

Verzekeraars en het borgen van cruciale zorg

Minister Schippers stelt terecht dat het voorkómen van faillissementen van ziekenhuizen in den brede geen verantwoordelijkheid is voor de overheid, omdat dit leidt tot perverse prikkels. Zij legt de verantwoordelijkheid voor het borgen van de continuïteit van cruciale zorg echter bij verzekeraars. Dit is niet efficiënt vanwege coördinatieproblemen en niet effectief omdat verzekeraars niet de mogelijkheden hebben om adequaat in te grijpen. Bovendien wordt het probleem van de perverse prikkels niet opgelost. Een early warning system onder regie van de NZa biedt meer perspectief.

MARCO KERSTE
Senior onderzoeker
bij SEO Economisch
Onderzoek

LUCY KOK
Clusterhoofd bij
SEO Economisch
Onderzoek

Faillissementen voorkomen is in de meeste markten geen taak voor de overheid. Dat is om twee redenen ook niet nodig. Ten eerste zorgen marktpartijen zoals investeerders of aandeelhouders er doorgaans voor dat het beleid wordt bijgesteld of dat het management wordt vervangen als faillissement dreigt. Ten tweede hebben faillissementen meestal geen desastreuze gevolgen voor consumenten.

Maar dat geldt niet voor alle markten. In de financiële sector ziet de overheid bijvoorbeeld wel toe op de financiële gezondheid van instellingen. Dit acht zij noodzakelijk met het oog op bescherming van spaarders en de mogelijke overloopeffecten naar de reële economie.

Ook in de ziekenhuissector kunnen de gevolgen van faillissement ernstig zijn. Een faillissement van een ziekenhuis kan ertoe leiden dat cruciale zorg tijdelijk niet beschikbaar is. Cruciale zorg wordt gedefinieerd als zorg waarvoor geldt dat wanneer zij niet of niet voldoende beschikbaar is, cliënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen. Het gaat daarbij vooral om de bereikbaarheid van de spoedeisende hulp en de acute verloskunde. In dit kader is het niet nodig om beleid te richten op het naderende faillissement van ziekenhuizen die geen cruciale zorg aanbieden of die zich bevinden in gebieden waar de cruciale zorg kan worden overgenomen door concurrerende ziekenhuizen. Anders ligt het bij ziekenhuizen waar geen concurrenten in de directe omgeving liggen en een

faillissement ertoe zou leiden dat bijvoorbeeld de aanrijtiden naar de eerste hulp te lang zouden worden. Zolang de cruciale zorg niet door andere partijen kan worden overgenomen, is het zaak minimaal de cruciale zorgfuncties van deze ziekenhuizen overeind te houden. De rol van de overheid ligt dus in het bereikbaar houden van cruciale zorg, niet in het op voorhand willen voorkómen van faillissement van ziekenhuizen.

PERVERSE PRIKKELS VOOR ZIEKENHUIZEN

Tot voor kort speelde de overheid een actieve rol om faillissementen van ziekenhuizen te voorkomen, waarbij risico voor cruciale zorg geen voorwaarde voor ingrijpen was. De impliciete belofte van een *bail out* door de overheid leidt tot perverse prikkels, omdat ziekenhuizen niet de pijn voelen van het nemen van risico's. Zeker in het licht van de ingezette weg naar meer marktwerking in de sector, is dit geen houdbare situatie. In een wetsvoorstel uit mei van dit jaar dat thans nog aan de Tweede Kamer voorligt, stelt minister Schippers dat een overheidsrol in het afwenden van faillissementen niet meer aan de orde is. Overheidsinterventie wordt alleen overwogen na faillissement en dan alleen bij cruciale zorg. De overheid heeft daarbij ook geen behoefte aan toezicht om faillissementen tijdig te signaleren in de vorm van een *early warning system*, de weg die was ingezet onder oud-minister Klink.

