

Voor- en nadelen van een prijsplafond voor ziekenhuizen

Het kabinet heeft besloten tot invoering van een prijsplafond voor een deel van de ziekenhuiszorg. Een prijsplafond vermindert de kans op prijsexplosies, maar kan ook ongewenste gedragsreacties uitlokken, zoals verlaging van de kwaliteit en selectie van patiënten. Geleidelijke liberalisering van prijzen zonder prijsplafond kent deze nadelen niet, maar hier staan andere nadelen tegenover.

Sinds 1 februari 2005 zijn de prijzen van een kleine tien procent van de ziekenhuisomzet vrij onderhandelbaar. Dit is het zogenoemde B-segment van de ziekenhuiszorg. Voor de rest – het A-segment – is nog sprake van het oude bekostigingsmodel met vaste tarieven en budgetten, het zogenoemde Functiegerichte Budgetteringsmodel (FB). Verdere liberalisering van de prijzen van ziekenhuiszorg is noodzakelijk om de stelselherziening tot een succes te maken. Alleen bij vrije prijzen kan concurrentie zorgen voor de maatschappelijk optimale prijs-kwaliteitverhouding (zie Gaynor, 2006). Het nieuwe kabinet heeft onlangs besloten het vrije (B-)segment per 2008 verder uit te breiden tot twintig procent van de ziekenhuisomzet. Voor de overige ziekenhuiszorg die zich leent voor onderhandelingen over prijzen – een groot deel van het huidige A-segment – zal vanaf 2009 een prijsplafond worden gehanteerd. Voor de rest van het A-segment - onder meer de spoedeisende hulp, de topklinische en de topreferente zorg - moet nog een apart reguleringsregime worden ontworpen. Hiermee volgt het kabinet een advies op van de NZa (zie NZa, 2007). Ziekenhuizen en verzekeraars zijn dan vrij om te onderhandelen over de prijzen, volumes en kwaliteit, maar onder de voorwaarde dat de gemiddelde prijs van een bepaald ziekenhuis niet boven het prijsplafond uitkomt.

In hetgeen volgt, komen de voor- en nadelen van deze liberaliseringsstrategie aan bod. Naast vormgeving en tempo van prijsliberalisering spelen nog andere vraagstukken rond de transitie naar het nieuwe zorgstelsel. Zo is nog onduidelijk wat de beste strategie is bij het borgen van een optimaal kwaliteitsniveau. Ook lopen zorgverzekeraars nog weinig risico over de ziekenhuiskosten, waardoor ze een zwakke prikkel ondervinden om hierover scherp te onderhandelen. In het onlangs verschenen Centraal Economisch Plan 2007 wordt nader op deze thema's ingegaan.

De noodzaak van een prijsplafond is niet aangetoond

Een prijsplafond is alleen nodig als verzekeraars

weinig onderhandelingsmacht hebben ten opzichte van ziekenhuizen. De onderhandelingsmacht van verzekeraars hangt af van het gemak waarmee zij hun verzekerden naar andere ziekenhuizen kunnen sturen. Kunnen zij dit niet of nauwelijks, dan hebben verzekeraars weinig onderhandelingsmacht. Om een aantal redenen lijkt het sturingsvermogen van verzekeraars nog beperkt. Veel verzekerden staan argwanend tegenover een beperkt zorgaanbod omdat ze nog gewend zijn aan een vrije keuze uit het zorgaanbod. Bovendien ontbreekt goed vergelijkbare kwaliteitsinformatie. Zonder goede, objectieve kwaliteitsinformatie zijn onderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen over prijs versus kwaliteit moeilijk te voeren en zullen verzekerden minder snel accepteren dat hun verzekeraar bepaalde zorgaanbieders uitsluit, uit vrees dat dit juist de aanbieders zijn met goede kwaliteit. En dan is er nog de bepaling in de ZVW dat verzekeraars ook een vergoeding moeten betalen als verzekerden met een voorkeurspolis toch naar niet-gecontracteerde aanbieders gaan. Het is onduidelijk hoe hoog die vergoeding dient te zijn. Al met al is het goed mogelijk dat ziekenhuizen (of sommige ziekenhuizen) beschikken over aanzienlijke marktmacht, maar zeker is dit niet. Dit zou aanleiding kunnen zijn tot het instellen van een prijsplafond om het risico van te hoge prijzen te ondervangen. Een prijsplafond heeft echter ook een aantal mogelijke nadelen.

