeeld door de gemiddelde kosten van een groepje producten. Ook voor de eerste generatie dbc-producten was dit criterium al van toepassing. In het hieronder nog te bespreken A-segment van ziekenhuisbekostiging gold een maximum van 1, in het B-segment een maximum van 0,55.

6 In onderhandelingen met ziekenhuizen zullen zorgverzekeraars wel zulke aanvullende informatie vragen. Vooralsnog speelt die in de uiteindelijke onderhandelingsuitkomst slechts een marginale rol. Zorggebruikers krijgen ook meer toegang tot dit soort informatie en zullen in toenemende mate met hun voeten stemmen bij de keuze voor een zorgaanbieder.

ceskenmerken (zoals de aanwezigheid van gespecialiseerde verpleegkundige expertise en protocollen voor diagnostisch onderzoek). De hoop is dan dat proceskenmerken correleren met de kwaliteit van uitkomsten.

Het dot-product kent, net als de dbc, nog een beperking vanwege de schotten in de zorg. De nazorg die bij een behandeling hoort valt veelal buiten de productdefinitie. Porter en Teisberg (2006) pleiten daarom voor het oprekken van de productdefinitie tot een complete treatment cycle. In Nederland zijn hiervoor wel initiatieven genomen voor enkele chronische aandoeningen (zoals diabeteszorg). Voor bepaalde vormen van thuismedicatie is sinds 2012 het ziekenhuis verantwoordelijk gemaakt en is dit als 'add on' in de dot verwerkt (bijvoorbeeld tnf-alfaremmers, een duur medicijn voor reumapatiënten, waarmee jaarlijks een bedrag van enkele honderden miljoenen euro's gemoeid is). Ook wordt overwogen om bevallingen in een omvattend dot-product te definiëren waarbij een hoofdaannemer (een eerstelijns verloskundigenpraktijk, of een tweedelijns organisatie) verantwoordelijk is voor het complete traject, of er nu wel of niet een ziekenhuisbevalling volgt. Onder minister Klink is een poging gedaan om transmurale producten te definiëren in termen van keten-dbc's, en daarover afspraken te maken. Dit is uitgelopen op een mislukking.

206

Een radicaal andere definitie van het product van gezondheidszorg is de gezondheidswinst die een zorgaanbieder aan een consument levert, waarbij de gezondheidswinst gedefinieerd wordt als het verschil tussen de gezondheidstoestand zonder begeleiding door de zorgaanbieder en de gezondheidstoestand met begeleiding. Het eerste is een subjectieve counterfactual, het tweede een subjectieve beleving. Als het mogelijk zou zijn om deze grootheden te objectiveren, dan zouden zorgaanbieders op basis van hun echte toegevoegde waarde kunnen worden bekostigd.

2.3 Prijs

De prijs van een dbc, of sinds 2012 van een dot, wordt deels bepaald in het spel van vraag en aanbod, deels in de studeerkamers van de NZa. Ik bespreek eerst het ideaaltype, waar de prijs van een dbc (of een dot) door het spel van vraag en aanbod wordt bepaald. Daarna ga ik in op het gereguleerde prijssegment. In de paragraaf hierna laat ik zien dat de prijs maal hoeveelheid een omzet oplevert die echter niet gelijk hoeft te zijn aan de feitelijk afgesproken budgettaire ruimte van een ziekenhuis. Dit compliceert de bedrijfseconomische transparantie aanmerkelijk. De mix van vrije en gereguleerde prijzen leidt tot een schimmig stelsel van kruissubsidies. Om het nog ingewikkelder te maken geldt vanaf 2012 een transitieregime waardoor alle bekostigingssystemen door elkaar in werking zijn, gelardeerd met een nieuw regime voor risicobeheersing.

Waar prijzen door vraag en aanbod worden bepaald wordt de rol van de vragers gespeeld door de zorgverzekeraar, de aanbieder is het ziekenhuis. Als er een contract tussen de twee partijen wordt gesloten dan kan er gefactureerd worden. Het ziekenhuis zal proberen alle kosten in de verkoopprijs te dekken, inclusief sinds kort de kapitaallasten. Voor de kosten van de medisch specialisten geldt echter een gereguleerde separate opslag op basis van een normatief uurtarief. Hierover wordt niet onderhandeld. De opslag is bepaald door het iken van het aantal minuten dat specialismen bij een bepaald dbc-traject betrokken zijn. De genormeerde tijd wordt vermenigvuldigd met een genormerd uurtarief (in 2008 vastgesteld op 135,50 euro, sindsdien geïndexeerd). Het honorarium gaat (na eventuele aftrek van door een ziekenhuis gemaakte kosten) naar de maatschap van vrijgevestigd specialisten, of gaat naar het ziekenhuis ter dekking van de kosten van specialisten in loondienst. Er zijn plannen om vanaf 2015 met integrale tarieven te werken, waarmee de kosten voor de medisch specialisten een integraal deel van de verkoopprijs uitmaken en ziekenhuizen met hun medische staf achter de voordeur de discussie over de verdeling van de opbrengsten voeren. Integrale bekostiging door het samenvoegen van ziekenhuisdeel en honorariumdeel zou kunnen bijdragen aan het synchroniseren van belangen van vrijgevestigd medisch specialisten en ziekenhuizen.⁷

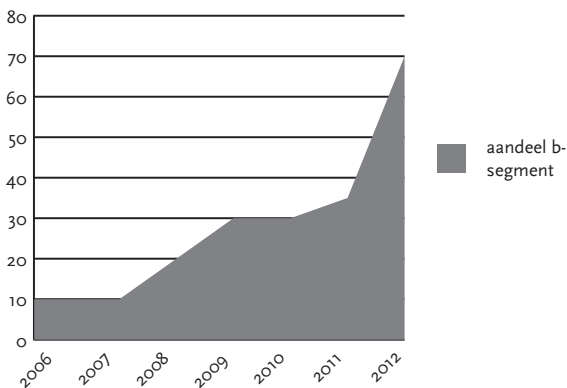
Een complicatie bij de bepaling van de verkoopprijs is dat veel ziekenhuizen – zeker ten tijde van de invoering van het dbc-stelsel – geen zicht op de eigen kostprijzen hadden. Hierin is de afgelopen jaren veel verbeterd. Het blijft echter lastig om een sleutel te bepalen voor de toerekening van bepaalde kostensoorten die nodig zijn vanwege de beschikbaarheidsfunctie van een voorziening. Denk aan een dure intensivereafdeling (waarvoor een kwaliteitsnorm is dat de bezetting gemiddeld niet boven de 80% moet uitkomen) of aan een acuut interventiecentrum dat nodig is om bij nacht en ontij te voorzien in traumahulp. Hoe moeten zulke voorzieningen doorberekend worden in de kostprijs van, bijvoorbeeld, een cataractoperatie door oogartsen die nooit gebruik maken van een intensive care of de traumavoorzieningen? Dit soort zaken leidt binnen instellingen vaak nog tot heftige discussies. Een andere complicatie is dat de kosten voor vastgoed (kapitaallasten) in het

7 Op dit moment speelt dit belangenconflict, doordat er een overgangsregime is geïntroduceerd waarbij de honoraria voor medisch specialisten gebudgetteerd zijn en ziekenhuizen veelal aanneemsommen met verzekeraars afspreken. Dat betekent dat, zodra het budget is 'volgedeclareerd', er voor de medisch specialisten geen verband meer bestaat tussen extra werk en inkomen. Als het ziekenhuis nog niet de aanneemsom heeft volgeemaakt, zal het ziekenhuis willen dat er toch nog door geproduceerd wordt, omdat de vaste kosten anders niet afdoende worden gedekt. Het is vrijwel onmogelijk om honorariumbudget en aanneemsom te synchroniseren, omdat de casemix ex post divergerende effecten op beide grootheden heeft.

verleden separaat en risicoloos werden vergoed maar sinds kort onderdeel uitmaken van de dbc- of dottarieven. Ziekenhuizen die in het oude regime gebouwd hebben kennen hierdoor een voordeel ten opzichte van ziekenhuizen die nu moeten bouwen. Een derde complicatie is dat ziekenhuizen die opleidingen verzorgen voor medisch specialisten daar een vergoeding voor krijgen waarvan volstrekt onduidelijk is wat die vergoeding met de feitelijke kosten te maken heeft. In sommige gevallen zal de opleiding tot een verborgen extra kostenpost leiden, het omgekeerde is evengoed mogelijk. Vandaar dat ik graag durf te beweren dat er geen één ziekenhuisbestuurder is die de eigen resultatenrekening echt begrijpt. De ziekenhuismarges zijn smal en mede de resultante van een loterij. Dat doet uiteraard niets af aan het belang van goed kosten- en inkomstenmanagement. Het loterijkarakter zorgt echter ook voor conservatisme in de markt: het maken van een businesscase in de ziekenhuiszorg is extreem lastig, tenzij het voor een snipper in het gereguleerde segment is.

Naast het segment waar vraag en aanbod de prijs bepalen (het B-segment) is er een segment waar prijzen door de NZa in punttarieven zijn gefixeerd (het A-segment). Bij de introductie van dot in 2012 zijn de punttarieven vervangen door maximumtarieven. De NZa heeft deze tarieven geprobeerd te ijken op kostprijsanalyses van ziekenhuizen die een redelijk betrouwbare kostprijscalculatie kennen (de voorloperziekenhuizen). De gereguleerde prijzen kennen de algemene beperkingen die gepaard gaan met centrale planning.

In 2006 (een jaar na de invoering van de dbc-systematiek) werd begonnen met vrij onderhandelbare prijzen. In eerste instantie omvatte dit B-segment 10% van de ziekenhuisomzet, daarna is het B-segment stapsgewijs uitgebreid (zie figuur 1).



Figuur 1: Aandeel van het B-segment bij algemene ziekenhuizen
Bron: NVZ brancherapport ziekenhuizen (2006-2010) en NZa.

Het doel van deze overgang naar gedereguleerde prijzen was te komen tot een besparing van kosten en verbetering van de prijs-kwaliteitverhouding. Over de vraag of de prijsontwikkeling in het B-segment inderdaad gunstiger is geweest dan die in het A-segment bestaat enige discussie, maar het lijkt wel het geval.⁸ De volume-ontwikkeling in het B-segment is echter fors geweest. Verzekeraars hebben vooral aandacht aan prijsonderhandelingen gegeven en hebben het volume laten lopen. Daarnaast is een groeiend aantal zelfstandige behandelcentra in het vrije stuk van de markt van de medisch specialistische zorg gedoken. Verandering van bekostiging heeft aantoonbaar bijgedragen aan marktdynamiek. Voordat ik hier nader op in ga, diep ik de relatie tussen prijzen en omzet uit.

2.4 Van prijs en hoeveelheid naar omzet en budget: 2005-2011

In normale markten geldt dat een leverancier producten tegen een bepaalde prijs verkoopt en daarmee zijn omzet genereert. Haal daar de kosten af en de winst blijft over. In de gezondheidszorg is dat anders. In het B-segment is prijs maal hoeveelheid gelijk aan omzet. In het A-segment is dit niet het geval. Daar worden dbc's gebruikt om te factureren (gegeven de gereguleerde prijs). Het geld dat daarmee binnenkomt wordt gebruikt om een 'budget' te vullen. Dit budget spreekt een ziekenhuis af met de twee grootste verzekeraars in de regio (sinds 2012 wordt per verzekeraar onderhandeld). Als er in de loop van het jaar meer gefactureerd wordt dan volgens het budget is afgesproken, is er sprake van 'overfinanciering'. Het overschot moet, nadat de NZa dit heeft vastgesteld, terugbetaald worden aan de verzekeraars. Bij onderfinanciering heeft een instelling een claim op de verzekeraars.

Het budget wordt bepaald op basis van klassieke budgetparameters, die dateren uit de vorige eeuw. Deze budgetparameters zijn bijvoorbeeld eerste polibezoeken, opnames en ligdagen. Daarnaast wordt het budget bepaald door een vaste vergoeding voor adherentie, erkende specialistenplaatsen en erkende bedden. Aan iedere parameter hangt een prijs. Een ligdag levert enkele tientallen euro's op, minder dan een budgethotel zou vragen. Omdat de bedragen geen enkele relatie meer kennen met de bedrijfseconomische realiteit, werd het A-segment steeds problematischer. Dit is, naast de wens om marktwerking meer ruimte te geven, reden geweest om het B-segment te vergroten. De complicatie is dat een vergroting van het B-segment impliceert dat het A-segment hiervoor 'geschoond' moet worden. Echter, daarvoor is inzicht nodig in de werkelijke kosten van het te schonen deel en dat inzicht is gebrekkig. Aanvankelijk zou de NZa de schoning per ziekenhuis bepalen. Dat bleek een onmogelijke opgave, die derhalve aan de 'veldpartijen' is gedelegeerd (zorgjargon voor over de schutting gooien). De schoning is in

⁸ Nederlandse Zorgautoriteit (2011), Marktscan Medisch specialistische zorg, weergave van de markt 2006-2010.

de afgelopen jaren daarom een bron van boekhoudproblemen geweest waar zowel verzekeraars als ziekenhuizen geprobeerd hebben voordelen mee te scoren. Het gevolg is dat de inkomsten van ziekenhuizen in het A-segment niet meer sporen met de kosten, waardoor kruissubsidies nodig zijn om de begroting sluitend te krijgen.

In het algemeen zien we dat tarieven in het B-segment royaal boven de kostprijs liggen, terwijl in het A-segment de opbrengsten vaak tekort schieten om de kosten te dekken (er zijn uitzonderingen, zoals de hartchirurgie waar zeer veel geld aan wordt overgehouden).⁹ Dit heeft uiteraard toetreders in het gedereguleerde marktsegment gelokt (zelfstandige behandelcentra zijn uitsluitend in het B-segment actief en zijn daar volgens de eerder aangehaalde marktscan van de NZa inderdaad goedkoper dan ziekenhuizen). Naarmate, omwille van het verbeteren van de bedrijfseconomische inrichting van ziekenhuizen, het B-segment verder wordt vergroot groeit de bedrijfseconomische spagaat binnen ziekenhuizen. Dit is mede aanleiding geweest om vanaf 2012 een radicale stap te zetten en het regime met A- en B-segment goeddeels te verlaten.

