



Hervorming zorgstelsel: wat is de slimste weg naar Rome?

Auteur(s):

Schut, F.T.
Bovenberg, A.L.
Canoy, M.F.M.
Keuzekamp, h.A.
Teulings, C.N.

Erik Schut en Coen Teulings zijn verbonden aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, Lans Bovenberg aan de Katholieke Universiteit Brabant, Marcel Canoy aan het cpb en Hugo Keuzekamp aan seo.

Zij danken Kees Brinkman, Onno van der Galiën, Marc Pomp, Piet Stam en Wynand van de Ven voor commentaar.

Verschenen in:

ESB, 87e jaargang, nr. 4366, pagina 464, 14 juni 2002

Rubriek:**Trefwoord(en):**

Over de toekomstige ordening van het zorgstelsel bestaat redelijke overeenstemming. Maar alle wegen daarnaartoe zijn bezaaid met voetangels en klemmen. In dit artikel geven de auteurs een reisadvies voor het volgende kabinet.

Het toekomstige zorgstelsel zal moeten bestaan uit een basisverzekering met geregleerde concurrentie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Daarover bestaat brede overeenstemming. Hoewel het einddoel duidelijk is, is de weg er naartoe nog onduidelijk. Dit geldt vooral voor de overgang van het huidige centraal geplande naar een meer marktgericht aanbod van zorgvoorzieningen.

Een goede fasering is essentieel voor een succesvolle hervorming. In dit artikel geven wij hiertoe een aanzet. Als uitgangspunt hanteren wij een gefaseerde invoering van de basisverzekering: eerst worden de ziekenfonds- en particuliere verzekering samengevoegd tot een basisverzekering curatieve zorg, waaraan in een later stadium verstrekkingen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (awbz) worden toegevoegd. Wij concentreren ons daarom op de hervorming van de curatieve sector.

Deelmarkten

Op de valreep stuurde het Paarse kabinet nog een uitgebreide brief aan de Tweede Kamer over de invoering van het beoogde zorgstelsel. Die brief concludeert dat de algemene mededingingsregulering ontoereikend is om de transitie naar geregleerde concurrentie te begeleiden en dat daarom zo spoedig mogelijk een sectorspecifieke 'marktmeester' moet worden opgericht¹. Deze marktmeester zou in de transitieperiode prijs- en gedrageregels moeten kunnen opleggen en concentraties verbieden om gezonde concurrentie te bevorderen. Vooral het kunnen tegengaan van ongezonde concentraties is van belang omdat de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) niet optreedt in markten waarin de wetgeving nauwelijks speelruimte voor concurrentie toelaat. Zo legt de NMa fuserende ziekenhuizen vooralsnog geen strobreed in de weg, ondanks de vaak hoge regionale marktconcentratie.

De rol van de marktmeester en van sectorspecifieke mededingingsregulering kan per 'deelmarkt' verschillen, afhankelijk van de aard van het product en de marktstructuur. Het kabinet wil op grond van deelmarktstudies bezien in hoeverre de onderscheiden deelmarkten kunnen worden geliberaliseerd en in welk tempo. Veel hangt dus af van de deelmarktanalyses die thans worden uitgevoerd.

Begin bij de meest verstoorde markt

Wanneer op de verschillende deelmarkten wordt gekozen voor een uiteenlopende mate en snelheid van deregulering, zullen afwentelingseffecten optreden. Aanbieders zullen kosten en risico's zoveel mogelijk proberen te verschuiven naar deelmarkten waar financiële risico's door regulering zijn afgedekt. Dit klemt temeer daar de deelmarkten worden onderscheiden op basis van de bestaande categorieën zorgaanbieders en niet op basis van de mate van substitueerbaarheid vanuit vragersperspectief.