Bepaling van het prijsplafond

De effecten van regulering hangen vaak af van de exacte vormgeving. Bij het voorgestelde prijsplafond zijn de details nog niet allemaal uitgewerkt, maar in hoofdlijnen komt de aanpak neer op het volgende (zie NZa, 2007). In 2009 wordt het plafond voor 75 procent gebaseerd op de historische kosten van het betreffende ziekenhuis en voor 25 procent op de landelijke maatstaf (de gemiddelde kosten van alle ziekenhuizen). In 2010 en 2011 zullen die verhoudingen 50–50 procent respectievelijk 25–75 procent zijn. Voor nieuwe toetreders geldt per direct het landelijke prijsplafond.

Het landelijke prijsplafond komt als volgt tot stand. Stel dat alle ziekenhuizen één volkomen homogeen zorgproduct leveren, dan is het prijsplafond gelijk aan de gemiddelde kosten van alle ziekenhuizen. Is de prijs die ziekenhuis X heeft afgesproken met een bepaalde zorgverzekeraar hoger dan het prijsplafond, dan wordt het verschil tussen afgesproken prijs en het prijsplafond door de overheid afgeroomd en teruggesluisd naar het zorgverzekeringsfonds.

RUDY DOUVEN, ESTHER
MOT EN MARC POMP

Wetenschappelijk medewerker respectievelijk hoofd bij de afdeling Zorg en programmaleider Mededinging bij het Centraal Planbureau

Elke zorgverzekeraar betaalt dus de met het betreffende ziekenhuis uitonderhandelde prijs, ook als die boven het prijsplafond ligt.

Verzekeraars houden dus een prikkel om scherp te onderhandelen.

In werkelijkheid verschilt de productsamenstelling tussen ziekenhuizen. De verschillen komen deels tot uitdrukking in de productmix in termen van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Bij de bepaling van het prijsplafond wordt rekening gehouden met verschillen in de DBC-mix via een ziekenhuisspecifieke vermenigvuldigingsfactor die deze verschillen in productsamenstelling weerspiegelt. Het prijsplafond voor ziekenhuis X is dan gelijk aan de gemiddelde kosten per DBC van alle ziekenhuizen, maal de ziekenhuisspecifieke vermenigvuldigingsfactor.

Bij de invoering van het prijsplafond wordt de vermenigvuldigingsfactor gebaseerd op de huidige DBC-tarieven. Dus als het tarief voor DBC X honderd euro is en dat van DBC Y tweehonderd euro, dan ligt het prijsplafond van een ziekenhuis dat uitsluitend DBC Y produceert tweemaal zo hoog als het prijsplafond van een ziekenhuis dat uitsluitend DBC X produceert. Door onvolledige en gedateerde gegevens is het is echter de vraag in hoeverre de huidige tarieven de onderliggende kosten weerspiegelen.

Het prijsplafond is voor ziekenhuizen vooraf grotendeels bekend. Het ziekenhuis krijgt voorafgaand aan de onderhandelingen met verzekeraars inzicht in de toelaatbare kosten per DBC en in de relatieve gewichten van de verschillende DBC's. De feitelijke productmix van het ziekenhuis is niet exact bekend op het moment van de onderhandelingen met verzekeraars, omdat deze afhangt van de patiëntenstromen gedurende het komende jaar.

Onvolledige correctie voor kostenverschillen

Verschillen in kwaliteit, patiëntenpopulaties en regionale verschillen in factorprijzen kunnen leiden tot kostenverschillen tussen ziekenhuizen, ook nadat is gecorrigeerd voor verschillen in productsamenstelling tussen ziekenhuizen. Deze kostenverschillen hebben niets te maken met verschillen in doelmatigheid, en zouden dus ook niet getroffen mogen worden door een prijsplafond. Maar omdat goede gegevens over dit soort kostenverschillen ontbreken, is het niet mogelijk om hier bij de berekening van het prijsplafond rekening mee te houden. Zelfs doelmatige ziekenhuizen zonder marktmacht kunnen daarom tegen een prijsplafond aanlopen. Op zichzelf is dit al onwenselijk. Bovendien is een prijsplafond juridisch kwetsbaar, een probleem dat de NZa zelf ook onderkent (CTG-Zaio, 2006). De reden is dat per ziekenhuis een prijsplafond moet worden vastgesteld. Instellingen kunnen hiertegen in beroep gaan onder verwijzing naar ziekenhuisspecifieke factoren die niet zijn meegenomen bij de bepaling van het ziekenhuisspecifieke prijsplafond. Het gaat dan om verschillen in de patiëntenpopulatie, kwaliteitsverschillen en geografisch bepaalde verschillen in kosten.