2.5 Op weg naar een nieuw regime: 2012-2015

210

In 2012 is het product- en prijssysteem op basis van dot's ingevoerd. Tegelijkertijd is het deel waarover vrij onderhandeld mag worden tot 70% van de omzet uitgebreid, terwijl feitelijk daar nog eens ruim 20% aan is toegevoegd omdat het grootste deel van het resterende A-segment niet meer met punttarieven, maar met maximumtarieven wordt gereguleerd. Naast deze systeemwijziging is ook het spel voor verzekeraars veranderd. Vanaf 2012 lopen verzekeraars risico op de macro-schadelast – tot die tijd was er sprake van macro-nacalculatie voor variabele ziekenhuiskosten.¹⁰

Een doel van de systeemwijziging is het beheersen van de zorguitgaven door veel meer gebruik te maken van prestatiebekostiging binnen een context van concurrerende marktpartijen. Dit is een moedige stap van de minister van VWS in de goede richting geweest. Eindelijk wordt een bedrijfseconomische benadering van de productportefeuille en dus de exploitatie van een ziekenhuis hierdoor mogelijk (althans, voor ruim 90% van de omzet). De productdefinitie is weliswaar nog steeds gebrekkig, maar er valt voor ziekenhuizen en verzekeraars mee te werken. Er schuilt wel een risico in de dot-producten: als blijkt dat deze onvoldoende herkenbaar zouden zijn, zal de concurrentie veel meer in prijstermen dan in waardetermen gaan plaats-

⁹ De gematigde ontwikkeling van prijzen in het vrije B-segment, die de NZa signaleerde, zou dus ook verklaard kunnen worden uit een te hoge uitgangsprijs.

¹⁰ Ook andere vangnetten voor verzekeraars worden weggenomen, zoals de hogekostenverevening en de bandbreedteregeling.

vinden.¹¹ Consumenten zullen echter hoe dan ook meer op andere product-specificaties gaan letten, dat zal de marktdynamiek in positieve zin bevorderen. De belangrijkste complicatie voor het begrijpen van de eigen exploitatie bestaat nog uit de erfenis van het verleden (hier betreft het echter verzonken kosten van al dan niet verkeerde kapitaalinvesteringen) en de bedrijfseconomische gevolgen van het opleiden van artsen in een ziekenhuis.

2.6 Transitierégime

Het spel moet vanaf 2012 gespeeld worden met andere knikers (dot's) en met andere spelregels. De bedoeling is dat dit de marktwerking beter mogelijk maakt en dat de partijen die hoge kwaliteit tegen lagere kosten leveren daar baat bij hebben. De marktdynamiek zou moeten toenemen.

Omdat de minister van VWS nog onzeker was over het effect op kostenbeheersing is er onder grote druk een Hoofdlijnenakkoord tussen verzekeraars, zorgaanbieders, de Orde van Medisch Specialisten en het ministerie van VWS afgesloten om de zorgkosten de jaren 2012-2015 met maximaal 2,5% per jaar te laten groeien. Voor medisch specialisten is een eigen omzetplafond ingesteld. Dit macro-honorariumbudget wordt op basis van historische kosten verdeeld over collectieven van medisch specialisten in de ziekenhuizen (in de meeste gevallen is er één collectief voor één ziekenhuis). Het kan zijn dat het honorariumbudget in een ziekenhuis te laag is om de gecontracteerde productie van een ziekenhuis te leveren, in dat geval ontstaat er een boeiende spanning in de relatie tussen vrijgevestigde medisch specialisten en de ziekenhuisorganisatie.

Aanbieders die in het verleden baat hebben gehad bij fout geijkte budgetparameters of handig uitgespeelde schoningsafspraken kunnen door het nieuwe spel in problemen komen. Bovendien is het goed denkbaar dat er nog kinderziekten in de nieuwe productdefinitie van dot's zitten. Naast de aanvullende spelregels van het Hoofdlijnenakkoord zijn er derhalve spelregels geformuleerd om de schok van de systeemverandering voor zorgaanbieders te dempen. Dit is het transitierégime. De lezer moet niet bij de pakken gaan neerzitten als hij de volgende zinnen enigszins onbegrijpelijk vindt – hij deelt dit lot met de gemiddelde ziekenhuisbestuurder.

Het transitierégime vertoont gelijkenis met het oude A-segment. De omzet van dot's die onder het transitierégime vallen wordt vergeleken met de omvang van een schaduwbudget (op basis van de oude bekenden van de gerealiseerde budgetparameters). Het verschil wordt in 2012 voor 95% verrekend met het Zorgverzekeringsfonds. In 2012 is het B-segment, waarin prijzen vrij onderhandelbaar zijn, uitgebreid van 30% tot 90% van de omzet. De

¹¹ Porter en Teisberg (2006).

uitbreiding van het B-segment (B-nieuw) valt onder het transitieregime, het oude B-segment niet. Samenvattend bestaan in 2012 de volgende segmenten:

- A: vaste tarieven, valt onder transitieregime
- B-nieuw: vrije tarieven, valt onder transitieregime
- B-oud: vrije tarieven, valt niet onder transitieregime

De NZa heeft daarbij nog op onnavolgbare wijze tussen het oude A-segment en het oude B-segment gehusseld, met als gevolg dat een doorrekening van het vangnet van het transitieregime voor een ziekenhuiscontroller bijna onmogelijk is. Ziekenhuizen onderhandelen met verzekeraars over volumina en prijzen, en factureren dot-producten op basis van deze contracten. Met de facturen wordt het schaduwbudget gevuld. Als de dot-omzet lager uitpakt dan het schaduwbudget, dan wordt het verschil tussen de twee in 2012 voor 95% gecompenseerd uit de centrale kas van het Zorgverzekeringsfonds (in de jaren erna loopt het percentage terug). Het kan ook zijn dat de dot-omzet hoger uitpakt dan het schaduwbudget, dan moet worden ingeleverd.

Van oudsher subsidieert het B-segment het A-segment. Dit betekent dat ziekenhuizen normaliter winst maken op het B-segment en daarmee het verlies in het A-segment compenseren. Ziekenhuizen die op basis van normale bedrijfseconomie kostendekkende tarieven willen gaan rekenen (hoger in A, lager in B) kunnen daardoor met het transitieregime gestraft worden.

Het transitieregime verhoogt de complexiteit van de bekostiging van ziekenhuizen aanzienlijk en heeft een belemmerende invloed op de introductie van echte marktprijzen. Kruissubsidies uit het verleden blijven zo in leven. Er zijn enkele ziekenhuizen die om deze reden in onderhandelingen met verzekeraars in hun contractafspraken het transitieregime *de facto* (niet *de jure*, want dat leidt tot mot met de NZa) buiten spel gezet om zo toch een stap in de goede richting te kunnen zetten. Een alternatieve reactie is een sterke druk om aanvullende, 'verfijndere' spelregels waaronder het inbouwen van extra vangnetten in het transitieregime. Deze toegenomen complexiteit werkt verstarrend op ondernemerschap en op de mogelijkheid om normale bedrijfseconomische afwegingen een belangrijker rol te geven. Vooral kleine en startende zorgaanbieders hebben hier last van.

Nog meer last hebben deze outsiders van de manier waarop gedurende het transitieregime tussen ziekenhuizen en verzekeraars wordt gecontracteerd. Omdat geen van de partijen goed kan inschatten wat de uitwerking van de nieuwe spelregels is, wordt er meestal een budget of een aanneemsom voor het lopende jaar afgesproken. Dit budget is geïkt op de meest recente omzetcijfers in combinatie van een doelmatigheidsstaakstelling. Hierdoor is nauwelijks ruimte voor nieuwe toetreders: de dynamiek die de minister graag in het zorgaanbod wil krijgen is vakkundig platgereguleerd.

Feitelijk is in het transitieregime één groot budgetstelsel gecreëerd. Waar het de bedoeling was om prestatiebekostiging meer ruimte te geven,

hebben verzekeraars en zorgaanbieders budgetten en aanneemsommen met elkaar afgesproken waarbij in de meeste gevallen de budgetten worden volge-declareerd met een prijsvector die is afgeleid van de voormalige gereguleerde (verzonnen) prijzen. Verzekeraars hebben onvoldoende kennis van ‘echte’ marktprijzen en ook zijn er bijna geen ziekenhuizen die op basis van echte kostprijscalculaties een verkoopprijsvector hebben kunnen of durven afspreken.¹² Als klap op de vuurpijl heeft de minister nog de beschikking over een macro-beheersingsinstrument. Mochten alle verzekeraars, ziekenhuizen en niet te vergeten zelfstandige behandelcentra tezamen per saldo een groei realiseren die hoger is dan het de minister behaagt, dan kunnen individuele zorgaanbieders door de minister een generieke korting opgelegd krijgen naar rato van hun landelijke marktaandeel.

Het transitieregime geldt tot 2015, maar de praktijk wijst uit dat tijdelijke regelingen een duurzaam leven gaan leiden omdat de consequenties van nieuwe spelregels niet genomen worden als ook maar een beperkt aantal partijen daar schade van ondervindt.

3 Ideeën voor innovatieve bekostiging

Idealiter worden zorgproducten ooit bekostigd op basis van de echte toegevoegde waarde van zorg. Als deze waarde objectiveerbaar zou zijn, zou dat op basis van deze uitkomst-gedefinieerde producten zelf kunnen gebeuren. De directe waarde is een subjectief begrip, daarom ligt het voor de hand om dit voor een populatie te definiëren en met een systeem van *capitation* te gaan werken. Hiermee kan bijvoorbeeld een grote groep verzekerden in contract worden genomen. *Capitation* kan natuurlijk ook op basis van inputkenmerken in plaats van outputkenmerken. Dat brengt een risico van onderbehandeling met zich mee. De vergoeding van huisartsenpraktijken in het ziekenfondstijdperk was hierop in zekere zin gebaseerd: een huisarts kreeg een abonnementstarief dat enigszins varieerde met populatiekenmerken (zoals een factor voor achterstandswijken). De huidige vergoeding van eerstelijns spoedposten gaat nog steeds op basis van budget. Het product is dan vooral de beschikbaarheid. Huisartsen in de spoedposten kunnen het als aantrekkelijk ervaren als patiënten de spoedpost overslaan en direct naar de spoedeisende hulp van een ziekenhuis gaan (waar weer op basis van productie wordt bekostigd). Om deze vorm van ‘arbitrage’ tegen te gaan wordt op sommige plaatsen voorgesteld om de HAP (huisartsenpost) en SEH (spoedeisende hulp) te integreren en standaard een huisarts de triage (verwijzing) te laten verrichten. De hoop is dat er dan minder onnodige producten door de SEH

¹² In de afspraken met zorgverzekeraars is door mijn ziekenhuis strak vastgehouden aan het declareren op basis van reële bedrijfseconomische kostprijzen. Dit bleek voor zorgverzekeraars lastig te accepteren, omdat sommige van deze prijzen significant hoger lagen dan de (verzonnen) prijzen waarmee ze gewend waren te rekenen.

worden geleverd. Er bestaat echter een risico dat er juist meer zorg bij de SEH komt omdat de diagnostische faciliteiten daar veel uitgebreider, en toch letterlijk om de hoek, zijn. Het kernprobleem blijft dat prikkels onveranderd zijn en de producten niet scherp zijn gedefinieerd. Wat is de geleverde zorg (niet: wie levert de zorg), en vooral: welke toegevoegde waarde heeft deze voor de consument?¹³ Een innovatie die hier soelaas kan brengen is een geïntegreerd tarief voor zorg. Mogelijk dat zo'n tarief er voor verloskunde gaat komen. Een verzekeraar contracteert dan een hoofdaannemer (dat kan een ziekenhuis zijn maar ook een verloskundepraktijk). De hoofdaannemer optimaliseert het complete zorgtraject en maakt optimaal gebruik van de verschillende kwaliteiten van de ketenpartners.

Een regiobudget voor een ziekenhuis wordt momenteel ook als innovatief idee besproken. Of het dat ook is, is de vraag. Het vaststellen van zo'n budget is geen triviale zaak, zoals de jaren tachtig van de vorige eeuw hebben laten zien. Het zou op een meer innovatieve manier kunnen op basis van dezelfde parameters die gebruikt worden voor de verevening van zorgverzekeraars. In plaats van een regiobudget kan dit ook als een budget voor een regiopopulatie per verzekeraar worden verwerkt. Verzekeraars kunnen dit zelf ontwikkelen maar zijn vooralsnog niet in staat of bereid om een risicogewogen capitatiebudget in te voeren. In gesprekken met verzekeraars over de contractering in 2012 is zoiets door mijn ziekenhuis aan de marktleider onder onze verzekeraars voorgesteld. Het antwoord was dat dit 'te moeilijk' was. Uiteindelijk is een soort aanneemsom op basis van handjeklap tot stand gekomen. Dat lijkt gemakkelijker maar de verzekeraar heeft daarmee in feite een *black box* gecontracteerd.

214

4 Conclusie: weinig dynamiek in ondoorzichtige markten

In deze bijdrage heb ik laten zien hoe lastig de productdefinitie in de tweedelijns curatieve somatische zorg is, kortweg de ziekenhuiszorg. En hoe moeilijk de prijsregulering uitwerkt. Anders dan in andere markten levert het product van prijs maal productie niet de omzet op, omdat er verschillende vormen van budgettering doorheen lopen. Bovendien zijn er componenten in de ziekenhuisexploitatie die bijdragen aan het gevoel van de controllers in deze branche dat zij bezig zijn om een loterij te managen.