Snelle liberalisering van de extramurale zorg heeft bijvoorbeeld als risico dat de prikkel voor afwenteling op de intramurale sector wordt vergroot. Ziekenfondsen zijn namelijk volledig risicodragend voor extramurale zorg maar slechts ten dele voor ziekenhuiszorg omdat zij de kosten van ziekenhuiszorg achteraf grotendeels vergoed krijgen. In gebieden met een beperkt aanbod van huisartsen kan het dan voor een zorgverzekeraar goedkoper zijn om verzekerden door te sturen naar een ziekenhuis dan om te investeren in een efficiëntere praktijkvoering van huisartsen (bijvoorbeeld via schaalvergroting, taakdifferentiatie en automatisering).

Om negatieve afwentelingseffecten zoveel mogelijk te voorkomen, verdient het aanbeveling om de prioriteit te leggen bij de meest 'verstoorde' markten: de markten waar de condities voor effectieve marktwerking het minst aanwezig zijn. Binnen de curatieve zorgsector is de ziekenhuismarkt niet alleen de grootste maar ook de meest verstoorde markt: de tarieven hebben geen relatie met de kosten, de aanbieder heeft een grote informatievoorsprong, de markt is in veel regio's sterk geconcentreerd en de toetredingsbarrières zijn hoog².

Laat prijzen de waarheid vertellen

Hoe moet de ziekenhuismarkt worden aangepakt? Een basisvoorwaarde voor een goed functionerende markt is dat prijzen schaarsteverhoudingen weerspiegelen. De huidige ziekenhuistarieven hebben echter geen relatie met de kosten van de geleverde diensten en dienen louter om het totaal aan aanvaardbare kosten (ziekenhuisbudget) te financieren. In zo'n situatie resulteert het vergroten van de speelruimte voor concurrentie in 'cherry picking': zorgaanbieders richten zich vooral op activiteiten waarvan de wettelijk vastgestelde tarieven veel hoger zijn dan de feitelijke kosten.

Ziekenhuizen leveren een zeer gevarieerd pakket aan diensten. Een goed inzicht in de aard van de geleverde diensten en de daarvoor benodigde middelen is een noodzakelijke voorwaarde voor een adequate werking van het prijsmechanisme. De afgelopen jaren is fors geïnvesteerd om aan deze voorwaarde te voldoen door de ontwikkeling van Diagnose Behandeling Combinaties (dbc's). Een dbc is het geheel van activiteiten van ziekenhuis en medisch specialist die voortvloeien uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de medisch specialist consulteert. Om er in de beginfase voor te zorgen dat ziekenhuizen de kosten van deze activiteiten op dezelfde manier via dbc's versleutelen, wordt een uniforme kostprijsmethodiek ontwikkeld. De kostprijs van een dbc wordt bepaald door aan alle activiteiten zowel het middelenbeslag van het ziekenhuis als de werklast (honorarium) van de medisch specialist te koppelen. De kostprijs kan dus per ziekenhuis verschillen. Op dit moment worden de dbc's per specialisme in de praktijk geregistreerd en geëvalueerd op medische herkenbaarheid en kostenhomogeniteit. Vanaf januari 2003 moet het dbc-systeem operationeel zijn. De tijd zal uitwijzen of de dbc's als basis voor vrije prijsonderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars kunnen dienen.

Voordat de ziekenhuisbudgettering volledig kan worden vervangen door vrije prijsvorming moet nog een aantal heikle problemen worden opgelost.

Herverdeling

Ten eerste zal de invoering van dbc-prijzen middelen tussen ziekenhuizen heralloceren vanwege mogelijk forse doelmatigheidsverschillen. Om deze herverdelingseffecten te mitigeren, zal de overgang geleidelijk moeten plaatsvinden. Daarnaast zullen vrije dbc-prijzen ook leiden tot een forse inkomensherverdeling tussen medisch specialisten vanwege de enorme inkomensverschillen tussen en binnen specialismen³. Deze inkomensverschillen vormen een erfenis uit het verleden waarin de relatie tussen werklast en beloning volledig verloren is gegaan. De aldus ontstane privileges zullen waarschijnlijk deels moeten worden afgekocht. De ervaringen met het voormalige verrichtingentarief van specialisten maken duidelijk dat de dbc-systematiek regelmatig herijkt zal moeten worden op grond van veranderingen in de aard en productiviteit van medische behandelingen. Toezicht op het onderhoud van de dbc-classificatie zou een belangrijke taak voor de beoogde marktmeester kunnen zijn.

