

Interview met Wynand van de Ven

Op vrijdag 2 oktober spreekt hoogleraar Wynand van de Ven zijn afscheidsrede uit aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Van de Ven stond aan de wieg van het stelsel van gereguleerde marktwerking in de zorg. Bij zijn afscheid is de vraag: gaat de markt voor zorg ooit echt goed werken? En wat is daar voor nodig?

**SANDRA
PHILIPPEN**
hoofdredacteur ESB

Is het ziektekostenstelsel anno 2015 geworden wat u ervan had verwacht?

‘Al in 1983 verscheen mijn eerste artikel in *ESB* over het zorgstelsel, met daarin een voorstel voor een algemene wet ziektekostenverzekering. De Zorgverzekeringswet van 2006 spoort in grote lijnen met wat ik in dat artikel beoogde. Na ruim dertig jaar zijn we een heel eind gevorderd; dit neemt echter niet weg dat er nog werk verzet moet worden. Er zijn nog een paar losse eindjes aan elkaar te knopen.’

U zal in uw afscheidsrede spreken over een proces waarin vaak twee stappen teruggezet zijn om uiteindelijk een stap verder te komen. Wanneer is het stelsel af en wat moet er nog gebeuren voor het zover is?

‘Onderhoudswerkzaamheden zullen altijd nodig zijn om aan nieuwe problemen het hoofd te bieden. De belangrijkste horden die ik op dit moment zie, liggen op het gebied van het perfectioneren van de risicoverevening, het bieden van transparante en goede informatie over de kwaliteit van zorg, een verbeteringsslag in de fusietoetsing door de Autoriteit Consument & Markt en – van cruciaal belang – het hinderpaalcriterium (selectieve contracteerbaarheid). Dit laatste raakt aan de kern van de recente hervormingen, die vooral gericht zijn op zorginkoop. Dit is een ongelooflijk lastige en ondankbare taak, maar tegelijkertijd is het een taak die de consument zelf meestal niet kan uitvoeren omdat deze daarin tekortschiet door kennisgebrek, een slechte onderhandelingspositie en vaak tijdsdruk. Wie durft op het moment van acute zorgbehoefte de onderhandeling aan te

gaan met een arts, met wie men een vertrouwensband heeft, over zaken als prijs en datum van levering? Tegelijkertijd ‘winkelt de consument zonder kassa’ als het ware, door de hoge verzekeringsgraad.’

Waarom kan een verzekeraar die ondankbare taak beter op zich nemen dan een overheid?

‘Er zijn slechts twee partijen, naast patiënt en arts, die deze moeilijke taak mogelijkwijs kunnen uitvoeren: de overheid en de zorgverzekeraar. De overheid heeft dit in het verleden geprobeerd – op een centraal geplande wijze die haast Oost-Europees aandoet – via bepalingen over tarieven, prijzen, budgetten, capaciteit en ga zo maar door. Dit dichtgetimmerde systeem beoogde kostenbeheersing, maar prikkelde niet tot doelmatigheid. Dit leidde tot lange wachtlijsten, verschraving van de zorg en gebrek aan innovatie. Met de recente hervormingen wordt de prikkel tot doelmatigheid gezocht in concurrentie op de markt, met regulering om de publieke doelen te verwezenlijken. Simpel gezegd: de taak van zorginkoop verschuift van overheid naar met elkaar concurrerende zorgverzekeraars. Zij bevinden zich nu in een enorm complex krachtenveld waarin de patiënt de beste zorg wil en nog steeds winkelt zonder kassa, en de zorgaanbieder een goed inkomen wil. Beiden hebben een natuurlijke drang tot coalitievorming tegenover de zorginkoper die doelmatigheid beoogt.’

Waarom is de zorginkoper de natuurlijke vijand van de zorgaanbieder en -verbruiker?