VERANTWOORDELIJKHEID BORGEN CRUCIALE ZORG

In het wetsvoorstel legt minister Schippers het toezicht op ziekenhuizen neer bij verzekeraars. In het kader van de zorgplicht moeten verzekeraars afspraken met aanbieders maken om informatie te krijgen die hen in staat stelt tijdig problemen te voorzien. De verzekeraar moet daarnaast een 'terugvalplan' opstellen, dat beschrijft hoe zij aan de zorgplicht kan blijven voldoen na een signaal van een aanbieder. Mocht het echt fout dreigen te gaan, dan zijn verzekeraars verplicht de overheid te informeren dat (cruciale) zorg in gevaar is, zodat de overheid zo nodig, na faillissement, een doorgang kan faciliteren via zogenaamde 'vangnetstichtingen'. In plaats van een early warning system uitgevoerd door een toezichthouder (NZa) creëert de overheid dus een eerste verdedigingslinie in de markt zelf om continuïteit van zorg te monitoren en te bewaken.

Het overdragen van de verantwoordelijkheid aan de verzekeraars is echter niet efficiënt en effectief, en het lost het probleem van de perverse prikkels voor ziekenhuizen niet op.

NIET EFFICIËNT

Verzekeraars hebben in de voorstellen *carte blanche* om in onderhandelingen met aanbieders zelf invulling te geven aan de informatie- en signaleringsplicht, al dan niet aan de hand van financiële en kwalitatieve indicatoren. In de praktijk zullen marktkrachten de specifieke afspraken binnen elk individueel tandem van verzekeraar en aanbieder bepalen. Een sterke onderhandelingspositie bij een verzekeraar leidt tot een andere invulling dan als juist de aanbieder dominant is. Ook het kennisniveau van de partijen zal invloed hebben op de vormgeving. Zonder coördinatie of reguleringskader dreigt een wildgroei aan informatierichtlijnen en een hoge administratieve lastendruk. Het is met andere woorden niet efficiënt om verzekeraars onafhankelijk van elkaar ziekenhuizen te laten monitoren.

NIET EFFECTIEF

Verzekeraars worden aangesproken op hun zorgplicht: zij moeten aanbieders monitoren om discontinuïteit van zorg te voorkomen. Verzekeraars hebben echter onvoldoende mogelijkheden om bij dreigend faillissement adequaat in te grijpen. De overheidsdoelstelling overstijgt daarbij de mogelijkheden van een individuele verzekeraar. Twee voorbeelden in kader 1 illustreren dit.

PERVERSE PRIKKELS BLIJVEN BESTAAN

Terecht stelt de minister dat de latente belofte van een bailout van ziekenhuizen door de overheid leidt tot perverse prikkels, zowel in termen van risicoacceptatie (*ex ante*) als in een eventueel faillissementsproces (*ex post*). Het is echter niet zo dat het overdragen van de verantwoordelijkheid aan de verzekeraars dit probleem oplost.

Marktpartijen die betrokken zijn bij ziekenhuizen met cruciale zorg beseffen dat verzekeraars gedwongen zijn niet-marktconforme afspraken te accepteren, gezien hun verlengde zorgplicht. Dit heeft een soortgelijke uitwerking als een *soft budget constraint* door een mogelijke overheidsbail-out. De enige proactieve daad die resteert voor de verzekeraar is het aanbod zelf over te nemen. Maar dit wordt onmogelijk gemaakt door het verbod op verticale integratie.

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Verzekeraars hebben onvoldoende mogelijkheden om effectief in te grijpen bij een dreigend faillissement van ziekenhuizen, zoals wordt verondersteld in het wetsvoorstel van minister Schippers. Bovendien lost het voorstel de perverse prikkels niet op en leidt de informatiefunctie die verzekeraars krijgen toegedicht tot administratieve rompslomp. Coördinatie van de informatieverzameling en een duidelijk mandaat om op tijd te kunnen ingrijpen is nodig.