Transparantie

Een tweede voorwaarde voor vrije prijsvorming is dat zorgverzekeraars voldoende inzicht hebben in de per dbc geleverde prestatie. Zonder dat een zorgverzekeraar weet welke activiteiten een ziekenhuis per dbc onderneemt, kan hij moeilijk nagaan of hij waar voor zijn geld krijgt. Omdat de uitkomsten van zorg vooralsnog vaak slecht te meten zijn, is voldoende inzicht in het proces van zorgverlening noodzakelijk om te voorkomen dat ziekenhuizen ongestraft kunnen beknibben op de geleverde zorg. Anders bestaat het risico dat patiënten 'quicker and sicker' het ziekenhuis verlaten. Wegens de moeilijk te definiëren en te meten kwaliteit van zorg zullen contracten tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars altijd tot op zekere hoogte incompleet blijven. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars kennen echter lange termijn relaties, waarin vertrouwen en reputatie een cruciale rol spelen. Om het reputatiemechanisme maximaal te laten functioneren, is voldoende informatie over het proces en de uitkomst van zorg, ook voor consumenten en toezichthouders, vereist. Adequate informatie op verrichtingenniveau is ook essentieel voor het onderhoud van de dbc-systematiek. Als ziekenhuizen deze informatie niet willen prijsgeven, moet de overheid dat afdwingen.

Integrale prijzen

De verdiscontering van de kapitaallasten in dbc-prijzen is een derde probleem. De huidige kosten-toerekening aan dbc's laat kapitaallasten buiten beschouwing. Om het ziekenhuismanagement financieel verantwoordelijk te maken voor investeringen in gebouwen en infrastructuur, dienen de kosten daarvan in de dbc-prijzen tot uitdrukking te komen.

In de huidige budgetteringssystematiek lopen ziekenhuizen op hun kapitaallasten geen financieel risico omdat zij achteraf volledig worden vergoed. Bovendien schrijven ziekenhuizen hun kapitaallasten af op historische aanschafprijzen en hanteren zij een bijzonder lange afschrijvingstermijn (vijftig jaar). De kapitaallasten van oude en nieuwe zorginstellingen lopen dan ook sterk uiteen. Om te komen tot integrale kostprijzen is daarom een overgangperiode noodzakelijk. Gedurende die periode kunnen de kapitaallasten als een afzonderlijke opslag op het dbc-tarief worden opgenomen, waarover ziekenhuizen geleidelijk meer risico lopen⁴. Snellere afschrijving impliceert op korte termijn aanzienlijke extra kosten (het ministerie van vws raamt de kosten van een verkorting van de afschrijvingstermijn tot dertig jaar op 365 miljoen euro in het eerste jaar). Het regeerakkoord moet hiervoor voldoende geld reserveren. Bovendien dient de solvabiliteitspositie van ziekenhuizen te worden versterkt om het risicodraagvlak te vergroten. Voor het egaliseren van het speelveld is een beroep op de overheid gerechtvaardigd. Voor een structurele verhoging van het risicodragend vermogen van de ziekenhuizen zou de overheid eventueel tijdelijk kapitaal kunnen verschaffen in ruil voor eigendomsrechten (aandelen), die te gelde kunnen worden gemaakt nadat private kapitaalverstrekking toelaatbaar wordt geacht.