‘De crux zit hem in het feit dat de belastingbetaler en zorgverbruiker weliswaar een en dezelfde persoon zijn, maar toch met twee verschillende petten op. De consument preferereert een lage premie of lage belastingen, maar men wil wel de beste (en ook duurste) zorg wanneer men de patiëntrol aanneemt. Bij het traditionele systeem was de verzekeraar de betalende derde, waarbij in de beslotenheid van de behandelkamer patiënt en zorgaanbieder, zonder doelmatigheidsoogmerk, de hoogte van de zorgkosten bepaalden. In het hervormde systeem ervaart de zorgnemer een scala aan beperkingen, opgelegd door de zorgverzekeraar: men heeft



‘We hebben gekozen voor een concurrerende verzekeringsmarkt. Hiervan verwachten we een opwaartse druk op doelmatigheid en kwaliteit, die gepaard gaat met het inspelen op persoonlijke preferenties van de zorgafnemer’

te maken met beperkingen op het gebied van locatie, behandelingswijze en soorten medicijnen. Artsen blijken dit ook bezwaarlijk te vinden omdat de zorgverzekeraars zich in hun ogen teveel bemoeien met hun medische praktijkvoering. De zorgverlener wordt geacht zich concurrerend op te stellen. Ook hier hebben artsen moeite mee. Wanneer zorgverzekeraar en -aanbieder niet tot een overeenkomst kunnen komen, dan legt de aanbieder het af tegen andere aanbieders die er wel uitkwamen met de verzekeraar. Een niet-gecontracteerde zorgverlener is immers vrijwel kansloos, omdat patiënten niet bereid zijn zorg uit eigen zak te betalen. Het is van cruciaal belang dat het thans geldende hinderpaalcriterium – dat bepaalt dat de niet-verzekerde geen hinderpaal mag ervaren om naar niet-gecontracteerde zorgverleners te gaan – op de schop gaat. Voor een doelmatigheidsminnende zorgverzekeraar is het juist van belang dat zijn verzekerden wel zo'n hinderpaal ervaren.’

Kan de patiënt, als verzekeraars artsen wel onder druk kunnen zetten, er gerust op zijn dat de zorgverzekeraar niet louter op prijs, maar ook op kwaliteit selecteert?

‘Hierbij speelt het geringe vertrouwen van de patiënt in de zorgverzekeraar een belangrijke rol. Het moge duidelijk zijn dat de vertrouwenskwesitie, zeker na de affaires met woekerpolissen en de malaise in de financiële sector, in het voordeel van de witte jas beslecht wordt, in plaats van in dat van de verzekeraar. De zorgverzekeraar heeft dus niet enkel een zeer ondankbare taak, maar moet ook nog eens op eieren lopen. Ik ben van mening dat de zorgverzekeraars steeds beter werk verzetten, waarvoor ze overigens bar weinig dank krijgen.’

Wat maakt zorginkoop zo lastig voor de verzekeraars?

‘Patiënten willen goede kwaliteit zorg. Om objectief te kunnen selecteren op kwaliteit van zorg is het nodig dat de arts de informatie hierover transparant maakt. Dit gebeurt tot nu toe onvoldoende. Hierdoor, kan de zorgverzekeraar niet aantonen dat zijn zorginkoop is gebaseerd op zowel kwaliteit als prijsgronden. Tegelijkertijd wantrouwt de patiënt de verzekeraar en vertrouwt hij de arts, die er derhalve

bij gebaat is om de bestaande informatieasymmetrie in stand te houden. Zodoende selecteert de verzekeraar tot nu toe hoofdzakelijk op prijs, omdat de informatie over kwaliteit immers onvoldoende voorhanden of onvoldoende betrouwbaar is. Hiermee wordt het wantrouwen van de patiënt in de verzekeraar bevestigd.’

Hoe komt het dat er zo weinig informatie is over de kwaliteit van de zorg?