De definitie van het product en de prijsbepaling ervan creëert een eigen werkelijkheid. De werkelijkheid van de medisch specialistische zorg is troebel. Het product is niet scherp gedefinieerd en frequent aan verandering onderhevig. Lange tijd bestond het product uit verrichtingen en op inputs

¹³ Toen ik nog als zorgverzekeraar actief was, had mijn bedrijf een probleem met het hoge aantal zelfverwijzers in de Haagse regio. Mijn inkopers overwogen om de zorg die op de SEH van enkele Haagse ziekenhuizen werd geleverd te verifiëren en waar mogelijk als huisartsenzorg te definiëren – en te betalen. Dit bleek praktisch niet eenvoudig en is uiteindelijk niet uitgevoerd.

gebaseerde productieparameters en werden zorgaanbieders gebudgetteerd. Met de invoering van het dbc-stelsel in 2005 is geprobeerd een zorginhoudelijke productdefinitie te maken en werd voorzichtig overgegaan op gedeeltematige prestatiebeloning. De overgang naar tweede generatie dbc's in 2012, het dot-tijdperk, heeft als doel om de prestatiebeloning verdere ruimte te geven maar in de overgangperiode tot 2015 lijkt er juist sprake te zijn van een radicale terugkeer naar budgettering. Een transitierégime maakt de overgang extra complex en werkt verlamdend op de marktdynamiek. Op korte termijn leidt budgettering tot een beheersing van uitgaven, het ministerie van Financiën zal dan wellicht ook niet ongelukkig zijn met deze uitkomst. Op lange termijn leidt budgettering echter tot wachtlijsten en een gebrek aan innovatie (niet alleen productinnovatie, maar vooral organisatorische innovatie). Prijs en kwaliteit zijn daar niet bij gebaat.

De dynamiek in de ziekenhuissector die momenteel zichtbaar is zien we vooral in fusies van ziekenhuizen. Soms worden deze gedreven door steekhoudende overwegingen rond kwaliteit en doelmatigheid. Of deze doelen altijd gerealiseerd worden valt buiten het kader van dit Preadvies. Deze fusies hebben voornamelijk vooral een conserverend karakter. Door te fuseren kan een bestaande organisatievorm worden bestendig. Innovatieve marktdynamiek zien we nauwelijks. De overschrijding van de grens tussen de eerste en de tweede lijn in een nieuw bedrijfseconomisch model wordt nog nergens gesignaleerd. Er ontstaan weinig *focused factories* in het Nederlandse zorgaanbod, terwijl deze grote meerwaarde kunnen bieden.¹⁴ Enkele categorale ziekenhuizen behoren hiertoe: de Maartenskliniek (bewegingsapparaat), het Oogziekenhuis (oogheelkunde) en het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (oncologie). Nieuwe toetreders zijn de ruim 200 zelfstandige behandelcentra (die verzekerde zorg in een bepaalde niche leveren, vaak dermatologie of oogheelkunde). Deze aanbieders beperken zich tot specifieke gebieden in de zorg en hebben meestal een (zeer) kleine omvang. Een groeiende organisatie in de categorie zelfstandige behandelcentra is de Bergman Kliniek (waarin orthopedische en dermatologische zorg wordt geboden), die echter veel last heeft van de nieuwe spelregels van 2012.

De reden voor de trage innovatieve dynamiek ligt misschien niet volledig, maar toch wel in belangrijke mate aan de prijs- en productregulering die Nederland kent. Het perspectief dat vanaf 2015 een echt nieuw régime in de zorg zal heersen lonkt – als dat bewaarheid wordt zal het een positief effect op de marktdynamiek hebben. Of politici na de verkiezingen van 2012 het beleid dat is uitgestippeld inderdaad gaan uitvoeren is echter ongewis...

¹⁴ Zie Herzlinger (1996).

Literatuur

- Bomhoff, E. (2002), *Blinde Ambitie – Mijn 87 Dagen met Zalm, Heinsbroek & Balkenende*, Balans.
- Fetter, R.B., J.D. Thompson en R.F. Averill (1981), Development, testing, and evaluation of a prospective case-payment reimbursement system. Final Report, Baltimore, MD. Health Care Financing Administration.
- Hasaart, F. (2011), *Incentives in the Diagnosis Treatment Combination payment system for specialist medical care - A study about behavioral responses of medical specialists and hospitals in the Netherlands*, Dissertatie, Universiteit van Maastricht.
- Herzlinger, R. E. (1996) *Market-Driven Health Care*. Reading, Mass.: Addison-Wesley Publishing Co. Inc.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2011), Rapport Beoordeling productstructuur DOT.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2012), Marktscan medisch specialistische zorg, weergave van de markt 2006-2011, maart 2012.
- Porter, M. en E.O. Teisberg (2006), *Redefining Health Care, Creating Value-based Competition on Results*, Harvard Business School Press.

Langdurige zorg: vooral een verzekeringsprobleem

Casper van Ewijk¹

1 Inleiding

Dat Nederland internationaal vergeleken veel aan zorg uitgeeft, ligt vooral aan ons stelsel van langdurige zorg. Volgens een recente OESO-studie liggen de uitgaven in de curatieve zorg als percentage van het bbp dicht bij het OESO-gemiddelde, maar zijn de uitgaven voor de langdurige zorg twee maal zo hoog als gemiddeld (OECD 2011). Daarmee is Nederland koploper in de kosten voor langdurige zorg zoals weergegeven in figuur 1, net voor Zweden, dat net als Nederland een sterk geïnstitutionaliseerde ouderenzorg kent. Daarmee is niet gezegd dat de zorg in Nederland te duur is of ons stelsel slecht. In veel andere landen is de ouderenzorg slecht geregeld en wordt dikwijls naar Nederland en Zweden gekeken als voorbeeldlanden. Maar het is wel reden om ons stelsel kritisch onder de loep te nemen. Temeer ook omdat de goede ouderenvoorzieningen een groot beslag leggen op de toekomstige overheidsfinanciën. In een Europese studie naar de houdbaarheid van de overheidsfinanciën op lange termijn wordt Nederland als 'risicovol' aangemerkt, juist ook vanwege de stijgende kosten van de langdurige zorg (Europese Commissie 2009).

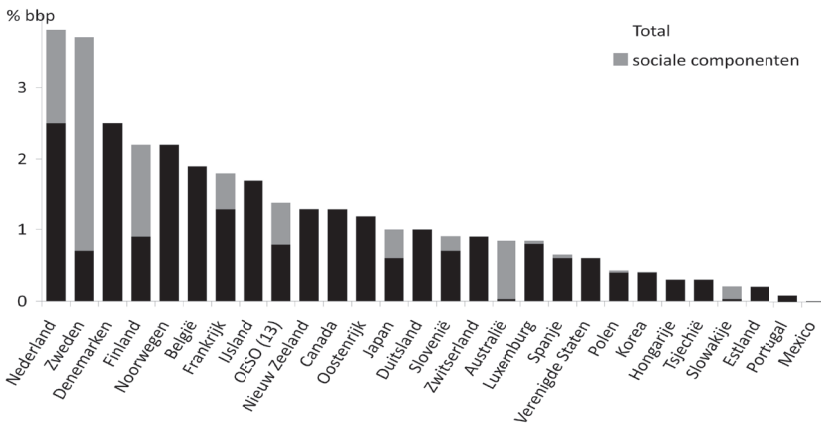
De langdurige zorg bestaat uit de gehandicaptenzorg (15%), de zorg voor chronische psychiatrische patiënten (15%) en de zorg voor ouderen (70%). Deze bijdrage richt zich met name op het laatste onderdeel, de ouderenzorg. Er worden drie problemen aangekaart. Het eerste probleem betreft de solidariteit tussen generaties. Is de toekomstige zorg op te brengen door de jongeren of moeten de ouderen zelf een deel bijdragen, en zo ja hoe? Ten tweede, de vraag naar optimale verzekering van ouderenzorg; het is te simpel om te stellen dat de collectieve kosten omlaag moeten en dat daarom ieder voor zijn zorg op oudere leeftijd moet betalen. Verzekeren levert welvaartswinst op, omdat mensen risicoavers zijn. Zonder verzekering worden bovendien individuen onnodig gedwongen om te sparen. Wel is het goed om kritisch te kijken naar wat wel en wat niet verzekerd moet worden en in welke mate. Er bestaan goede argumenten voor dat de verzekering maar partieel hoeft te zijn, vooral voor de hogere inkomens. Niet alleen vanwege het welbekende argument om onnodig gebruik af te remmen (*moral hazard*), maar ook vanwege het verband tussen gezondheid en de waarde van geld. Omdat geld

¹ Met dank aan Nancy van Beers, Paul Besseling, Albert van der Horst, en de redacteuren van de preadviezen voor hun commentaar.

minder waard is bij slechte gezondheid, kan volstaan worden met een lagere verzekeringsgraad. Aan dit tweede argument wordt ten onrechte vaak voorbijgegaan. Als bij ouder worden de lichamelijke en mentale mogelijkheden afnemen, is het optimaal om minder te consumeren, waarbij geld vrijkomt voor verzorging en verpleging (Finkelstein et al. 2008).

Het derde en laatste probleem betreft de uitvoering van de verzekering. Het vorige kabinet was voornemens om de uitvoering van ouderenzorg grotendeels over te hevelen naar de particuliere zorgverzekeraars. Het besluit hierover is aangehouden door de val van het kabinet. Overheveling naar de verzekeraars heeft als voordeel dat langdurige zorg en ziekte in handen komen van één uitvoerder. Maar er is een fundamentele vraag of langdurige zorg wel past binnen een stelsel dat gebaseerd is op kortlopende verzekeringscontracten. Daarnaast staat de verzekeringsbenadering op gespannen voet met het karakter van een voorziening dat de ouderenzorg nu kenmerkt.

218



Figuur 1: Publieke uitgaven aan langdurige zorg (gezondheids- en sociale componenten), als % bpb, 2009 (of dichtstbijzijnde jaar)

Bron: OECD (2011), tabel 8.8.1.

Deze bijdrage gaat over de financierings- en de verzekeringskant van de langdurige zorg. De kostenkant en de efficiency van de aanbieders blijven buiten beschouwing. Ook de relatie met de mantelzorg valt buiten het bestek van deze bijdrage. Het probleem van de zorg zit dan in twee dimensies: (1) in hoeverre moet de zorg collectief worden verzekerd, en (2) in hoeverre leidt de groei van de collectief verzekerde zorg tot ongewenste herverdelingseffecten en hoe moeten die worden opgelost? Dit vereist een wat subtielere analyse dan de platte constatering dat de zorg een groot beslag legt op de collectieve middelen en dat de uitgaven om die reden moeten worden afgeremd (zie bijv. Taskforce 2012).

2 Langdurige zorg: toenemende collectieve last

Is de toekomstige modale tweeverdiener anno 2040 bereid om 36% of zelfs 47% van het gezinsinkomen aan zorgpremies te betalen? Dit zijn de getallen die volgen uit de CPB-scenario's voor de zorg in het jaar 2040. Deze lasten voor de zorg komen bovenop de belastingen en andere sociale premies. Op dit moment geeft een gemiddeld gezin 23% uit aan zorg (tabel 1), voor ziekte en langdurige zorg samen. Dat neemt toe tot 36% in het scenario 'trendmatige zorggroei' en tot 47% in het scenario met hoge groei van de zorguitgaven. Een toename met respectievelijk 12 %-punt en 24 %-punt. Beide scenario's zijn realistisch. Het trendmatige scenario is gebaseerd op de gemiddelde ontwikkeling van de zorguitgaven in de periode 1980 – 2010, rekening houdend met de vergrijzing.² De zorguitgaven stijgen in dit scenario van ruim 13% tot 22% van het bbp. Het tweede scenario 'hoge zorggroei' is gebaseerd op de versnelling in de zorguitgaven na het jaar 2000 toen het beleid in zowel de curatieve als in de langdurige zorg is verruimd. Het hoge groei scenario trekt die lijn van hoge groei door naar de toekomst en komt daardoor uit op aanzienlijk hogere zorguitgaven in 2040. De totale uitgaven voor de zorg lopen in dit scenario op tot 31% van het bbp. Als gevolg daarvan lopen de premies nog eens extra op tot 47% van het bruto gezinsinkomen.

219

Tabel 1: CPB-scenario's voor de zorg, 2010 – 2040

	2010	2040	2040
		Trendmatige zorggroei	Hoge zorggroei
Zorguitgaven (% bbp)	13,2	22	31
w.v. curatieve zorg	8,7	13	31
w.v. langdurige zorg	4,1	9	9
Kostendeckende premie (% gezinsinkomen)	23,5	36	47

Bron: Van der Horst et al. (2011).

Tabel 2 laat zien dat de stijging van de zorgpremies in het trendmatige scenario voor meer dan de helft wordt veroorzaakt door de veranderende demografie. In het scenario met hoge zorggroei is de bijdrage van demografie relatief kleiner, maar absoluut groter, namelijk 10%-punt. De vergrijzing en de groeiende zorg zijn in dat laatste scenario factoren die elkaar versterken. Door de omslagfinanciering leidt vergrijzing in de zorg tot extra overdrachten van jong naar oud. Deze overdrachten worden verder vergroot door de stijgende

² De groei komt dan uit op de inkomensgroei (bbp) plus 0,5% plus vergrijzingseffect. In het hoge groei scenario groeit de zorg met 1½% bovenop de inkomensgroei (bbp) en vergrijzing.

zorgconsumptie per persoon. De jongeren betalen dus mee aan de betere zorg van de ouderen.