Versterk tegenwicht zorgverzekeraars

Aan de vraagzijde van de zorgmarkt moet een sterke tegenmacht ontstaan om te voorkomen dat de rem op kostenstijgingen wegvalt wanneer de overheid de aanbod- en prijsregulering versoepelt. In de hervormingsplannen wordt deze rol vervuld door zorgverzekeraars die namens een groot aantal vragers optreden als collectieve inkopers van zorg. Onderlinge concurrentie moet zorgverzekeraars scherp houden. Hiertoe is het noodzakelijk dat verzekerden - met name degenen die regelmatig zorg nodig hebben - tegen een betaalbare premie vrij van zorgverzekeraar kunnen veranderen. Keuzevrijheid voor verzekerden vereist een periodieke acceptatieplicht voor zorgverzekeraars. Een betaalbare premie (onafhankelijk van het ziekterisico) vereist een systeem van risicoverevening om verzekeraars met relatief veel verzekerden met een voorspelbaar hoog ziekterisico adequaat te compenseren. Dan worden verzekerden met een hoog risico zelfs de meest gewenste klanten omdat er voor zorgverzekeraars meer winst te boeken valt bij een efficiëntere zorgverlening voor dure dan voor goedkope verzekerden. Tenslotte moeten zorgverzekeraars gebonden worden aan een leveringsplicht om te voorkomen

dat zij onvoldoende zorgaanbod contracteren.

In de ziekenfondssector zijn bovengenoemde voorwaarden de afgelopen tien jaar grotendeels gerealiseerd. Het in 1993 ingevoerde risicoverevenings-systeem is geleidelijk sterk verbeterd. Vooral de introductie van risicoparameters als medicijngebruik (in 2002) en diagnose bij ziekenhuisopname (beoogd in 2003) zullen de mogelijkheden voor risicoselectie aanzienlijk reduceren, al blijft een waakzaam toezicht geboden⁵. Parallel aan de verbetering van het vereveningssysteem is het financieel risico voor ziekenfondsen geleidelijk verhoogd van gemiddeld drie procent in 1995 tot gemiddeld ruim veertig procent in 2002, waarbij het risico voor extramuraal zorggebruik veel hoger ligt dan voor intramuraal zorggebruik. Met de overschakeling op integrale prijzen per dbc in de ziekenhuissector moet het financiële risico voor de ziekenfondsen verder worden verhoogd.

Hoewel ziekenfondsverzekerden sinds 1997 het recht hebben om, ongeacht hun gezondheidstoestand, jaarlijks van ziekenfonds te veranderen, maken zij van deze mogelijkheid nog niet effectief gebruik omdat zij onvoldoende op de hoogte zijn van de bestaande premieverschillen en de mogelijkheden om te veranderen⁶. Door het verbeteren van consumenteninformatie, het vereenvoudigen van het veranderen van verzekeraar en het verruimen van de mogelijkheden van ziekenfondsen om zich te onderscheiden op het gebied van de zorginkoop, moeten verzekerden worden aangezet om te stemmen met de voeten. Grote collectiviteiten, zoals consumentenorganisaties en sociale partners in cao-verband, kunnen een rol spelen bij het vergroten van de druk op zorgverzekeraars.

In tegenstelling tot de ziekenfondsmarkt kent de particuliere ziektekostenverzekering geen acceptatieplicht (keuzevrijheid), risicoverevening en leveringsplicht. Hervorming van de particuliere markt verdient daarom prioriteit, bij voorkeur door deze te integreren in de ziekenfondsverzekering. Het opheffen van de kunstmatige scheiding tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden kent bovendien als voordeel dat zorgverzekeraars een breder draagvlak krijgen om te onderhandelen met de zorgaanbieders. De huidige particuliere ziektekostenverzekeraars hebben te weinig verzekerden (marktmacht) om op regionaal niveau effectief te kunnen onderhandelen. Daarentegen nemen de ziekenfondsen in hun oorspronkelijke thuisregio's vaak een dominante positie in. Hoewel ziekenfondsen deze marktmacht effectief kunnen inzetten in de onderhandelingen met zorgaanbieders, is hier extra waakzaamheid van de NMa vereist om misbruik van economische machtsposities tegen te gaan en verdere regionale machtsconcentraties te voorkomen. Daarbij zou de NMa ook een stokje moeten steken voor de gewoonte dat ziekenfondsen in hun contracteerbeleid 'aanhaken' bij het regionaal dominante ziekenfonds.