‘Dit begint al met de vraag wat de zorgkwaliteit is. Het is een moeilijk te definiëren begrip met veel ongrijpbare dimensies. De een beoordeelt een arts op output, de ander op de omgang. Ook gestandaardiseerde sterftecijfers zijn onderwerp van discussies: trekken betere ziekenhuizen zwakkere patiënten aan? Tegelijkertijd is het onzinnig om te wachten op perfecte kwaliteitsindicatoren, want het is onduidelijk of die überhaupt ooit zullen ontstaan. Tot die tijd zullen we het moeten doen met de indicatoren die voorhanden zijn, waarbij opgemerkt dient te worden dat deze, voornamelijk door het internet, de laatste jaren sterk verbeterden.’

Kan selectief contracteren leiden tot meer informatie over de kwaliteit van zorg?

‘Selectief contracteren is een krachtig instrument. Het kan de reputatie van een heel ziekenhuis aantasten. Het kan echter ook de andere kant op werken: denk aan excellente artsen die een contract willen en er belang bij hebben dat hun uitstekende kwaliteit bekend wordt.’

Michelin-sterren en een IENS voor artsen? Waarin de beste artsen hun kwaliteit tonen en de anderen zullen volgen omdat het niet tonen zal worden opgevat als een signaal van lage kwaliteit?

‘Inderdaad. Excellente artsen hebben er belang bij om hun kwaliteit te tonen. Steeds vaker wordt ook aan patiënten zelf gevraagd hun behandelingen te evalueren. Idealiter zou dit, afhankelijk van de behandeling, enkele keren herhaald worden om een dynamisch beeld van het verloop te kunnen schetsen. Overigens kleven ook hier methodologische problemen aan.’

U wijst in uw afscheidsrede ook op een ander gevaar in het huidige stelsel, namelijk de mogelijkheid voor verzekeraars om chronisch zieken te omzeilen. Hoe is dit mogelijk en is dit niet precies de reden waarom mensen verzekeraars niet vertrouwen?

‘Dit is een zeer ernstig probleem. We hebben gekozen voor een concurrerende verzekeringsmarkt. Hier van verwachten we een opwaartse druk op doelmatigheid en kwaliteit, die gepaard gaat met het inspelen op persoonlijke preferenties van de zorgafnemer. De keerzijde is dat de premies op concurrerende verzekeringsmarkten risicoafhankelijk zijn, iets dat we bij zorgverzekeringen uit solidariteitsoverwegingen niet willen. Voor een zorgpolis betaalt iedereen dezelfde premie voor dezelfde polis, ongeacht gezondheidsstatus. Een ijzeren wet voor concurrerende verzekeraars in dit soort markten is dat de geïnde premie op hoofdelijk niveau de verwachte kosten per individu moet dekken. Zorgverzekeraars kunnen vrij precies vaststellen of op een potentiële

‘De verzekeraar kan echter nog wel proberen onaantrekkelijk te zijn voor chronisch zieken door averechts inkoopbeleid’

verzekerde een verwacht verlies genomen dient te worden, wat zou kunnen leiden tot uitsluitingen. Het vereveningsstelsel probeert deze prikkel bij verzekeraars weg te nemen. Tevens is er sprake van een acceptatieplicht voor de verzekeraar. De verzekeraar kan echter nog wel proberen onaantrekkelijk te zijn voor chronisch zieken door averechts inkoopbeleid: elke vorm van zorginkoop kan een vorm van risicoselectie zijn. Uit recent onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit blijkt dat deze vorm van risicoselectie daadwerkelijk plaatsvindt bij de in- en uitstroom. Het mechanisme hierachter is evenwel nog niet duidelijk. Dit zou ook onbewust kunnen gebeuren door het aanbieden van een basis- of aanvullende verzekering die bepaalde financieel gunstige groepen aantrekt, of ongunstige groepen juist afstoot.

Risicoselectie kan een reden zijn waarom mensen weinig vertrouwen hebben in verzekeraars. Maar ook bij perfecte risicoverevening verwacht ik dat het vertrouwen in verzekeraars geringer zal zijn dan in artsen, met wie mensen een vertrouwensrelatie hebben.’