Tabel 2: Determinanten van de stijgende zorgpremie, 2010-2040

	Niveau 2010	Toename 2010-2040	
		Trendmatige zorggroei	Hoge zorggroei
Premie (% gezinsinkomen)	23,5	12	24
w.v. demografie		7	10
w.v. zorgconsumptie per persoon		5	14

Bron: Van der Horst et al. (2011).

Niet alleen de intergenerationele verdeling verandert; ook binnen generaties leiden de groeiende zorguitgaven tot herverdeling, namelijk ten nadele van de hogere inkomens en in het voordeel van de lage inkomens. Dit geldt voor de curatieve zorg maar zeker ook voor de langdurige zorg. Deze herverdeling wordt ook verder uitvergroot wanneer de zorguitgaven groeien, althans bij ongewijzigd beleid. Het effect van zorg op de intragenerationele herverdeling blijkt uit tabel 3, die de baten en lasten van zorg weergeeft voor verschillende opleidingscategorieën. Het betreft alleen het collectieve deel van de zorg en de cijfers zijn gemiddeld over de hele levensloop (Ter Rele et al. 2012). Hoogopgeleiden profiteren duidelijk minder van de zorg dan laagopgeleiden. Personen met vmbo als hoogste opleiding consumeren per jaar gemiddeld 3300 euro aan zorg, waarvan 1100 voor langdurige zorg. Voor de hoogst opgeleiden (hbo/wo) liggen de bedragen aanzienlijk lager, namelijk 2200 euro, waarvan slechts 500 voor langdurige zorg.³ Het lage cijfer voor de langdurige zorg hangt samen met het feit dat veel hogere inkomens geen beroep doen op de collectief georganiseerde zorg en zelf hun zorg regelen ('opting out'). Terwijl het profijt van de hoge inkomens lager is, dragen zij juist meer bij aan de financiering van de zorg. De premies zijn voor een belangrijk deel inkomensafhankelijk. Dit geldt zowel voor de ziektekosten (Zvw) als voor de langdurige zorg (AWBZ). Per saldo betalen de hoge inkomens (hbo/wo) 1700 euro per jaar meer aan zorg dan zij aan zorg ontvangen, terwijl lagere opgeleiden (vmbo) per saldo 1100 euro per jaar meer aan zorg ontvangen dan zij ervoor betalen. Het netto profijt is dus voor de lager opgeleiden positief en voor de hoogst opgeleiden negatief. Dat geldt ook voor de langdurige zorg apart: het netto profijt van de hoogopgeleiden is -1200 euro

3 Vergelijking tussen vmbo en hbo/wo geeft een betere indicatie van het herverdelende effect van de zorg dan vergelijking met basisschool omdat hierin ook veel gehandicaptenzorg zit.

en voor de lager opgeleiden (vmbo) +300 euro. Beide inkomensgroepen betalen overigens mee aan de zorg voor gehandicapten die vooral in de laagste opleidingsgroep (ten hoogste basisschool) zitten. Deze laatste groep is overigens relatief klein (7% van totaal); de aandelen van vmbo, mbo/havo/vwo en hbo/wo zijn resp. 18%, 44% en 31%.⁴

Tabel 3: Baten en lasten van zorg (collectief) naar opleidingsniveau, 2010, per persoon, gemiddeld over de levensloop

Opleidingsniveau	Basis	Vmbo	Mbo/havo/vwo	Hbo/wo
ZVW	duizenden euro's per jaar per persoon			
Zorgconsumptie	2,0	2,2	1,8	1,7
Zorglasten	1,2	1,4	1,7	2,2
AWBZ	duizenden euro's per jaar per persoon			
Zorgconsumptie	3,1	1,1	0,4	0,5
Zorglasten	0,6	0,8	1,2	1,7
Totaal (ZVW + AWBZ)	% inkomen			
Zorgconsumptie	64,4	34,6	19,0	11,5
Zorglasten	22,8	23,1	22,7	20,5
Netto gebruik	41,7	11,1	-3,7	-9,0

Bron: Ter Rele (2012).

Deze intragenerationele overdrachten gelden bij de huidige stand van de zorguitgaven. Verdere groei van deze uitgaven, voor zover die uitgaat boven de inkomensgroei, zet de inkomenseffecten verder op scherp. Omdat met name de lagere inkomens – in geld⁵ – profiteren van de zorguitgaven neemt de herverdeling tussen hogere en lagere inkomens automatisch toe bij een groeiend aandeel van de zorguitgaven. De groeiende zorguitgaven zetten daarom ook de solidariteit tussen hoge en lage inkomens onder druk. Bij de huidige mix van nominale en inkomensafhankelijke premies nemen de lasten voor de modale tweeverdiener toe met 12%-punt tot 24%-punt en in het hoge zorggroei-scenario nog aanzienlijk meer. Het zal moeilijk zijn om deze stijging voor de modale inkomens af te remmen en meer lasten te leg-

4 Cijfers voor de groep 30-34-jarigen in 2005.

5 Het netto profijt wordt hier gemeten in geld. Dat is niet helemaal juist. In welvaartstermen moet rekening gehouden worden met het feit dat de zorgconsumptie niet voor iedere inkomensgroep optimaal is waardoor de waarde ervan voor het individu kan afwijken van de prijs. Ervan uitgaande dat het collectieve zorgpakket is afgestemd op de preferenties van de middengroepen, geldt zowel voor de laagste als voor de hoogste inkomensgroepen dat de werkelijke waarde van de zorgconsumptie – in termen van welvaart of 'nut' – kleiner is dan de waarde in geld.

gen bij de hoge inkomens, zeker wanneer deze maar beperkt profiteren van de stijging.

3 Twee herverdelingsproblemen...

De stijgende collectieve uitgaven aan de zorg leveren dus twee verdelingsproblemen op; één tussen generaties en één binnen generaties. Beide hangen samen met het collectieve karakter van de zorg en de financiering ervan. Overdrachten vinden plaats omdat de premies verre van actuarieel fair zijn. Voor een deel is dat bewust gekozen uit oogpunt van solidariteit tussen gezonden en minder gezonden. Maar de financiering van de zorg is ook aangewend voor allerlei vormen van inkomenspolitiek. De inkomensafhankelijke premies voor de Zvw en de AWBZ, de zorgtoeslag, de inkomens- en vermogenstoetsen in de AWBZ zijn hier uitdrukking van. In dit opzicht is de financiering van de zorg onderdeel geworden van het *tax – benefit*-instrumentarium van de overheid en kan deze daarom ook niet los worden gezien van de andere instrumenten tot herverdeling. Het ligt dan ook voor de hand om de oplossing van de gesignaleerde verdelingseffecten ook in samenhang te beschouwen met de andere instrumenten van inkomensherverdeling. Dan is het de vraag of deze verdelingseffecten wel als probleem van ‘de zorg’ moeten worden gezien. Dat geldt zowel voor de intergenerationele dimensie als voor de intragenerationele kant. Ik bespreek dit aan de hand van twee welbekende stellingen, die beide op theoretische gronden zullen worden weerlegd.

222

- a. ‘De stijgende uitgaven in de langdurige zorg vergroten het vergrijzingsprobleem van de overheidsfinanciën.’
- b. ‘De stijgende uitgaven in de zorg leiden tot hogere premies en belastingen en vormen daardoor een rem op de economische groei.’

Beide stellingen zijn op het eerste gezicht aansprekend, maar bij nadere beschouwing theoretisch gezien onjuist. Omdat deze bijdrage over de langdurige zorg gaat, richt ik me bij de bespreking op de AWBZ, maar een soortgelijke redenering kan ook op de Zvw worden toegepast.

3.1 “De stijgende uitgaven in de zorg vergroten het vergrijzingsprobleem in de overheidsfinanciën”

Op zich klopt het dat bij de huidige financieringsregels van de zorg de voorziene uitgavenstijging tot herverdeling leidt ten nadele van de jongere generaties. Doordat de premie onafhankelijk is van de leeftijd, worden stijgende kosten voor een groot deel betaald door de jongere generaties. Deze intergenerationele herverdeling is echter een van de vele vormen van herverdeling tussen generaties en moet daarom in een groter verband worden gezien. Een opmerkelijke uitkomst van de recente vergrijzingsommen van het CPB is dat het totaal van de overheidsfinanciën op dit ogenblik praktisch generatienutraal is (volgens de stand van april 2012, zie CPB, 2012). Dit volgt uit het feit dat het houdbaarheidsgat van de overheidsfinanciën vrijwel is gedicht.

Dit is te danken de recente reeks van ombuigingen, waaronder de verhoging van de AOW-leeftijd. Houdbaarheid van de overheidsfinanciën houdt in dat bestaande collectieve regelingen gehandhaafd kunnen worden zonder dat lasten worden doorgeschoven naar de toekomst. Het netto profijt van alle collectieve voorzieningen, dus inclusief de zorg, is daarmee ook evenwichtig verdeeld over de generaties.⁶

Hierbij is wel een kanttekening op zijn plaats. In de vergrijzingsommen is alleen rekening gehouden met de demografische component van de oplopende zorglasten. In het afgelopen decennium zijn de zorguitgaven echter veel sneller gegroeid dan afgeleid kan worden uit de demografische verandering. Wachtlijsten zijn weggewerkt en de kwaliteit is verbeterd, maar er zijn wellicht inefficiënties in het systeem gesloten. Wanneer deze extra groei naar de toekomst wordt doorgetrokken, resteert een aanzienlijke extra opgave voor de overheidsfinanciën. Omdat ook de huidige generaties nog flink profiteren van de hogere zorguitgaven, wordt daardoor ook het evenwicht tussen generaties verstoord en dreigt toch een afwenteling van lasten op toekomstige generaties. Hiervoor moet nog een oplossing gevonden worden.

Hoewel beperking van de uitgavengroei zou bijdragen aan deze oplossing, is dit niet op voorhand de meest logische maatregel. Zolang de zorguitgaven overeenkomen met de maatschappelijke voorkeuren – en daar ga ik ter wille van de argumentatie van uit – ligt het voor de hand om aan de financieringskant in te grijpen. De oplossing is dan om de intergenerationale verdeling van de lasten meer in lijn te brengen met de verdeling van de baten.

Er zijn verschillende manieren om de stijgende last voor toekomstige generaties te voorkomen. Maar het is wel zero sum; er zal dus onvermijdelijk meer moeten worden opgebracht door de oudere generaties, die profiteren van de betere zorg. Deze verschuiving in de lastenverdeling kan gerealiseerd worden door nu al de oudere generaties extra te belasten en met de opbrengst extra staatsschuld af te lossen. Zo kunnen in de toekomst de lagere rentelasten worden gebruikt om de zorgpremies te verlagen. Maar het kan ook op een andere manier namelijk via leeftijdspecifieke premies. De ouderen betalen dan in de toekomst meer dan de jongeren als compensatie voor het grotere profijt dat zij van de regeling hebben. Een systematische oplossing om intergenerationale herverdeling tegen te gaan is invoering van een stelsel met cohortgewijze kostendekkende premies. Een lichtere variant hiervan is om vanaf nu alleen de uitgavenstijging voor zover die uitgaat boven het vergrijzingeffect, op deze manier te financieren. Een dergelijke generatieneutrale financiering heeft als bijkomend voordeel dat de zorguitgaven niet langer een – politiek – instrument vormen in de strijd tussen generaties. De lasten van de zorg liggen dan immers volledig bij hetzelfde cohort dat ook

6 Het verband tussen generatienutraliteit en houdbaarheid van de overheidsfinanciën wordt uitgewerkt in de CPB-studie “Vergrijzing verdeeld” (Van der Horst et al. 2010).

het profijt heeft van de extra zorg. Het gaat dan voor ieder cohort afzonderlijk om vraag hoeveel verzekerde zorg men wil hebben. De discussie over de optimale inrichting van de langdurige zorg wordt dan niet meer onnodig belast met discussie over de verdeling tussen generaties. Dit kan belangrijke voordelen hebben. Zoals altijd zit er ook wel een nadeel aan: ook onvoorziene veranderingen in de uitgaven die het gevolg zijn van verandering in de kosten, moeten volledig door het desbetreffende cohort worden opgevangen. De waarde van de intergenerationele verzekering neemt daardoor af (zie ook Bovenberg & Van Ewijk 2012).

3.2 “De stijgende uitgaven in de zorg leiden tot hogere premies en belastingen en verstoren daardoor de economische groei”

Ook het argument dat uitgavenstijging in de zorg tot hogere premies en belastingen leidt en daardoor de economische groei remt, is strikt genomen niet juist. Hier gaat het anders dan bij de vorige stelling over de verdeling tussen inkomensgroepen (‘rijk’ versus ‘arm’) in plaats van tussen generaties. Dus om de inkomenssolidariteit.⁷ Zolang de premies voor iedere groep overeenkomen met het profijt – en dus per groep actuairiel fair zijn – , vindt geen herverdeling plaats en ook geen verstoring van de arbeidsbeslissing. Ook hier zit de oplossing dus in eerste instantie aan de financieringskant. Voor de uitgavenkant geldt de gebruikelijke maatschappelijke kosten-batenafweging (hoewel hier complexer dan elders; daar komen wij in de volgende sectie op terug).

De stijgende zorguitgaven zijn op zich geen reden om strengere eisen te stellen aan de kosten-batenafweging. Of anders gezegd, er is geen reden om met hogere marginal costs of public funds (MCPF) voor de zorg te rekenen.⁸ De MCPF hangen samen met de wens tot inkomensherverdeling. In het optimum maakt de financiering van de zorg onderdeel uit van het totale pakket van belastingen, premies en uitkeringen (*tax benefit system*) van de overheid. Als de MCPF al stijgen, dan is dat van toepassing op alle overheidsuitgaven en niet alleen op de zorg. Het idee om de collectieve uitgaven aan zorg te normeren tot een vast percentage van het bbp inclusief demografie – zoals voorgesteld door de taskforce zorg – is daarom een boekhoudersoplossing, die pragmatisch en politiek wellicht aantrekkelijk is, maar economisch gezien ongefundeerd. Niets in de economische theorie leert dat de samenstelling van de overheidsuitgaven in vaste verhoudingen bevroren moet worden.