Maak markten betwistbaar

Wegens de sterk geconcentreerde ziekenhuismarkt is het van groot belang om zo spoedig mogelijk na het operationeel worden van de dbc-systematiek de ziekenhuismarkt betwistbaar te maken door de bestaande wettelijke toetredingsbarrières (vergunningplicht en contracteerplicht) drastisch te versoepelen. Vooral kleinschalige behandelcentra kunnen van belang zijn om de markt open te breken. De ontwikkelingen in de medische technologie maken 'outsourcing' bij ziekenhuizen beter mogelijk. Nederland loopt hier achter bij het buitenland.

De mogelijkheden voor toetreding zijn thans zeer beperkt doordat een vergunning vereist is om voor vergoeding door ziekenfondsen in aanmerking te komen, de instelling geen winstoogmerk mag hebben en bovendien gebonden moet zijn aan een ziekenhuis. Bovendien mogen er in privé-klinieken geen 24-uurs opnamen plaatsvinden. Niettemin schieten door de toegenomen wachtlijsten in de reguliere zorg zogenaamde private initiatieven de afgelopen jaren als paddenstoelen uit de grond⁷. Hier en daar maken zorgverzekeraars en private instellingen afspraken die niet sporen met de regels van het College Tarieven Gezondheidszorg, maar die door overheid worden gedoogd omdat zij de wachtlijsten reduceren. Met andere woorden: het bloed kruipt al waar het officieel niet gaan kan.

Is er bij het verruimen van de toetredingsmogelijkheden een rol weggelegd voor commerciële zorginstellingen waarvan de winsten ten goede komen aan kapitaalverschaffers? Op termijn zeker. Winsten zijn nu eenmaal een prikkel voor innovatie en kunnen fungeren als lokaas om aanbod op niveau te krijgen⁸. In een volwassen markt waarin het reputatiemechanisme goed functioneert (ten aanzien van zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders), het vereveningsmodel risicoselectie effectief beperkt, en de zorginstellingen en verzekeraars risicodragend zijn (en dus risicodragend kapitaal moeten aantrekken) is ook ruimte voor commerciële instellingen.

Omdat het introduceren van de mogelijkheid om op basis van winstprikkel te werken grote gevolgen voor het zorgaanbod heeft, is hier prudentie geboden. Het afbreukrisico voor het hervormingsproces is immers groot, zeker als de hier voor beschreven stappen nog niet volledig zijn gezet. Daarom stellen wij voor om op experimentele basis aan enkele ziekenhuisinstellingen de mogelijkheid te bieden om als structuurvennootschap te werken, waarbij de overheid preferente aandelen aanhoudt en de overige vermogensstructuur aan de markt wordt overgelaten. Op basis van de ervaringen worden regels voor het toelaten van commercieel zorgaanbod geformuleerd.

Op korte termijn kunnen kleinschalige, gespecialiseerde non-profitklinieken een belangrijke rol spelen in de transitie van planeconomie naar een volwassen markt⁹. Naarmate deze overgang sneller verloopt (en de behoefte aan risicodragend kapitaal toeneemt) kan commercie eerder worden toegestaan.

Dilemma

Alle wegen naar het Rome van een doelmatig functionerend en toegankelijk zorgstelsel zijn bezaaid met voetangels en klemmen. De slimste weg begint met de meest pijnlijke stap door het aanpakken van de meest verstoorde markt. Wanneer de prijzen op de ziekenhuismarkt de werkelijke kosten weerspiegelen en zorgverzekeraars over voldoende prikkels en instrumenten beschikken om effectief te onderhandelen, kunnen de toetredingsbarrières voor nieuwe zorg-aanbieders sterk worden verlaagd.

Er speelt een belangrijk dilemma bij het bepalen van de snelheid waarin de genoemde stappen moeten worden genomen. Wanneer met het verruimen van de toetreding wordt gewacht op de totstandkoming van informatieve prijzen en een herziening van het verzekeringsstelsel, zullen de kosten beter in de hand kunnen worden gehouden. Een snellere verruiming van de toetreding leidt tot meer risico van hogere winsten voor zorgaanbieders en hogere kosten van zorg, maar daar staan maatschappelijke baten van kortere wachtlijsten en meer innovatie tegenover.