Het prijsplafond lokt ongewenst strategisch gedrag uit

Voor een ander deel gaat het om kostenfactoren die wel beïnvloedbaar zijn door het ziekenhuis. Een prijsplafond kan dan strategisch gedrag door ziekenhuizen uitlokken. De belangrijkste risico's zijn:

- Gebruik maken van fouten in de DBC-gewichten, door vooral die DBC's te gaan produceren die in de berekeningswijze van de NZa een te hoog gewicht hebben gekregen;
- Dure patiënten gaan mijden door niet langer te investeren in de voor hen benodigde voorzieningen;
- Niet meewerken aan taakherschikking met de eerste lijn. Het kan bijvoorbeeld maatschappelijk optimaal zijn om eenvoudige verrichtingen over te laten aan de (vaak goedkopere) eerste lijn (huisartsen, vroedvrouwen). Maar deze taakherschikking leidt er toe dat het ziekenhuis binnen een gegeven DBC blijft zitten met de duurdere patiënten. Hierdoor kan het ziekenhuis tegen een prijsplafond aanlopen. Hetzelfde geldt voor ziekenhuizen die (binnen een DBC) relatief eenvoudige delen van de zorg overhevelen naar gespecialiseerde zelfstandige behandelcentra (ZBCs).

Bij het ontbreken van heldere criteria voor afschaffing ligt het gevaar op de loer dat een als tijdelijk bedoeld prijsplafond een permanent karakter krijgt

Criteria voor afschaffing zijn onduidelijk

Onder voorwaarden wil het kabinet het prijsplafond per 2012 weer afschaffen. Het heeft toegezegd hierover uitsluitel te verschaffen in 2011. De NZa noemt in haar rapport twee criteria die bij deze beslissing een rol kunnen spelen. In de eerste plaats zou kunnen worden afgezien van neerwaartse aanpassing van de maatstaf, ook al zouden de gemiddelde kosten dalen. Als de onderhandelde prijzen in dat geval toch meedalen met de kosten, dan wijst dit op een goede onderhandelingspositie van verzekeraars en op voldoende concurrentie. Het prijsplafond kan dan worden afgeschaft. Het kabinet volgt deze aanpak niet. In de reeds geciteerde brief wil het kabinet de maatstafprijzen gebruiken om binnen een voorafgesteld budgettair kader te blijven. De maatstafprijzen worden dan neerwaarts aangepast indien zich overschrijdingen voordoen bij medisch specialistische zorg. Door deze inperkende budgetteringsmaatregelen zullen de prijzen dichterbij de maatstaf komen te liggen en zal het moeilijker worden om de concurrentie-intensiteit op de markt vast te stellen. Daarnaast stelt de NZa voor gebruik te maken van de Boone-indicator, die meet in hoeverre een verschil in marginale kosten tussen twee bedrijven leidt tot een verschil in winstgevendheid. Hoe groter deze winstelasticiteit, des te intensiever de concurrentie. De NZa stelt dat als de winstelasticiteit in de ziekenhuissector in de buurt is gekomen van die in vergelijkbare dienstensectoren, "de prestatiebekostiging goed op gang is gekomen" (NZa, 2007). Op dit moment ontbreken de gegevens voor de Boone-indicator, waardoor we niet weten of al aan deze voorwaarde is voldaan. Meer in het algemeen lijkt het riskant om te vertrouwen op één enkele indicator die nog niet eerder is toegepast voor de ziekenhuissector, en die bovendien veronderstelt dat andere dienstensectoren als *benchmark* kunnen dienen voor het beoordelen van de concurrentie-intensiteit van de ziekenhuissector. Bij het ontbreken van heldere criteria voor afschaffing ligt het gevaar op de loer dat een als tijdelijk bedoeld prijsplafond een permanent karakter krijgt.

Een alternatief liberaliseringspad

Een alternatief voor een prijsplafond is een salamitactiek waarbij de prijsliberalisering in een aantal stappen wordt uitgebreid. Ondertussen zou dan voor het niet-geliberiseerde deel van de ziekenhuiszorg het huidige FB-model blijven gelden. Het beleid was oorspronkelijk gericht op zo'n geleidelijke invoering en dit is in feite ook het beleid voor 2008. De salamitactiek heeft echter een aantal nadelen ten opzichte van een prijsplafond. Zo moet de waarde van elke te liberaliseren tranche apart worden

bepaald. Dit is nodig om het budget voor het niet-geliberaliseerde deel van de ziekenhuisproductie te kunnen bepalen. Een tweede nadeel is, dat ziekenhuizen in de verleiding kunnen komen, zich vooral in te spannen voor wachtlijstreductie en kwaliteitsverbetering in het vrije segment, omdat hier vrije prijzen en vrije volumes gelden. Dit kan ten koste gaan van kwaliteit en toegankelijkheid in het niet-geliberaliseerde deel van de zorg waarvoor de oude systematiek nog van kracht is. En ten slotte zijn bij een salamitactiek de doelmatigheidsprikkels op korte termijn minder sterk dan bij een prijsplafond. In het laatste geval gaan ziekenhuizen en verzekeraars immers onmiddellijk onderhandelen over de volle breedte van de ziekenhuiszorg.