Net als bij de intergenerationele dimensie kunnen onbedoelde herverdelingseffecten opnieuw voorkomen worden door de financiering in lijn te brengen met het profijt. In de lichte variant zou dit weer kunnen worden toegepast op stijging van de uitgaven die uitgaat boven de groei van het bbp en

7 De ziekteelastsolidariteit komt in de volgende sectie aan de orde.

8 Voor een uitleg over de MCPF, zie Jacobs & de Mooij (2009).

het vergrijzingeffect. Dat maakt het stelsel aan de marge verdelingsneutraal en voorkomt dat er een versturende werking op de arbeidsmarkt en economische groei van uitgaat.

Een verdelingsneutrale financiering van de – extra – groei in de zorguitgaven stelt wel eisen aan de inrichting van het stelsel en is daarom minder makkelijk te realiseren dan die bij de intergenerationele verdeling. Wanneer wordt vastgehouden aan uniforme zorg, kunnen de stijgende zorgpremies de zorg voor de lage inkomens onbetaalbaar maken. ‘Onbetaalbaar’ in de zin dat de uitgaven aan zorg niet meer binnen het huishoudbudget passen; of preciezer uitgedrukt, de zorgconsumptie komt niet overeen met de voorkeuren gegeven de budgetrestrictie. Het verdelingsvraagstuk is dus uiteindelijk terug te brengen tot een vraagstuk van optimale afstemming van zorg op de individuele preferenties. Het is dus in eerste instantie een verzekeringsprobleem.

4 ...en een verzekeringsprobleem

Het fundamentele probleem van de stijgende zorgkosten zit niet in de verdelingseffecten, maar in de optimaliteit van de verzekering. De stijgende zorgkosten leveren een verzekeringsprobleem op. Hierbij zijn twee – ogenschijnlijk tegengestelde – krachten van belang. Enerzijds wordt verzekeren belangrijker naar mate de zorguitgaven stijgen. Anderzijds worden ook de versturende effecten van de verzekering uitvergroot. Verzekeren wordt belangrijker, omdat zorguitgaven een groter deel van het individuele huishoudbudget gaan uitmaken. Het wordt dan moeilijker om onvoorziene schokken in zorguitgaven (in geld) binnen de rest van het budget op te vangen.

Daar staat tegenover dat het de vraag is of het huidige stelsel van uniforme, collectieve zorg in de toekomst houdbaar is wanneer de zorg zo'n groot deel van het individuele huishoudbudget uitmaakt. Dat is reden om extra kritisch te kijken naar de inrichting van het stelsel. De verstoringen zijn tweeledig: in de eerste plaats leidt verzekeren tot ongewenst gedrag (moral hazard) in de zin van meer dan optimaal gebruik van de zorg en minder aandacht voor preventie. De andere verstoring hangt samen met de uniforme verstrekking van de zorg. Kenmerkend voor de zorgverzekeringen – anders dan die voor bijvoorbeeld auto's of huizen – is dat voor ieder een bepaald pakket is opgelegd. Er bestaat dus binnen de collectieve zorg geen keuzevrijheid en geen differentiatie in verzekeringspakket tussen inkomensgroepen. Verzekeren is gekoppeld aan uniforme verstrekking. Dit betekent dat de individuele waardering van het pakket kan afwijken van de marktwaardering, die gelijk is aan de werkelijke kosten. Bij een collectief opgelegd pakket is de kwaliteit van dit pakket noodzakelijk een compromis; sommigen hebben een voorkeur voor betere en luxere zorg (en een navenant hogere premie), terwijl anderen in het optimum de voorkeur zouden geven aan een soberder pakket (en daardoor meer ruimte voor overige consumptie).

Opvallend in het huidige stelsel is dat de zorgconsumptie nu daalt met het inkomen, zelfs in absolute termen. Dit heeft te maken met de gemiddeld betere gezondheid van hoger opgeleiden (Zvw) en met het aanbod van voorzieningen dat voor de hogere inkomens minder aantrekkelijk is (AWBZ). Dit weerspiegelt echter niet de preferenties van de hogere inkomens. Alle empirie duidt op een positieve inkomenselasticiteit van de gewenste zorgconsumptie; hogere inkomens zouden gemiddeld meer aan zorg willen uitgeven dan lagere inkomens (Costa-Font et al. 2011). Het collectieve karakter van de zorg brengt dus onvermijdelijk verstoringen in de individuele keuzes te weeg. Wanneer de geboden – uniforme – zorg is afgestemd op de gemiddelde voorkeuren, dan zal deze voor de lagere inkomens te royaal zijn en voor de hoogste inkomens te karig. Deze verstoringen gaan zwaarder wegen naarmate zorg een groter deel van het budget uitmaakt.

Dit is uiteindelijk de werkelijke reden waarom stijgende zorguitgaven het stelsel onder druk kunnen zetten. De toenemende last van deze verstoringen in de zorgconsumptie kan dwingen tot aanpassingen in het verzekeringsstelsel voor de zorg. Het kan dwingen om de verzekeringen meer af te stemmen op de behoeften van de verschillende groepen in de samenleving. Wanneer dat niet gebeurt, dan zal de zorg inderdaad een toenemende verstoring van de economische groei met zich meebrengen omdat lage inkomens gecompenseerd moeten worden voor de meer dan optimale zorgconsumptie die hen wordt opgelegd.

226

4.1 Optimale verzekering is een gedeeltelijke verzekering: geld minder waard bij ziekte

Verzekeren van individuele ('idiosyncratische') schokken levert welvaarts-winst op vanwege de risicoafkeer van individuen. Toch dekken verzekeringen in praktijk meestal minder dan 100% van de schade. Dit is nodig om bovenmatig gebruik (moral hazard) tegen te gaan. De eigen betalingen fungeren als 'remgeld'. Hoe sterker de moral hazard, des te lager de verzekering uit maatschappelijk oogpunt daarom moet zijn. Dit geldt voor iedere verzekering. Bij de langdurige zorg is er ook een andere reden waarom de verzekering beperkt kan zijn. Dit heeft te maken met de samenhang tussen de gezondheidsstatus en de waarde van geld voor de ontvanger. De gezondheid bepaalt niet alleen de behoefte aan zorg, maar is ook van invloed op de voorkeuren voor 'gewone' consumptie en dus op de subjectieve waarde van geld dat voor die consumptie beschikbaar is. In de economische literatuur wordt algemeen aangenomen dat het marginale nut van gewone consumptie daalt als de gezondheid achteruit gaat (Viscusi & Evans 1990; Finkelstein et al. 2008). Voor het extreme geval van dood is het evident dat geld geen waarde meer heeft en dat het ook geen zin heeft om een verzekering af te sluiten om de consumptie van die persoon na zijn dood op peil te houden. Maar ook bij ernstige lichamelijke of geestelijke ziekte of gebreken neemt gemiddeld de

behoefte aan gewone consumptie af. Simpel gesteld, naarmate men gebrekiger wordt, nemen de mogelijkheden om te reizen, te sporten, uit te gaan, auto te rijden etc. af. Het blijkt ook dat de bestedingen aan gewone consumptie (exclusief zorg) gemiddeld lager worden naarmate men ouder wordt. En bij dementie vervallen zelfs alle oude preferenties en gaat het louter nog om goede zorg. Deze covariatie tussen gezondheid en de waarde van geld is een belangrijke factor bij de verzekering van langdurige zorg; bij de curatieve zorg speelt dit waarschijnlijk minder omdat die zorg vooral is gericht op behoud of herstel van de gezondheidstatus. Vanuit welvaartspectief kan het optimale niveau van verzekeren, d.w.z. het aandeel van de kosten dat wordt vergoed, worden uitgedrukt in een eenvoudige formule⁹ (Finkelstein et al. 2009):

Deze formule bevat alle elementen die tot nu toe zijn besproken. De verzekeringsgraad b geeft aan welke fractie van de kosten wordt vergoed. Bij een

$$b^* = 1 - \frac{1}{Z/C} \left(1 - \left(\frac{1 + \varepsilon_{U_c, Z}}{1 + \varepsilon_{Z, b}} \right)^{1/\alpha} \right)$$

verzekeringsgraad van 1 wordt 100% van de kosten vergoed, bij een verzekeringsgraad van 0,5 is dat 50%, etc. De optimale verzekeringsgraad (b^*) neemt volgens de formule toe met de fractie van de zorguitgaven ten opzichte van de overige consumptie (Z/C). Ten tweede daalt de verzekeringsgraad met de mate van moral hazard, die hier is samengevat in de elasticiteit van de zorgconsumptie voor de verzekeringsgraad, $\varepsilon_{Z, b}$. Daar staat tegenover dat een grotere risicoafkeer (α) de optimale verzekeringsgraad weer verhoogt. Het effect van de gezondheidsstatus op het marginale nut van geld, hier weergegeven door de factor $\varepsilon_{U_c, Z}$, heeft een positief effect op de verzekeringsgraad (wij nemen aan dat deze factor negatief is, zodat hij tot een lagere verzekeringsgraad leidt). De zorguitgaven Z worden hier als indicator van de gezondheidsstatus genomen.

Voor plausible waarden van risicoafkeer en moral hazard vinden Finkelstein et al. een optimale verzekeringsgraad van 74% à 87%. Dit is weergegeven in tabel 4 (eerste kolom) onder twee alternatieve veronderstellingen voor de mate van risicoaversie, namelijk 2 en 4. Dit komt overeen met de plausible marge voor risicoafkeer. Interessant is dat deze verzekeringsgraad aanzienlijk daalt wanneer rekening wordt gehouden met het effect van gezondheid op het marginale nut van geld. Een elasticiteit van de marginale

9 In deze benadering wordt een constante verzekeringsgraad verondersteld die onafhankelijk is van de omvang van de schade. Er kunnen ook redenen bestaan om de verzekeringsgraad te laten stijgen met de schadeomvang. Voor kleine schades is verzekeren minder belangrijk dan voor grote schades (Westerhout & Folmer 2012).

waarde van geld voor de gezondheid $\varepsilon_{U_c,Z}$ van -0,10 doet de optimale verzekeringsgraad al dalen met zo'n 10%-punt (tweede kolom).

Uit de formules kunnen ook nog enkele andere belangrijke conclusies worden getrokken. Aannemende dat hogere inkomens naar verwachting minder aan zorg uitgeven in verhouding tot hun inkomen, ligt de optimale verzekeringsgraad voor hen lager dan voor de lage inkomens. Volgens tabel 2 geven de lage inkomens (vmbo) gemiddeld 35% van hun inkomen uit aan zorg (Zvw + AWBZ) en de hoge inkomens (hbo/wo) slechts 11%. Het cijfer van 35% correspondeert met een C/Z waarde van krap 2, namelijk gelijk aan $0,65/0,35$. Dat is lager dan de waarde van 3 die Finkelstein et al. hanteren¹⁰ en levert daarom een hogere verzekeringsgraad op. Deze waarden betekenen dat voor de lage inkomens de optimale verzekeringsgraad weer stijgt tot 73 à 86%, afhankelijk van de mate van risicoafkeer (derde kolom).

Voor de hoogopgeleiden is de in tabel 2 weergegeven zorgconsumptie een onderschatting omdat deze alleen de collectieve gefinancierde zorg betreft. Gaan we ter indicatie uit van het dubbele, dan komt de C/Z factor uit op 4 waardoor de optimale verzekeringsgraad flink daalt, namelijk tot 46 à 72% (vierde kolom).

228

Tabel 4: Optimale verzekeringsgraad bij alternatieve veronderstellingen

	$C/Z=3, \varepsilon_{U_c,Z}=0$	$C/Z=3, \varepsilon_{U_c,Z}=-0,1$	$C/Z=2, \varepsilon_{U_c,Z}=-0,1$	$C/Z=4, \varepsilon_{U_c,Z}=-0,1$
$\alpha=2$	0,74	0,60	0,73	0,46
$\alpha=4$	0,87	0,79	0,86	0,72

Dit zijn nuttige illustratieve berekeningen. Over de te hanteren parameters bestaat grote onzekerheid, met name wat betreft de moral hazard en de covariatie tussen gezondheid en de marginale waarde van geld. Deze berekeningen geven echter wel inzicht in de onderliggende factoren die van belang zijn bij de vormgeving van de verzekering voor de langdurige zorg. Finkelstein et al (2008) geven ook een empirische invulling aan het model. Op basis daarvan concluderen zij dat de optimale verzekeringsgraad met wel 20 tot 45%-punt daalt wanneer rekening gehouden wordt met de positieve covariantie tussen gezondheid en de marginale waarde van geld.

4.2 Kenmerken van de ouderenzorg in Nederland

Het huidige stelsel van ouderenzorg in Nederland is ingericht als basisvoorziening, vooral gericht op de lagere inkomens. De verzekerde zorg wordt grotendeels verstrekt in natura. Daarnaast spelen uitkeringen in geld – vooral persoonsgebonden budgetten (pgb) – een zekere rol. Door de nadruk op ver-

¹⁰ Finkelstein et al nemen C/Z gelijk aan 3 en voor de moral hazard parameter $\varepsilon_{z,b}$ een waarde van 0,2.

strekking in natura is het stelsel in belangrijke mate *self targeting*. Het richt zich op de groepen die echt zorg nodig hebben en voor wie er geen aantrekkelijk alternatief bestaat. Dit zet een rem op onnodig gebruik en de zorg spitst zich via zelfselectie ook automatisch toe op de lagere inkomens. Voor hogere inkomens is de geboden zorg vaak minder aantrekkelijk. Zij kiezen er vaak voor om hun zorg buiten het stelsel om te regelen ('opting out'). Het gemiddelde gebruik van de collectieve voorzieningen door de hoger opgeleiden is slechts 500 euro (gemiddeld over de levenscyclus); voor de lagere opgeleiden (vmbo) is dat 1100 euro.