Het opheffen van aanbodschaarste zal onvermijdelijk resulteren in hogere zorguitgaven. Het introduceren van prikkels om het bestaande aanbod efficiënter te benutten, leidt bovendien tot eenmalige kosten-posten zoals de altijd kostbare verandering van de institutionele spelregels en het afkopen van de huidige kapitaalsubsidies en privileges. Deze kostenposten vormen een investering in een gezond zorgstelsel op lange termijn.

Tot nu toe is het beleid vooral gericht geweest op het beheersen van de collectieve zorguitgaven door het rantsoeneren van de hoeveelheid zorg. Dit heeft geleid tot een sluipende tweedeling omdat de koopkrachtige vraag zich in toenemende mate buiten de reguliere paden toegang tot zorg verwerft. Met de overgang naar gereguleerde concurrentie zal rantsoenering via de hoeveelheid worden vervangen door rantsoenering via de prijs. De hamvraag is dan hoeveel de politiek over heeft voor het compenseren van de inkomens-effecten van duurdere, hoog kwalitatieve zorg. Een beter, ruimer en voor iedereen toegankelijk aanbod aan zorgvoorzieningen betekent meer herverdeling van rijk naar arm. Wanneer wordt vastgehouden aan een macrobudget voor de zorg, zal dit moeten leiden tot hogere eigen betalingen voor midden- en hogere inkomensgroepen (zoals in België). De politiek heeft deze boodschap nog niet durven overbrengen aan de middenklasse, alhoewel de beter betaalden bereid lijken extra te betalen voor betere, toegankelijke zorg voor lager betaalden als de kwaliteit van de zorg ook voor hen zelf omhoog gaat. Het volgende kabinet wacht de schone taak te voorkomen dat de hervormingsprocessie op weg naar Rome wordt geblokkeerd door inkomenspolitieke twisten

1 Minister van VWS, Vernieuwing van het zorgstelsel, Tweede Kamer, 27 855, nr. 17, 15 april 2002.

2 H. Maarse, W. Groot, F. van Merode, I. Mur-Veeman, A. Paulus, Marktwerving in de ziekenhuiszorg: een analyse van mogelijkheden en effecten, Universitaire Pers Maastricht, februari 2002.

3 J.F. Groenveld, Het syndroom van oom Dagobert. Over de positie, honorarium en uurloon van medisch specialisten, Medisch Contact, 15 februari 2002, blz. 262-264.

4 Een dergelijke systematiek is toegepast in de Verenigde Staten. Van 1991 tot 2001 zijn daar de kapitaallasten van ziekenhuizen geleidelijk in de Diagnosis Related Group (DRG)-tarieven verdisconteerd via een stapsgewijze verhoging van de normatieve vergoedingscomponent. Department of Health and Human Services, Prospective payment system for inpatient hospital capital-related costs, Federal Register, 30 augustus 1991.

5 Deze zogeheten farmacie-kostengroepen en diagnose-kostengroepen geven een veel betere indicatie van de gezondheidsverschillen tussen verzekerden dan demografische parameters als leeftijd en geslacht. Zie W.P.M.M. van de Ven en R.P. Ellis, Risk adjustment in competitive health plan markets, in: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (red.), Handbook of health economics, Elsevier Science, Amsterdam, 2000, blz. 755-845.

6 F.T. Schut, [Prijskoncurrentie tussen ziekenfondsen nog niet effectief](#), ESB, 23 februari 2001, blz. 172-175; J.J. Kerssens, D.M.J. Delnoij, J.A. Verweij, E. van der Schee, De keuze van de ziekenfondsverzekerden voor een zorgverzekeraar, TSG, 2002, jrg. 80, nr. 1, blz. 35-42.

7 P.P.T. Jeurissen, 'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg, RVZ, Zoetermeer, 2002.

8 E. Elsinga en H.A. Keuzenkamp, [Winst in de zorg](#), ESB, 30 november 2001, blz. 920-923.

9 A.L. Bovenberg en R.H.J.M. Gradus, [De economie van moeder Theresa](#), ESB, 15 juni 2001, blz. 516-519.