Een salamitactiek heeft echter ook voordelen ten opzichte van een prijsplafond. De bekostiging tijdens de transitiefase kent bij de salamitactiek twee systemen: het bestaande FB-model en het vrije segment. Wanneer daarentegen maatstafconcurrentie wordt ingevoerd, bestaan tijdelijk drie bekostigingssystemen: in 2009 is twintig procent van de ziekenhuisomzet gebaseerd op vrije prijzen zonder plafond, vijftig procent op vrije prijzen met een plafond en de overige dertig procent op het bestaande budgetteringsmodel. Dat maakt het systeem erg ingewikkeld.

Een tweede voordeel van de salamitactiek is, dat het gemakkelijker is om de mate van concurrentie te monitoren. De diagnose wordt niet vertroebeld door het remmende effect van een prijsplafond. Zo zou bij voldoende concurrentie het vrije segment in twee stappen, van twintig procent naar veertig procent en vervolgens van veertig procent naar zeventig procent, uitgebreid kunnen worden.

Ook vermijdt de salamitactiek de kans op strategisch gedrag samenhangend met een prijsplafond, zoals productie van DBC's met een te hoog gewicht, kwaliteitsverlaging, selectie van patiënten, en tegenwerken van taakafplitsing. Daarnaast kleven aan de salamitactiek niet de juridische risico's die gepaard gaan met invoering van een prijsplafond.

Een laatste voordeel heeft te maken met de beheersbaarheid van het liberaliseringstempo. Bij geleidelijke, stapsgewijze liberalisering kan de beslissing over vervolgstappen worden gebaseerd op de opgedane ervaringen. Indien deze ervaringen tegenvallen, kan verdere liberalisering worden uitgesteld tot wel aan de voorwaarden is voldaan. Dit geeft beleidsmakers de ruimte om indien nodig aanvullend beleid in te zetten, bijvoorbeeld rond kwaliteitsprikkels of risicodragendheid van verzekeraars.

Conclusie

Wil het nieuwe zorgstelsel een kans krijgen zich te bewijzen, dan is het van belang op korte termijn verdere stappen te zetten naar prijsliberalisering van de ziekenhuiszorg. Handhaving van de status quo, met

De salamitactiek vermijdt de kans op strategisch gedrag samenhangend met een prijsplafond

een zeer partiële prijsliberalisering, zou door marktpartijen worden gezien als een signaal dat de overheid niet echt verder wil met marktwerking in de zorg. Hierdoor dreigen investeringen in nieuwe inkooptechnieken en in nieuw zorgaanbod, die nodig zijn om het nieuwe stelsel tot een succes te maken, achterwege te blijven. Het kabinetsbesluit om het vrije segment uit te breiden van een kleine tien procent naar twintig procent van de ziekenhuisomzet vergroot dan ook de slaagkans van het nieuwe zorgstelsel. Het kabinet heeft besloten om vanaf 2009 voor de overige vijftig procent van de ziekenhuisproductie een systeem van maatstafconcurrentie in te voeren, in plaats van stapsgewijze verdere uitbreiding van het segment met vrije prijzen. Een prijsplafond bevat op korte termijn sterkere prikkels om de kosten in het

ziekenhuis te verlagen en kan tevens dienen als instrument om de prijzen in de hand te houden, maar herbergt ook het risico van ongewenste gedragsreacties van ziekenhuizen die proberen het prijsplafond te ontduiken. Dit gedrag kan de vorm aannemen van productie van DBC's met een te hoog gewicht, kwaliteitsverlaging, selectie van patiënten en tegenwerken van taakafplitsing. Bovendien is onduidelijk hoe in 2011 kan worden vastgesteld of het prijsplafond kan worden losgelaten. Geleidelijke liberalisering zonder prijsplafond brengt afbakeningsproblemen tussen A- en B-segment met zich mee, maar kent bovenstaande risico's in mindere mate en maakt het bovendien mogelijk het tempo van liberalisering bij te stellen bij tegenvallende resultaten.

LITERATUUR

CTG/ZAio (2006) *De zichtbare hand: uitvoeringstoets ziekenhuisbekostiging*. Utrecht: CTG/ZAio.

Gaynor, M. (2006) *What do we know about competition and quality in health care markets?* NBER-paper 12301, juni 2006.

NZA (2007) *Op weg naar vrije prijzen: maatstafconcurrentie voor medisch specialistische zorg*. Utrecht: NZa.