Dit 'in natura'-stelsel past in de Nederlandse traditie waarin de ouderenzorg in hoge mate is geïnstitutionaliseerd. Opvallend in Nederland is daarbij het grote aandeel van intramurale zorg in verzorgingshuizen en verpleeghuizen, namelijk 3/4 van de totale kosten (tabel 5). De totale kosten voor intramurale zorg over de hele levensloop bedragen gemiddeld bijna 50.000 euro voor mannen en 90.000 voor vrouwen, dat is gemiddeld 575 respectievelijk 1.300 euro per jaar. Voor extramurale zorg komen de kosten uit op 11.000 euro voor mannen en 28.000 euro voor vrouwen, dus omgerekend 130 en 320 euro per jaar. Net als in de curatieve zorg zijn de kosten van de langdurige zorg in het afgelopen decennium snel opgelopen. Dit hangt samen met de beleidsomslag rond 2000 toen de nadruk werd gelegd op het wegwerken van wachtlijsten en verbetering van de kwaliteit. Ook de invoering van pgb's en verruiming van indicaties hebben aan de extra groei bijgedragen.

Tabel 5: Kosten voor langdurige zorg over de levensloop, mannen en vrouwen

Mannen (N=10.000)	Extramuraal	Intramuraal	Totaal
Leeftijd			78,4
Kosten over levensloop	11.105	37.588	48.964
Gemiddeld per jaar	131	443	574
Vrouwen (N=10.000)	Extramuraal	Intramuraal	Totaal
Leeftijd			82,6
Kosten over levensloop	28.354	90.597	118.951
Gemiddeld per jaar	322	1.020	1.342
Centraal Planbureau			

Bron: Eigen berekeningen op basis van Wong (2011).

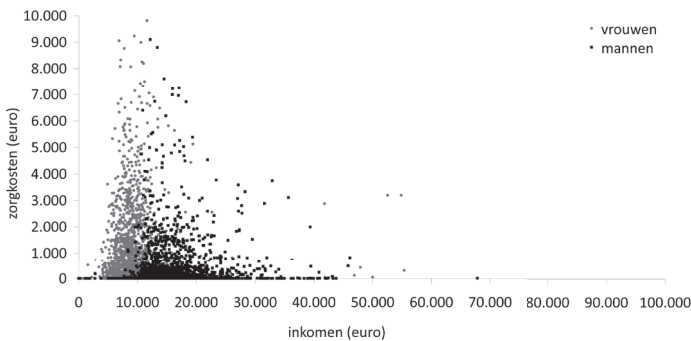
De zorgkosten vertonen aanzienlijke verschillen per individu. Het is dus niet zo dat iedereen op zijn of haar oude dag kan rekenen op vergelijkbare kosten voor verzorging en verpleging. Figuur 2 geeft een indruk van de verdeling van de kosten voor langdurige zorg, hier afgezet tegen het inkomen. Dit betreft alleen de ouderenzorg; de gehandicaptenzorg is in de cijfers buiten beschouwing gelaten. Voor verreweg de meeste personen zijn de kosten over

de levensloop beperkt. De mediaan (over mannen en vrouwen samen) ligt bij 142 euro per jaar, dus ongeveer 11.000 euro gecumuleerd over de levensloop. Dat wil zeggen dat 50% van de bevolking lagere kosten heeft dan dit bedrag. Voor 30% van de bevolking blijven de kosten voor langdurige zorg zelfs onder de 1.000 euro in totaal, dus 13 euro per jaar. De verdeling is echter zeer scheef naar boven. De kans op zorgkosten groter dan 100.000 euro over de totale de levenscyclus bedraagt 17,5%.¹¹ Ter indicatie, opname in een verpleegtehuis kost gemiddeld 60.000 euro per jaar; een bedrag van 100.000 euro komt dus overeen met bijna twee jaar opname in een verpleeginstelling. Dit is een bedrag dat ook voor hogere inkomens waard is om te verzekeren, zeker wanneer men al ouder is en de kosten nog maar over een beperkte tijdshorizon kan uitsmeren. Kenmerkend voor de kosten van langdurige zorg is dat ze niet alleen onzeker zijn, maar ook aan het eind van het leven geconcentreerd. Dat maakt verzekeren van deze kosten noodzakelijk.

In figuur 2 valt ook op dat veel kosten worden gemaakt door de lagere inkomens. Hierbij speelt mee dat hogere inkomens minder gebruik maken van de collectieve zorg, omdat deze minder aantrekkelijk voor hen is. Daarnaast gaan een laag inkomen en hoge zorgkosten vaak samen omdat beide het gevolg zijn van een slechte gezondheid. En ten slotte hebben vrouwen gemiddeld een lager levensloopinkomen en hogere zorgkosten dan mannen.

230

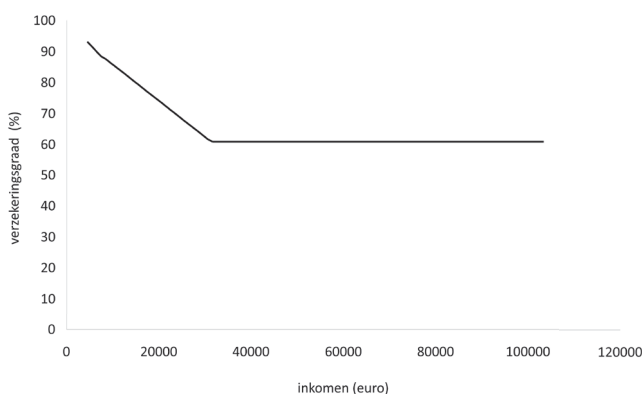
Correlatie gemiddeld jaarlijks inkomen en gemiddelde jaarlijkse zorguitgaven



Figuur 2: Spreiding in Individuele zorguitgaven (beroep op collectieve regelingen) en inkomen, gemiddeld in euro's per jaar over de levenscyclus

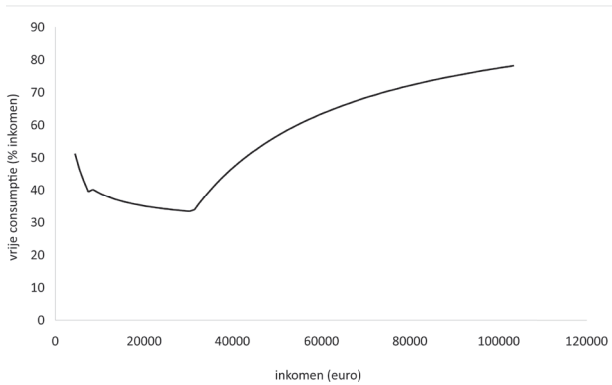
¹¹ Figuur 2 geeft de kansverdeling weer in gemiddelden per jaar, gerekend met de totale levensverwachting (gemiddeld 80 jaar). Kosten van 100.000 euro over de levenscyclus corresponderen daarom met jaarlijks gemiddelde kosten van circa 1250 euro. Slechts 17,5% van de waarnemingen (punten in de grafiek) ligt boven deze grens.

De regeling voor eigen betalingen in de langdurige zorg is complex. Voor de intramurale zorg, waar in praktijk vooral alleenstaanden gebruik van maken, omvatten de eigen betalingen voor de meesten het gehele inkomen minus een bedrag dat als 'zakgeld' mag worden behouden. Voor de hogere inkomens is de maximale bijdrage afhankelijk van het inkomen tot een bovengrens – voor alleenstaanden – voor de bijdrage van circa 25.000 euro per jaar. Ter vergelijking, de kosten van een intramurale zorg voor de zwaarste gevallen bedragen ongeveer 90.000 euro per jaar; gemiddeld bedragen de kosten voor intramurale zorg 60.000. Voor de lage inkomens is de netto bijdrage (bijdrage minus zakgeld) klein in verhouding tot de gemiddelde kosten in geval van opname in een AWBZ-instelling. De verzekeringsgraad – d.w.z. het percentage van de zorguitgaven dat wordt vergoed door de AWBZ – ligt in de orde van grootte van 80 á 90% (figuur 3) voor de laagste inkomens. Voor hogere inkomens neemt de eigen bijdrage toe, waardoor de verzekeringsgraad daalt. Omdat de bijdrage is gemaximeerd op circa 25.000 euro, stabiliseert de verzekeringsgraad op circa 60% voor de hoge inkomens. Uit het oogpunt van moral hazard is dit redelijk, omdat niet verwacht mag worden dat – met name de hoge – inkomens onnodig gebruik maken van deze zorg. Vanuit consumptieoogpunt lijkt de verzekeringsgraad hoog. Dit kan worden toegelicht aan de hand van figuur 4 die het inkomen weergeeft dat resteert na aftrek van de bijdrage voor de zorg. Aanvankelijk daalt dit percentage met het inkomen, omdat het inkomen stijgt terwijl het zakgeld constant is. Voorbij de grens waarbij de eigen bijdrage het maximum bereikt, neemt de ruimte voor overige consumptie weer toe. Dit lijkt niet optimaal wanneer de behoefte aan vrije consumptie bij opname in een AWBZ-instelling grotendeels wegvalt. De hoge inkomens zouden daarom beter af zijn met een lagere verzekeringsgraad en een daarbij passende lagere premie.



Figuur 3: Verzekeringsgraad (%) naar inkomen voor intramurale zorg¹²

¹² Berekend voor alleenstaanden ouder dan 65 jaar. Het inkomen is het besteedbaar inkomen na aftrek van belastingen en ziektekostenpremies.



Figuur 4 Ruimte voor vrije consumptie bij opname in AWBZ-instelling (% van beschikbaar inkomen)¹³

232

Deze conclusie moet echter worden genuanceerd wanneer wij ook rekening houden met de wens om een erfenis na te laten. Het ligt niet voor de hand dat die wens afneemt bij langdurige zorg. In dat geval zou een hogere eigen bijdrage moeten opwegen tegen de wegvallende eigen consumptie zodat per saldo het beschikbare vermogen voor de erfenis ongemoeid wordt gelaten. Dit pleit voor minder snel oplopende eigen bijdragen.¹⁴

Vanaf volgend jaar wordt in Nederland bij de berekening van de eigen bijdragen ook rekening gehouden met het vermogen zoals gemeten in box 3. En er circuleren diverse voorstellen om deze vermogenscomponent verder te verhogen. Het vermogen van de eigen woning wordt hier meestal buiten gehouden, omdat dit minder liquide is. Er is veel voor te zeggen om inkomen uit vermogen op gelijke voet te behandelen met inkomen uit pensioenen – en eigen woning – door een forfaitair inkomen aan het vermogen toe te rekenen. Om precies te zijn, idealiter zou – naar analogie met pensioenen – de annuïteit van het voor consumptie bestemde vermogen bij het inkomen moeten worden opgeteld. Dit past in een neutrale behandeling van pensioeninkomen en vermogensinkomen. Voor vermogensheffingen die daarboven uitgaan, zijn de argumenten minder sterk; het is moeilijk te motiveren dat erfgenamen van personen die langdurige zorg nodig hebben, slechter af zouden zijn dan erfgenamen van mensen die het geluk hebben geen beroep te hoeven doen op verzekerde ouderenzorg.

¹³ Berekend voor alleenstaanden ouder dan 65 jaar. Het inkomen is het besteedbaar inkomen na aftrek van belastingen en ziektekostenpremies.

¹⁴ Wij laten hier strategische motieven rond erfenissen buiten beschouwing. Het vooruitzicht van een erfenis kan een prikkel zijn voor de kinderen om meer zorg zelf te leveren (Bernheim et al. 1985).

Voor de extramurale ouderenzorg liggen de eigen bijdragen gemiddeld op een lager niveau. In beginsel wordt hier een bedrag in rekening gebracht volgens een – niet kostendekkend – uurtarief tot een zeker maximum per maand, dat afhankelijk is van het inkomen. Bij een laag inkomen of bijzondere omstandigheden is een lagere bijdrage mogelijk. Waar bij intramurale zorg rekening wordt gehouden met het gegeven dat de waarde van vrije consumptie afneemt bij ziekte, lijkt hier bij de verzekering van extramurale zorg aan voorbij te worden gegaan.

4.3 Lessen voor de AWBZ

Uit de voorgaande analyse kunnen een paar conclusies worden getrokken met betrekking tot de AWBZ.

1. Verzekeren levert welvaartswinst op

Omdat de kosten van de langdurige zorg erg ongelijk verdeeld zijn over individuen en geconcentreerd zijn aan het eind van het leven, is verzekeren van belang uit oogpunt van welvaart. De stelling dat iedereen op zijn oude dag met vergelijkbare zorgkosten wordt geconfronteerd en er daarom zelf voor kan sparen, is onjuist. Maar de verzekering moet zich wel richten op de schades die groot zijn in verhouding tot het inkomen. Het ligt daarom voor de hand dat de verzekeringsgraad voor de lage inkomens hoger is dan voor de hoge inkomens. Dit is een argument voor inkomensafhankelijke eigen betalingen in de langdurige zorg (en de Zvw) en een kleiner pakket voor de hogere inkomens. Voor de hoge inkomens kan de verzekering zich beperken tot de grote schades, bijvoorbeeld het risico van intensieve verpleegzorg voor enkele jaren. Deze verzekering moet niet worden ongedaan gemaakt door een te sterke toets op het vermogen. Een dergelijk stelsel zou bijvoorbeeld vormgegeven kunnen worden door een – naar inkomen gedifferentieerde – verzekering voor grote schades voor allen naast een basisvoorziening in natura voor de kleinere schades gericht op vooral de lage inkomens

2. Hogere eigen betalingen zijn optimaal omdat de waarde van geld afneemt bij slechte gezondheid

Juist bij de langdurige zorg – meer dan bij de curatieve zorg – moet rekening gehouden worden met het effect van de gezondheidsstatus op de marginale waarde van geld. Zorg komt daardoor vaak in de plaats van gewone consumptie. Het is dan niet nodig om de kosten van de zorg volledig te verzekeren. Simpel gezegd, de rollator komt in plaats van de fiets, de huishoudelijke ondersteuning in plaats van de reizen en de auto. In extreme gevallen van intramurale verpleegzorg vervalt de overige consumptie vaak volledig. Dit is een reden voor lagere verzekeringsgraden bij de langdurige zorg. Bij de intramurale zorg wordt hier al rekening mee gehouden (vooral voor de wooncomponent), bij de extramurale zorg krijgt dit argument onvoldoende aandacht.