Waarom kan deze risicoselectie uiteindelijk leiden?

‘Als je een situatie voorstelt waarin alle zorgverzekeraars moedwillig via zorginkoop risicoselectie zouden toepassen, dan zou dit uiteindelijk kunnen leiden tot een toestand waarin de meest bekwaamste artsen zonder patiënten komen te zitten: een werkelijk absurde uitkomst van een systeem met concurrentie in het verzekeringswezen. Dit schetst het evidente belang van een goed werkend systeem van risico-

verevening. Hoe perfecter de risicoverevening is, hoe meer chronisch zieken er de voorkeurspatiënten van doelmatige zorgverzekeraars zullen worden.’

Waarom is dat zo? Maakt het wat uit voor het stelsel als hoge-kostenverzekerden aantrekkelijker worden gemaakt voor de zorgverzekeraar of dat gezondere verzekerden er minder aantrekkelijk voor worden?

‘Indien de risicoverevening perfect werkt, is er geen risicoselectie meer. Een bovengemiddeld doelmatige verzekeraar zal dan liever uitsluitend chronisch zieken als verzekerden hebben dan gezonde jongeren, omdat een tien procent doelmatigheidswinst uitgedrukt in euro’s per verzekerde voor chronisch zieken groter is dan voor gezonde jongeren.’

Maar als het voor een verzekeraar flink loont om chronisch zieken te verzekeren, waarom zouden zij hen dan nog aanzetten tot een betere gezondheid?

‘Het antwoord op deze vraag is hetzelfde voor een situatie met of zonder risicoverevening. Ook op een vrije markt zouden verzekeraars minder premie ontvangen indien hun populatie gezonder zou worden. Dit is dus geen effect van regulering. Dan terug naar de vraag: ik zou zeggen dat preventie nog steeds loont door de onvoorspelbare natuur van ziekten. De onvoorspelbaarheid valt niet te verrekenen in de premie of de verevening. Verder is het ook zo dat de verzekeraar rekening dient te houden met de wensen van de consument. Als de consument een voorkeur heeft voor preventie en goede gezondheid, moet de verzekeraar dit ook bieden. De prikkel tot het gezond houden van de polishouders, wordt dus niet weggenomen door perfecte risicoverevening.’

U pleit bij uw afscheid voor behoud van solidariteit en een focus op doelmatigheid, en stelt dat hiertussen een afruil bestaat. Maar verzekerden zijn toch bereid tot premiebetaling (solidariteit) doordat zij weten dat de verzekeraar geen geld verkwanselt (doelmatigheid)? Waarom spreekt u dan toch van een afruil?

‘De beste manier om solidariteit te waarborgen is een zo doelmatig mogelijk systeem. Er is dan geen sprake van onnodige verspillingen, en dit vergroot de bereidheid bij de consument om zich solidair op te stellen. Vergeleken met alle EU-landen betaalt de consument in Nederland het laagste gedeelte van de zorgkosten uit eigen zak; dit duidt op zeer grote solidariteit. Maar hierdoor wordt de doelmatigheid bedreigd. Op het moment dat de consument tot patiënt wordt, winkelt men zonder kassa, en komt de doelmatigheid onder druk. Dit is het moment dat solidariteit en doelmatigheid een afruil vormen.

Doelmatigheid in de zorg krijgen we alleen als ook de consument een prijs-kwaliteitsafweging maakt. Dit gebeurt eenmaal per jaar, als men de polis kiest. Maar gegeven de gekozen polis wordt deze afweging te weinig gemaakt: verzekeraars zouden slimmere vormen van eigen betalingen moeten hanteren’

Wat zijn uw plannen voor na uw afscheid?

‘Dan heb ik zeeën van tijd voor onderzoek. Daar zie ik naar uit.’