Een mogelijke denkrichting is om toch werk te maken van een centraal early warning system gericht op aanbieders van cruciale zorg. Dit zou dan opgesteld worden door de NZa, maar uitgevoerd door de verzekeraars en aanbieders. Dit garandeert uniformiteit, een passende administratieve belasting en aansluiting bij de uiteindelijke doelstelling om de continuïteit van cruciale zorg te garanderen. Voor ogen moet worden gehouden dat een dergelijk signaleringssysteem, naast informatievoorziening, vooral ten doel heeft prikkels te introduceren om discontinuïteit van cruciale zorg te voorkomen.

Voorbeeld 1

KADER 1

Een ziekenhuis dat cruciale zorg biedt in een omgeving met weinig concurrentie stevent af op financiële problemen. De problemen worden veroorzaakt door mismanagement. In de marktsector zouden de investeerders of aandeelhouders ervoor zorgen dat het management (deels) wordt vervangen. Een verzekeraar kan dat niet en moet dus kijken naar alternatieven. De verzekeraar zou dan een toetredster kunnen benaderen om de cruciale zorg in de regio op te zetten als alternatief voor het ziekenhuis in nood. Een andere mogelijkheid zou zijn om de activiteiten op het gebied van de cruciale zorg te verkopen aan een derde partij. De eerste optie zal tijd in beslag nemen, zodat de verzekeraar in ieder geval tijdelijk genoeg moet nemen met slechtere voorwaarden om het ziekenhuis overeind te houden. Voor het tweede, het ter verkoop aanbieden van de cruciale-zorgactiviteiten bij andere aanbieders, heeft een verzekeraar in beginsel helemaal geen mandaat. Zij is slechts stakeholder, geen shareholder. Zelfs na een faillissement is zij nog afhankelijk van de curator.

Voorbeeld 2

Een ziekenhuis dat cruciale zorg biedt in een omgeving met aan de noordkant veel, en aan de zuidkant weinig concurrentie stevent af op financiële problemen. Verzekeraar A, met veel verzekerden in de regio ten noorden van het ziekenhuis, contracteert voor de cruciale zorg een concurrerend ziekenhuis. De zorg voor de eigen verzekerden wordt gecontinueerd en er is geen melding nodig. Maar een mogelijk faillissement van dat ziekenhuis komt wel dichterbij doordat verzekeraar A zich terugtrekt. Dit leidt er mogelijk toe dat verzekeraar B, met veel klanten in de zuidelijke regio, wordt geconfronteerd met discontinuïteit van een aanbieder, zonder dat B haar verzekerden naar een ander ziekenhuis kan laten overstappen. Ook hier geldt dat coördinatie nodig is om te komen tot een oplossing die in lijn ligt met het onderliggende publieke belang.

Gedacht kan worden aan oplopend toezicht bij verslechterende omstandigheden, zodanig dat relevante partijen – van aandeelhouders tot bestuur – wel voldoende prikkels hebben om ondernemer te zijn, maar tegelijkertijd oog hebben voor de continuïteit van cruciale zorg.

LITERATUUR

- Kerste, M. en L. Kok (2010) *Winst in de eigendomsstructuur – eigendom, winstbestemming en zeggenschap binnen ziekenhuizen. SEO-rapport, 2010(11).*
- Kocsis, V., P. Koning en E. Mot (2011) *General hospitals in financial distress – reconsidering government intervention.* Den Haag: Centraal Planbureau.
- NVZ (2011) *Zorg op doorreis.* Utrecht: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.
- RVZ (2011) *Medisch-specialistische zorg in 20/20. Advies uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.* Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Tweede Kamer (2011) *Brief van de Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 32620(10).*
- Tweede Kamer (2012) *Vragen gesteld door de leden der Kamer, 2012Z11057.*
- Tweede Kamer (2012) *Wijziging van de Wet marktordeining gezondheidszorg, de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten in verband met het tijdig signaleren van risico's voor de continuïteit van zorg alsmede in verband met het aanscherpen van procedures met het oog op de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg, 33253(2 en 3).*