Zou men dat wel doen, dan ligt het voor de hand om de kosten voor extramurale zorg tot een bepaalde grens volledig voor eigen rekening te brengen. Voor hoge inkomens kan deze grens hoger liggen dan voor lage inkomens.

In theorie is het ook mogelijk om te differentiëren naar type zorg of soort ziekte; zo vinden Finkelstein et al. (2008) dat longziekten de waarde van geld meer doen dalen dan bijvoorbeeld hartziekten. Er zijn ook gevallen denkbaar waarin de marginale waarde van geld juist stijgt, bijvoorbeeld wanneer meer gereisd moet worden met de taxi in plaats van met de fiets, maar dit lijken toch uitzonderingen. In praktijk zal differentiatie de indicatiestelling nog ingewikkelder maken, vooral omdat er vaak sprake is van comorbiditeit.

3. Lagere verzekeringsgraad voor moeilijk indiceerbare zorg

De optimale verzekeringsgraad is zeer gevoelig voor de elasticiteit die het ongewenste gedrag (moral hazard) weergeeft. En stijging van deze elasticiteit van 0,2 – die aan tabel 3 ten grondslag ligt – naar bijvoorbeeld 0,4 leidt in de bovenstaande formule tot een daling van de verzekeringsgraad met 10 tot 20%-punten. Dat indicatie moeilijk is, blijkt ook uit het feit dat de huidige CIZ-indicaties maar voor gemiddeld 50% wordt gebruikt (ActiZ, 2011). Het CIZ is het centrum indicatiestelling zorg dat de indicaties voor de AWBZ verzorgt. Indicatie is vooral moeilijk bij tijdelijke behoefte aan ondersteuning en zorg, die sterk afhankelijk is van de subjectieve factoren en de beschikbaarheid van mantelzorg. De CIZ-indicatie fungeert daarom vaak als bovengrens; de werkelijk verleende zorg door de zorgaanbieders blijft daar meestal onder. Voor veel elementen uit de AWBZ-zorg zijn daarom ook vanuit dit oogpunt hoge eigen betalingen optimaal. In dit geval als ‘remgeld’ voor het gebruik van de regeling. Dat geldt niet voor de goed objectieveerbare, ‘harde’ schades, zoals blijvende noodzakelijke verpleegzorg, hoewel ook daar de grens tussen verschillen in zorgzwaarte soms moeilijk te trekken is.

In theorie is ook een verzekering denkbaar waarin niet langer de werkelijke zorguitgaven wordt vergoed, maar waarin vaste geldbedragen worden uitbetaald bij het ontstaan van objectieveerbare gebreken, zoals de mate van fysieke en cognitieve beperkingen.¹⁵ Dit stelsel is eenvoudiger en daardoor wellicht robuuster omdat de verzekering lost staat van de feitelijke kosten van verzorging. Het veronderstelt echter wel dat die gebreken inderdaad zijn te objectiveren zijn en dat simulieren van kwalen uitgesloten is.

4. Pgb's of vouchers kunnen een waardevolle aanvulling zijn maar wel met extra lage verzekeringsgraad

Persoonsgebonden budgetten kunnen een waardevolle aanvulling vormen op de verstrekking van zorg in natura. Het bevordert de efficiëntie en maakt

¹⁵ Deze aanpak is restrictiever dan de huidige pgb's die immers nog afgeleid zijn van de werkelijke – normatieve – zorgkosten.

de verzekering ook voor de hogere inkomens, voor wie de ‘in natura’ zorg minder aantrekkelijk is, mogelijk. Het risico van ongewenst gedrag is hier echter aanzienlijk groter, bij pgb’s nog meer dan bij vouchers¹⁶. Geld is immers altijd welkom, terwijl zorg in natura alleen aantrekkelijk is als men werkelijk behoefte aan zorg heeft. Het is geen toeval dat de CIZ-indicaties voor pgb’s wel altijd voor 100% worden opgebruikt, terwijl die voor in natura zorg maar voor 50% worden benut (ActiZ 2011). Niet alleen moeten daarom hogere eisen worden gesteld aan de indicatiestelling, maar ook ligt het voor de hand om een – substantieel – lagere verzekeringsgraad te hanteren, lager nog dan de 70% die gemiddeld op dit moment wordt gehanteerd. In de eerste plaats vanwege de sterkere moral hazard, en ten tweede ook omdat pgb’s extra aantrekkelijk zijn omdat ze anders dan de zorg in natura ‘topping up’ toelaat.

Een alternatief zou kunnen zijn om differentiatie in verzekeringen toe te laten voor hoge en lage inkomens, waarbij vanzelfsprekend ook de premie zal verschillen. Een vorm van collectiviteit is hierbij noodzakelijk, ook voor de hogere inkomens, omdat particuliere markten hier – vanwege adverse selection en moeilijke contracteerbaarheid – niet van de grond komen. Adverse selection is een probleem dat met name de slechte risico’s zich willen verzekeren; dat drijft de prijs van de verzekering op waardoor het voor betere risico’s niet meer aantrekkelijk is om zich te verzekeren. Een verplichte verzekering op groepsniveau biedt hiervoor een remedie en is per saldo welvaartsverhogend voor allen. Moeilijke contracteerbaarheid is een belemmering, omdat de verzekering lang tevoren moet worden afgesloten wanneer er weinig zicht is op de ontwikkeling van de criteria voor indicatie en op de prijs van de benodigde zorg.

5. Zorgsparen geen alternatief voor verzekeren

De voorgaande analyse komt uit op behoud van het verzekeringskarakter van de AWBZ en mogelijk zelfs op versterking ervan voor de hoge inkomens. Althans voor de goed indiceerbare zorg – dus verpleegzorg meer dan verzorging e.d. – en met substantiële eigen bijdragen. Voor de hoge inkomens gaat het met name om de hoge risico’s, bijvoorbeeld langdurige intensieve en hoogwaardige verpleegzorg. Verzekeren kan dus niet worden vervangen door zorgsparen.

Er bestaan verschillende interpretaties van zorgsparen. De eerste is dat oudere generaties rekening moeten houden met hogere lasten in de toekomst vanwege de vergrijzing en daarom nu extra moeten sparen. Dit kan gebeuren wanneer bijvoorbeeld de AWBZ-premies leeftijdsspecifiek worden gemaakt en de lasten van de oudere cohorten gaan stijgen (zie sectie 2 hiervoor). Dit argument is echter niet overtuigend. Zolang de stijgende – gemid-

¹⁶ Bij vouchers wordt getoetst of het geld werkelijk aan – gecertificeerde – zorg wordt besteed.

delde – zorgconsumptie overeenkomt met de voorkeuren van de consumenten, dan komt de extra zorg in plaats van overige consumptie. Het is dan niet nodig om extra te sparen om de overige consumptie op peil te houden; de totale consumptie (inclusief zorg) blijft op peil, alleen de samenstelling ervan verandert. Het is dus ook niet nodig om extra in te teren op het vermogen, of – zoals wel wordt gesteld – om het eigen huis op te eten.

Een diepere argumentatie voor zorgsparen is te vinden bij Bovenberg et al. (2011). In hun filosofie is een spaarverplichting complementair aan het verlagen van de verzekeringsgraad in de langdurige zorg, wat nodig is om moral hazard te bestrijden. Een systeem met gedwongen besparingen kan dan helpen om te voorkomen dat met name lagere inkomens bij (tijdelijk) slechtere gezondheid in liquiditeitsproblemen komen en daardoor onnodig welvaartsverlies lijden. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat deze individuen niet zelf voor voldoende buffer zorgen. Voor de hoge inkomens is extra sparen minder belangrijk; voor hen gaat het er vooral om dat het vermogen makkelijker liquide wordt gemaakt, met name het pensioenvermogen en hun eigen woningbezit. De zwakte van dit voorstel zit in de praktische uitvoering: iemand moet gaan beoordelen wanneer het ‘spaarsaldo’ wel en wanneer niet wordt opgenomen; zonder een dergelijke toets heeft een systeem van gedwongen sparen weinig meerwaarde. Het stelsel is daardoor administratief bewerkelijk en ook wel een beetje paternalistisch. Bovendien geldt ook hier dat sparen minder noodzakelijk is bij een positieve covariantie tussen gezondheid en de waarde van geld. Finkelstein et al. berekenen dat de besparingen met 4% kunnen dalen wanneer rekening wordt gehouden met deze factor. Dat neemt niet weg dat er in het algemeen veel te zeggen is voor het meer liquide maken van pensioen en woningbezit, maar dan niet specifiek om schokken in zorguitgaven op te vangen maar ook voor andere uitgaven die variëren in de tijd.

236

5 Is langdurige zorg uit te voeren door verzekeraars?¹⁷

Particuliere markten voor langdurige zorg zijn slecht ontwikkeld. Dat zou kunnen duiden op een geringe behoefte om te verzekeren, maar dat is niet waarschijnlijk. De werkelijke reden is dat het een ingewikkelde verzekeringsmarkt is. In de eerste plaats gaat het om langetermijncontracten. Dat vereist dat premies voor een lange tijd aan verzekeraars moeten worden toevertrouwd. Daarnaast kan adverse selection een rol spelen. De doorslaggevende reden voor het falen van een particuliere verzekeringsmarkt voor langdurige zorg lijkt echter de slechte objectiveerbaarheid van de schade te zijn. Een stelsel dat de kosten van de zorg – en niet het gebrek zelf – verzekert, vereist dat lang tevoren een uitspraak wordt gedaan over de gepaste kosten van zorg. Dit is moeilijk in een wereld waarin de kwaliteit en de kosten van de zorg

¹⁷ Deze sectie is in belangrijke mate gebaseerd op Besseling et al. (2012).

voortdurend in ontwikkeling zijn en waarin sociale normen een belangrijke rol spelen. Een stelsel waarin een bepaald geldbedrag wordt uitgekeerd op basis van heldere objectieve criteria, maakt meer kans, zolang het niet om grote bedragen gaat (vanwege moral hazard). In dat opzicht kan het stelsel in Duitsland, waar een beperkt geldbedrag wordt uitbetaald op basis van enkele eenvoudige criteria voor de gezondheidsstatus, als voorbeeld dienen. Het is echter wel een karig stelsel met een zeer lage verzekeringsgraad.

De slechte contracteerbaarheid van de zorgverzekering maakt dat in veel landen de zorg is georganiseerd als een sociale voorziening en geen onderdeel uitmaakt van de sociale verzekeringen. In Nederland geldt de AWBZ officieel als verzekering, maar lijkt de uitvoering – via de zorgkantoren – in de praktijk sterk op een sociale voorziening. Het is daarom opvallend dat door het kabinet Rutte is besloten om een andere weg in te slaan en de uitvoering van de ouderenzorg in de AWBZ over te hevelen naar de particuliere verzekeraars, waarmee het verzekeringskarakter van de AWBZ zal worden versterkt. Dit lijkt aantrekkelijk omdat de langdurige zorg voor ouderen en de ziektekostenverzekering dan in handen van één instantie komen. Dat draagt bij aan de transparantie van het systeem voor de consumenten omdat de verzekeraar het aanspreekpunt wordt voor de zorg. Ook kan het bijdragen aan zakelijke uitvoering van de langdurige zorg. Van verzekeraars wordt verwacht dat zij efficiënt zorg inkopen, beter dan de huidige zorgkantoren dat doen, mede omdat zij kunnen zorgen voor een betere samenhang tussen cure en care. Maar vanuit verzekeringsoogpunt zijn er de nodige vragen te stellen bij deze oplossing (zie ook Besseling et al. 2012). Vooral is het de vraag of verzekeraars wel voldoende prikkel hebben om de schadelast te beperken en moral hazard tegen te gaan.

De prikkel tot efficiënte voor verzekeraars wordt bepaald door de mate waarin zij risicodragend zijn voor de schades van hun verzekerden. Daarbij is het nuttig om onderscheid te maken tussen twee vormen van risicodragendheid, namelijk volledige risicodragendheid en partiële risicodragendheid. In het eerste geval wordt de gehele schade door de verzekeraar voor zijn rekening genomen, in het tweede geval alleen de kosten gedurende een korte periode, bijvoorbeeld een jaar. In het eerste geval is het schaderisico voor de verzekeraar het belangrijkste, in het tweede geval het kostenrisico van de zorginkoop.

5.1 Volledige risicodragendheid

Volledige risicodragendheid betekent dat alle kosten die ontstaan op het moment dat een verzekerde voor zorg wordt geïndiceerd, voor rekening van de verzekeraar komen. De schade is gelijk aan de netto contante waarde van de verwachte kosten over alle jaren. Het is te vergelijken met een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering. Dan moet de verzekeraar bij het ontstaan van arbeidsongeschiktheid een vergoeding betalen gedurende de hele

periode dat de verzekerde niet zal kunnen werken. Deze vorm van verzekeren heeft het grote voordeel dat de verzekeraar vanwege het hoge schaderisico een stevige prikkel heeft om te voorkomen dat een verzekerde zorgbehoefstig wordt en om toe te zien op een goede indicatiestelling. Ook heeft de verzekeraar een goede prikkel om de zorg efficiënt in te kopen. De mogelijkheid voor consumenten om van verzekeraar te wisselen, houdt de verzekeraars scherp en zorgt voor efficiënte uitvoering.

Zo'n model van verzekeren van de langdurige zorg staat echter op gespannen voet met een stelsel waarbij de zorg in natura wordt verstrekt. Omdat zorgnormen en technologie veranderen in de tijd, is het niet goed mogelijk om de schadevergoeding over een lange tijdshorizon vast te leggen. Een ander probleem is dat de zorgkosten vaak niet duidelijk te herleiden zijn tot één moment van schade. De zorg van een patiënt past zich voortdurend aan bij wijzigingen in de gezondheidsstatus. Daardoor is het ook niet mogelijk om de schade eenduidig aan een verzekeraar toe te wijzen (zie ook Schut & Van de Ven 2010). Als iemand die al zorg nodig heeft, bijvoorbeeld verpleegzorg thuis, van verzekeraar wisselt en vervolgens extra zorg behoeft, bijvoorbeeld opname in een verzorgingshuis, dan is moeilijk te bepalen welke verzekeraar voor welk deel van de kosten aansprakelijk is. Uitkeringen in geld, zoals het pgb, zijn makkelijker meerjarig te verzekeren, omdat de hoogte van de uitkeringen vast ligt, of op een vooraf afgesproken manier wordt geïndexeerd.

Een volgend probleem is dat volledige risicodragendheid hoge eisen stelt aan het systeem van ex-ante risicoverevening. Ook als verzekeraars net als in de Zvw een acceptatieplicht krijgen opgelegd, kunnen zij meer impliciete methoden van risicoselectie toepassen. Een afdoend systeem van ex-ante risicoverevening moet dat voorkomen. Maar om zo iets te construeren is verre van eenvoudig; voor de langdurige zorg nog meer dan voor de curatieve zorg vanwege de moeilijker indicatiestelling en de vaak lange duur van de zorg. De prikkel tot risicoselectie blijft bestaan zolang er onvolkomenheden zitten in de verevening.¹⁸

Samengevat lijkt invoering van een stelsel met volledige risicodragendheid in de Nederlandse context praktisch uitgesloten.

5.2 Partiële risicodragendheid

Een lichtere vorm van risicodragendheid waarbij alleen het kostenrisico van de inkoop van zorg volledig bij verzekeraars wordt gelegd, lijkt meer kan-

¹⁸ Daarnaast zullen verzekeraars buffers moeten opbouwen om deze langdurige zorgrisico's voor hun rekening te kunnen nemen. Bij een jaarlijks niveau van uitkeringen van 15 mld euro en een gemiddelde uitkeringsduur van 3 jaar schatten wij deze retdedekingsreserve conservatief in op niet minder dan 30 mld euro.

sen te bieden. Hierbij neemt de verzekeraar alleen de lopende kosten in een beperkte periode, bijvoorbeeld een jaar, voor zijn rekening. In zo'n stelsel behouden verzekeraars de prikkel om zorg scherp in te kopen. De prikkel om schadelast te voorkomen – door preventie en scherpe claimbeoordeling – valt echter grotendeels weg omdat de verzekeraar alleen nog maar aansprakelijk is voor de schadelast in het lopende jaar en niet meer voor de jaren daarna. De verzekeraars spelen nu vooral een rol als zorginkoper. De rol van verzekeraar wordt overgenomen door het collectieve systeem van risicoverevening.

De risicoverevening kan op twee manieren worden georganiseerd. Ten eerste net als bij de Zvw waarbij de gelden verdeeld worden op basis van kenmerken van de populatie; de indicatiestelling is dan de verantwoordelijkheid van de verzekeraars zelf. In een tweede systeem wordt de indicatiestelling collectief georganiseerd – via het Centrum Indiciestelling Zorg (CIZ) – en worden de gelden verdeeld op basis van die indicaties bijvoorbeeld in termen van zorgzwaartepakketten en een daaraan gekoppelde vergoeding. Het tweede systeem biedt betere garanties voor homogene zorg en sluit daarom beter aan bij de bestaande praktijk. Het leidt echter tot verkeerde prikkels voor verzekeraars. Het wordt voor hen aantrekkelijk om bij het CIZ aan te dringen op zo hoog mogelijke indicaties. Belangen van klant en verzekeraar lopen hier parallel. Dit levert immers een hogere normvergoeding op. Het eerste systeem waarbij de verdeling plaats vindt op basis van populatiekenmerken, biedt betere prikkels voor de indicatie. Dit systeem is echter zeer gevoelig voor selectie door verzekeraars; het is vergelijkbaar met het verzekeren van brandende huizen. Omdat de schade vaak al bestaat op het moment dat het contract ingaat, zullen verzekeraars zich maximaal inspannen – binnen de formele grenzen – om bestaande schadegevallen buiten de deur te houden en naar concurrenten te schuiven.

6 Conclusies

In deze bijdrage heb ik getracht zinnige en minder zinnige opvattingen over de langdurige zorg te scheiden. Een belangrijke uitkomst is dat stijgende uitgaven in de langdurige zorg géén vergrijzingsprobleem vormen en ook geen verstikkend effect hebben op de economische groei. Dat wil zeggen als je de financiering ervan goed regelt. Het gaat hier in beide gevallen om verdelingsproblemen – tussen, respectievelijk binnen generaties – die kunnen worden opgelost door de lasten van de uitgavenstijging te leggen bij dezelfde groepen die van de hogere zorguitgaven profiteren. Voor de AWBZ zou dat de invoering van leeftijdspecifieke premies vereisen, die per leeftijdscohort variëren met de ontwikkeling in het profijt. De premiestijging wordt dan per leeftijdscohort actuariael fair. Dit heeft ook als voordeel dat de hoogte van de zorguitgaven geen – politiek – instrument meer is in de verdeling tussen generaties.

Hetzelfde principe zou ook kunnen worden toegepast op de premies voor hoge en lage inkomens. Wanneer de premies voor iedere inkomensgroep

stijgen in lijn met het profijt, dan hoeft de uitgavenstijging geen verstorende effecten op de economie te hebben. Dit is echter moeilijker te realiseren omdat de zorg dan goed moet aansluiten bij de – uiteenlopende – voorkeuren van iedere inkomensgroep.

Het werkelijke probleem van de langdurige zorg is een verzekeringsprobleem. Hier komen wij uit op twee conclusies die zich ongemakkelijk tot elkaar verhouden. In de eerste plaats is het belangrijk om het verzekeringskarakter- voor de grote schades – in de langdurige zorg te behouden en soms zelfs te versterken. Tegelijkertijd zitten er aan uitvoerbaarheid van die verzekering vele haken en ogen. Verzekeren is nodig omdat de kosten van langdurige zorg op individueel niveau in hoge mate onvoorspelbaar zijn. Voor de meesten zijn de kosten zeer beperkt en vallen ze weg tegen de lagere behoefte aan ‘gewone’ consumptie wanneer de zorg nodig is. Maar als je pech hebt en jaren van intensieve zorg nodig hebt, dan gaan de kosten het gemiddelde gezinsbudget ver te boven. Sparen is voor deze grote schades geen alternatief. Verzekeren levert aanzienlijke welvaartswinst op.

Tegelijkertijd is de uitvoering van het verzekeren van langdurige zorg complex. In de eerste plaats omdat de gezondheidsschade moeilijk objectiveerbaar is, en in de tweede plaats omdat de daaraan verbonden kosten al even moeilijk over een langere tijdshorizon zijn vast te leggen. De kosten variëren sterk in de tijd onder invloed van technologische en sociale veranderingen. Zo is het ondoenlijk om nu te bepalen voor welk bedrag iemand zich moet verzekeren voor het geval hij of zij bijvoorbeeld in 2030 de ziekte van Alzheimer krijgt; wellicht is er dan een geneesmiddel dat de kosten minimaliseert. Particuliere verzekeringsmarkten komen daardoor niet van de grond en een collectieve oplossing is geboden. Diezelfde problemen met de objectiveerbaarheid betekenen ook dat de verzekering zich moet beperken tot de goed indiceerbare zorg. Verstrekking ‘in natura’ helpt om het gebruik af te remmen, vooral als de geboden kwaliteit voor velen niet aansluit bij de voorkeuren, met name de hogere inkomens. Vasthouden aan uniforme zorg in natura is voor de toekomst geen erg aantrekkelijk vooruitzicht wanneer consumenten kritisch zijn op de zorg die bij hun situatie en hun inkomen past. Ontwikkeling in de richting van verzekering in de vorm van geld (pbg) of vouchers naast of in plaats van het huidige stelsel is daarom aantrekkelijker, maar vereist harde indicatie en lagere verzekeringsgraden.

Literatuur

- ActiZ, 2011, Achtergrondrapportage Benchmark in de Zorg, Utrecht.
- Bernheim, B.D.; Shleifer, A., Summers L.H., (1985), “The Strategic Bequest Motive”, *Journal of Political Economy* 93, 1045-1076.
- Besseling, P., C van Ewijk, W. Elsenburg, 2011, Risicodragende uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars verhoogt de kosten, *Me judice* 22 mei 2011.

- Bovenberg, A. L & C. van Ewijk, 2012, Designing the pension system: Conceptual framework, in Bovenberg, A.L., C. van Ewijk, E. Westerhout (eds.), *The future of multi-pillar pensions*, Cambridge University Press, Cambridge, 142-186.
- Bovenberg, A.L., Koelewijn, W., & Kortleve, N., 2011, Naar een dynamisch pensioen. *Economisch Statistische Berichten*, 96(4618), 542-545.
- Costa-Font, J., M. Gemmil en G. Rupert, 2011, Biases in the healthcare a luxury good hypothesis?: a meta-regression analysis. *Journal of the Royal Statistical Society* 174, 95-107.
- CPB, 2012, *Economische verkenning 2013-2017*, CPB.
- European Commission, Economic and Financial Affairs, 2009, *Sustainability Report 2009*, Brussel.
- Finkelstein, A., E. Luttmer, M. Notowidigdo, 2008, What is good wealth without health? The effect of health in the marginal utility of consumption, Working Paper 14089, NBER.
- Horst, A. van der., L. Bettendorf, N. Draper, C. van Ewijk, R. de Mooij, H. ter Rele, 2010, *Vergrijzing verdeeld: Toekomst van de Nederlandse overheidsfinanciën*. CPB, Den Haag.
- Horst, A. van der, F. van Erp, J. de Jong, 2011, *Omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg*, Achtergronddocument, CPB.
- Jacobs, B., R. de Mooij, A. Armstrong, 2009, *De prijs van de overheid*, CPB Document 189, CPB.
- OECD. 2011, *Health at a Glance*, Parijs.
- Rele, H. ter , A. van der Horst, 2012, *Herverdeling in de zorg*, CPB Policy Brief, te verschijnen.
- Schut, E. en W. van de Ven, 2010, Uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars onverstandig, *Economisch Statistische berichten*, 95(4591), 486-489.
- Taskforce zorg, 2012, *Naar beter betaalbare zorg, Rapport taskforce beheersing zorguitgaven*, Rijksoverheid.
- Viscusi, K., W. Evans, 1990, Functions that depends on health status: estimates and economic implications, *American Economic Review*, 353-374.
- Westerhout E. , C. Folmer, 2012, *How information on health status shapes optimal health insurance*. CPB Discussion Paper, te verschijnen.
- Wong, A., 2011, *Describing, Explaining and Predicting Health Care Expenditures with Statistical Methods*, Proefschrift, UvT.



Over de redactie

Erik Schut is hoogleraar economie van de gezondheidszorg bij het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Marco Varkevisser is universitair hoofddocent economie en beleid van de gezondheidszorg bij het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam.



Over de auteurs

Matthijs van den Berg is onderzoeker bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Jan Boone is hoogleraar industriële economie aan de Universiteit van Tilburg.

Hendriek Boshuizen is onderzoeker bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en buitengewoon hoogleraar aan de Wageningen University.

Werner Brouwer is hoogleraar gezondheidseconomie bij het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Marcel Canoy is hoofdeconoom bij Ecorys en hoogleraar zorgeconomie aan de Universiteit van Tilburg.

Eric van Damme is hoogleraar economie aan de Universiteit van Tilburg.

Jan Donders is directeur van de Beroepsopleiding Financieel Economisch Beleidsmedewerker (BoFEB), programmamanager economie bij de Rijksacademie voor Financiën, Economie en Bedrijfsvoering en directeur van de Wim Drees Stichting voor Openbare Financiën.

Rudy Douven is wetenschappelijk medewerker bij het Centraal Planbureau (CPB) en onderzoeker bij het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Casper van Ewijk is onderdirecteur van het Centraal Planbureau (CPB) en hoogleraar macro-economie aan de Universiteit van Amsterdam.

Wim Groot is hoogleraar gezondheidseconomie aan de Universiteit van Maastricht en raadslid bij de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ).

Rudolf Hoogenveen is onderzoeker bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Flip de Kam is honorair hoogleraar economie van de publieke sector aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Hugo Keuzenkamp is lid van de raad van bestuur van het Westfriesgasthuis en hoogleraar verzekeringskunde aan de Universiteit van Amsterdam.

Guus Luijben is onderzoeker bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Misja Mikkers is directeur strategie en juridische zaken bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en ‘extramural fellow’ bij TILEC (Universiteit van Tilburg).

Johan Polder is CSO (chief science officer) bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en bijzonder hoogleraar economische aspecten van gezondheid en zorg aan de Universiteit van Tilburg (Tranzo).

Frans Rutten is hoogleraar gezondheidseconomie bij het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Lany Slobbe is onderzoeker bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Flip van Sloten is senior adviseur bij de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ).

Wynand van de Ven is hoogleraar sociale ziektekostenverzekering bij het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam.