

Lessen uit de CPB-beoordelingen van de zorg

Aan de vooravond van nieuwe calculaties leert de weging van doelmatigheidsmaatregelen in de zorg tussen 2003 en 2012 van het CPB ons dat volledige beheersing van de zorgkosten via het pakket niet kan, volumeprikkels aanbod stimuleren én overstimuleren en dat aanbieders die passende zorg aanbieden zich financieel in de vingers kunnen snijden.

AB KLINK

Hoogleraar aan de Vrije Universiteit Amsterdam en lid van de Raad van Bestuur van VGZ

CHRISTIAAN SCHAKEL

Buitenpromovendus bij het RadboudUMC

SANDER VISSER

Partner bij StrategyAnd

PATRICK JEURISSEN

Bijzonder hoogleraar bij het RadboudUMC

Dit artikel is gebaseerd op Klink et al. (2017) dat onlangs in *Health Policy* verscheen.

In de aanloop naar en sinds de introductie van de Zorgverzekeringswet (Zvw) van 2006 zijn er tal van doelmatigheidsmaatregelen geïntroduceerd voor de Nederlandse gezondheidszorg. Het Centraal Planbureau (CPB) heeft de taak om dergelijke maatregelen te analyseren en te valideren voor de over-

heid en politici. Dit is een invloedrijke taak, omdat politici en beleidsmakers gevoelig zijn voor de uitspraken van het CPB en daarom proberen hun voorstellen vaak zo veel mogelijk *CPB-bestendig* te maken.

Deze analyse en validatie draagt bij aan een ordentelijke budgettaire onderbouwing van plannen, maar roept ook vragen op over de gehanteerde criteria. Het CPB heeft daarnaast te maken met voortschrijdend inzicht en nieuwe wetenschappelijke literatuur, waardoor plannen door de tijd heen anders kunnen worden gewaardeerd.

Dit artikel bespreekt in kader 1 aan de vooravond van nieuwe calculaties hoe het CPB de doelmatigheidsmaatregelen in de zorg tussen 2003 en 2012 heeft gewogen, en komt op basis daarvan op drie dilemma's voor de toekomst. We richten ons hierbij vooral op de calculatie van maatregelen die de gereguleerde competitie beïnvloeden.

Evaluatie CPB-beoordelingen van de zorg

KADER 1

2003: Steun voor zorghervormingen, maar huiverig om besparingen te kwantificeren

Rond het jaar 2000 waren veel politieke partijen het eens dat de Nederlandse gezondheidszorg aan een opknopbeurt toe was: strikt budgetteringsbeleid had geleid tot lange wachtlijsten. Er werden rechtszaken aangespannen om de traagheid van het systeem tegen te gaan. De druk om het beleid te wijzigen nam toe en de overheid besloot geld in het systeem te injecteren (het zogenoemde 'boter-bijde-vis-beleid'). Omdat aanbieders een behoorlijke mate van autonomie bezaten, was het echter onduidelijk waar de extra middelen aan werden besteed.

Met name het CDA en de VVD stelden een transitie voor in de richting van een systeem gebaseerd op gereguleerde marktwerking (VVD, 2002; CDA, 2000). Dit zou de arbeidsproductiviteit verhogen, wachtlijsten verminderen en in het verlengde daarvan de macro-uitgaven aan zorg beheersen. De ziekenfondsen zouden worden getransformeerd tot private zorgverzekeraars, die met elkaar om de gunst van de verzekerde zouden concurreren door scherp te contracteren met aanbieders, om daarmee aantrekkelijke premies en goede kwaliteit van zorg aan te bieden. Verzekeraars zouden worden gefinancierd door inkomensafhankelijke bijdragen, een

maandelijkse nominale premie en uit algemene belastingmiddelen. Een zorgtoeslag moest de lage-inkomensgroepen ondersteunen bij het afsluiten van een zorgverzekering. Het Planbureau stelde een verkennende analyse op van de voorgestelde maatregelen en de wijze waarop gereguleerde marktwerking succesvol zou kunnen zijn (CPB, 2003). Het verschaftte een zekere 'legitimiteit' van de voorstellen, door te stellen dat een dergelijke hervorming de zorgmarkt transparanter zou kunnen maken en de doelmatigheid kon vergroten. Maar het CPB kende hiervoor echter geen besparingen toe, omdat de langetermijneffecten op dat moment onduidelijk waren.

DRIE DILEMMA'S VOOR DE TOEKOMST

Het aanbod is (noodzakelijkerwijs) slechts ten dele gebaseerd op wetenschappelijke inzichten

Het medisch aanbod is niet altijd gebaseerd op de laatste wetenschappelijke inzichten. Men weet niet altijd welke patiënt gebaat is bij een bepaalde behandeling en welke niet. In dit grijze en zeer kostbare gebied wat betreft combinaties van *evidence-based* indicatietherapieën is het lastig om te bepalen wat precies efficiënte en zinnige zorg is.

Beperking van het verzekerde pakket en het opstellen van richtlijnen lossen dit probleem niet volledig op. De laatste wetenschappelijke inzichten worden niet snel genoeg in richtlijnen vertaald. Ontwikkelingen in het aanbod gaan te snel om via richtlijnen te beheersen. Daar komt bij dat gepaste zorg in de regel van persoon tot persoon varieert en over het algemeen niet in generieke richtlijnen kan worden gevat, zeker niet als het ouderen betreft. Beheersing via het pakket en via richtlijnen is daarom per definitie een partiële strategie.

Volumeprikkels voor aanbieders verruimen de toegang tot zorg, maar stimuleren ook overbehandeling

Vergoedingsregimes gebaseerd op het aantal behandelingen werken overbehandeling in de hand. Dit levert een dilemma op, omdat volumeprikkels tegelijkertijd nuttig kunnen zijn om wachtlijsten te beperken en de productiviteit te verbeteren. Het tegengaan van overbehandeling met behoud van productiviteit is dan ook ingewikkeld, gegeven de verschillende en soms tegenstrijdige belangen. In de afgelopen jaren zijn de kosten van ziekenhuizen weliswaar beperkt gestegen, maar is tegelijkertijd het aantal behandelde patiënten teruggelopen. De zorgzwaarte in de ziekenhuizen is toegenomen, maar de vraag of daarmee de

zorg ook 'gepaster' is geworden, is voornamelijk niet beantwoord. Het alternatief om stijgende volumes met een puur budgettaire beheersingsstrategie tegen te gaan, behelst juist het risico van onderbehandeling.

Vertrouwen, reputatieschade en de 'voordelen' van het ongelimiteerd uitbreiden van het aanbod

Patiënten en artsen hebben over het algemeen niet zoveel vertrouwen in verzekeraars die zich bemoeien met het niveau en de kwaliteit van het zorgaanbod. Het is voor verzekeraars dan ook ingewikkeld om patiënten naar die aanbieders te geleiden die gepaste zorg leveren. Lukt dit niet, dan kunnen aanbieders die gepaste en daarmee minder zorg leveren zichzelf in termen van omzet in de vingers snijden. Bovendien worden juist deze aanbieders 'gestraft' als het komt tot het terughalen van overschrijdingen via het MBI. Zij krijgen dezelfde procentuele korting als aanbieders die het volume ongebreideld laten oplopen, tenzij verzekeraars dat corrigeren. Een contracteringssysteem gericht op gepaste zorg en kwaliteit kan deze spiraal in theorie doorbreken. Er is echter een lastig coördinatieprobleem: verzekeraars hebben moeite om doelmatige en gepaste zorg goed te omschrijven, en intrinsiek gemotiveerde aanbieders en artsen ondervinden niet de voordelen van het uitwerken van gepaste zorg als gevolg van bestaande (volume)prikkels.

CONCLUSIE VOOR DE ZORG

De DBC-systematiek (met een open einde) enerzijds en anderzijds de druk om te komen tot doelmatige zorg hebben geresulteerd in een snelle groei van innovatieve behandelingen en aanvullend zorgaanbod. Dit kan echter ook tot zorg van beperkte waarde leiden, of van helemaal geen waarde (Welch *et al.*, 2012).

Wanneer aanbieders hun ambities op één lijn brengen

Evaluatie CPB-beoordelingen van de zorg (Vervolg)

delijk waren: de voorgestelde stelselwijziging zou in potentie zelfs duurder uit kunnen pakken door het risico op een aanbod-gestuurde vraag, een versnelde opname in het pakket van kostenverhogende technieken, minder kosteneffectieve behandelingen en een versnipperd aanbod van aanbieders en diensten. Om deze risico's te mitigeren suggereerde het Planbureau hogere eigen betalingen, maar ook betere protocollen en richtlijnen en degressieve (vaste) tarieven.

2006: Groeiend vertrouwen in hervormingen

In 2006 trad de Zorgverzekeringswet in werking. In dat jaar rekende het Planbureau ook de verkiezingsprogramma's door en kende vooral besparingen toe aan traditionele bezuinigingsmaatregelen: eigen betalingen, het verzekerde pakket, het aanpassen van de zorgtoeslag en een beperkt aantal doelmatigheidsmaatregelen. Tegelijkertijd raamde het Planbureau nu ook besparingen als gevolg van de introductie van gereguleerde marktwerking. Het CPB werd hiermee explicieter

in zijn inschattingen van de doelmatigheidsmaatregelen als gevolg van 'marktwerking', dan het in 2003 was geweest. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de doorrekening van het verkiezingsprogramma van het CDA. Hierin zette het CDA in op een liberalisering van prijzen (tot zo'n tachtig procent van de ziekenhuiszorg) en een grotere risicodragendheid van verzekeraars. Het CPB schatte in dat een dergelijke prijsliberalisering verzekeraars in staat zou stellen om productiviteitswinsten te behalen, oplopend van zo'n 0,3 miljard euro in 2011 tot 1,0 miljard euro in 2018 (CPB, 2006).

2010 en 2012: Terughoudend om doelmatigheidsmaatregelen te valideren

Ten tijde van de verkiezingen van 2010 waren de eerste resultaten van de hervormingen zichtbaar. De vrij onderhandelbare tarieven van ziekenhuizen – de tarieven voor behandelingen in het zogenaamde B-segment – werden lager vastgesteld dan voorheen, maar de totale ziekenhuisuitgaven daalden niet. Dit suggereert

dat extra capaciteit werd ingezet om een groeiend aantal patiënten te behandelen. Ook leek het effect van extra productiviteitsprikkels op de honorering van medisch specialisten onderschat. Vanaf 2008 werden specialisten vergoed op basis van een vast uurtarief, vermenigvuldigd met een gestandaardiseerd aantal minuten voor iedere diagnose-behandeling-combinatie (DBC). Door de vergoeding per behandeling vast te zetten, kwam eventuele productiviteitswinst volledig ten goede aan de medisch specialist. Ook hierdoor namen de uitgaven toe. In 2009–2010 ging dit beleid op de schop: het beheersmodel medisch specialisten werd geïntroduceerd, waarmee een 'bovengrens' aan hun inkomen werd gesteld. Toch stegen de zorguitgaven nog tot 2012 door.

In de doorrekening van de verkiezingsprogramma's in 2010 en 2012 keerde de terughoudendheid van het CPB om doelmatigheidsbesparingen te verzilveren terug. In 2010 gold dit voor partijen die verdere liberalisering van DBC-

met verzekeraars die betere en beter betaalbare zorg nastreven, moet het echter mogelijk zijn om meer gepaste zorg te realiseren. Aanbieders die zich radicaal toeleggen op gepaste zorg kunnen als benchmark dienen en daarnaast ook de genoemde problemen van informatieasymmetrie en reputatie opheffen. Dit kan bijvoorbeeld gestimuleerd worden met meerjarenafspraken die de omzet voor enkele jaren garanderen, door de inkomstendering van aanbieders die gepaste zorg bieden te compenseren en door de puur op productie gerichte aanbieders slechtere contracten aan te bieden.

CONCLUSIE VOOR HET CPB

Bij het beoordelen van de wijze waarop het CPB doelmatigheidsvoorstellen op het terrein van de gereguleerde marktwerking in de zorg heeft gewaardeerd is het belangrijk om te bedenken dat het Planbureau hoofdzakelijk doelmatigheidsvoorstellen accordeert, die van overheidswege rechtstreeks afdwingbaar zijn: gedragseffecten komen waarschijnlijk pas in beeld als zij zich langjarig hebben bewezen. Het Planbureau stelt zich hierbij terecht terughoudend op. Nu het CPB in toenemende mate inzichtelijk maakt welke barrières er bestaan om doelmatigheidswinst te verzilveren, is het aan de beleidsmakers, verzekeraars en aanbieders om deze barrières te slechten en om een geïntegreerde agenda

op te stellen in het belang van de premiebetaler en de patiënt. Het is daarbij verstandig, op basis van de dilemma's die – ook – door het CPB inzichtelijk gemaakt zijn, ruimte te bieden aan de alternatieve vormen van contractering.

LITERATUUR

CDA (2000) *Nieuwe regie in de zorg: een christen-democratische visie op de structuur en financiering van de gezondheidszorg*. Den Haag: Wetenschappelijk Instituut voor het CDA.

CPB (2003) *Zorg voor concurrentie; een analyse van het nieuwe zorgstelsel*. Den Haag: Centraal Planbureau.

CPB (2006) *Keuzes in kaart 2008–2011; economische effecten van acht verkiezingsprogramma's*. Den Haag: Centraal Planbureau.

Klink, A., H.C. Schakel, S. Visser en P. Jeurissen (2017) The arduous quest for translating health care productivity gains into cost savings. Lessons from their evolution at economic scoring agencies in the Netherlands and the US. *Health Policy*, 121(1) 1–8.

Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012) *Naar beter betaalbare zorg*. Rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven, juni 2012.

VVD (2002) *Ruimte, respect en vooruitgang: verkiezingsprogramma Volkspartij voor Vrijheid en Democratie*. Den Haag: VVD.

Welch, H.G., L. Schwartz en S. Woloshin (2012) *Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health*. Boston, MA: Beacon Press.

In het kort

- ▶ Het CPB heeft zich terecht terughoudend opgesteld in het beoordelen van gedragseffecten van doelmatigheidsvoorstellen.
- ▶ Gedragsinformatie is steeds meer beschikbaar en kan nu ook ingezet worden om doelmatigheidswinst te verzilveren.
- ▶ Door aanbieders op één lijn te brengen met verzekeraars kan meer gepaste zorg gerealiseerd worden.

VERVOLG KADER 1

tarieven voorstelden, maar ook voor partijen die voorstelden om juist de andere kant op te bewegen en de overheid weer een sterkere rol te geven. Op het eerste gezicht kende het Planbureau wederom alleen besparingen toe aan relatief 'simpele' en 'enkelvoudige' maatregelen: verhoging van het eigen risico, aanscherpen van het verzekerde pakket en het aanpakken van de salarissen van zorgbestuurders en specialisten. Wellicht in de veronderstelling dat een door aanbod geïnduceerde vraag zich per saldo vertaalt in een hogere, in plaats van lagere, uitgavengroei, kende het CPB in 2010 wel besparingen toe aan initiatieven gericht op de kwaliteit en gepastheid van zorg – hier wordt bedoeld het tegengaan van overconsumptie – onder meer via de oprichting van het Zorginstituut Nederland en meer in het bijzonder het Kwaliteitsinstituut. Het kwaliteitsinstituut had de taak om een spoorboekje voor 'gepaste zorg' te ontwikkelen en om daarmee aanbod-gestuurde vraag tegen te gaan.

In 2012 kwamen vergelijkbare voorstellen terug, ditmaal gelabeld als strikte en stringente beheersing van het verzekerde pakket. Nagevoeg alle politieke partijen kwamen met dergelijke voorstellen en het Planbureau kende hier ex-ante besparingen aan toe.

2012: 'Heroriëntatie' van het denken

In 2012 verschenen er twee nieuwe elementen in de verkiezingsprogramma's en dus ook in de doorrekeningen van het Planbureau. Ten eerste een macrobeheersingsinstrument (MBI): een laatste redmiddel dat de overheid in staat stelt budgettaire overschrijdingen terug te halen op basis van het relatieve marktaandeel van aanbieders. En ten tweede een nationaal en regionaal geconcentreerd aanbod van spoedeisende en dure zorg. Het CPB kende beperkte besparingen toe aan een agenda gericht op deze concentratie van zorg, hoewel het in eerdere publicaties ook waarschuwde voor het ontstaan van monopolies. Deze instrumenten passen in een agenda

gericht op uitgavenbeheersing van de aanbods- zijde van de zorg en illustreren daarmee dat de zorgkostenbeheersing door verzekeraars nog onvoldoende uit de verf kwam. De overheid kan kostenbeheersing niet volledig overlaten aan het spel van de gereguleerde competitie. Dit is ook zichtbaar in een publicatie van het Ministerie van Financiën en van VWS uit 2012 (Taskforce Beheersing Zorguitgaven 2012), waarin onder meer gesteld wordt dat verzekeraars moeilijk zicht hebben op welke zorg doelmatig is en toegevoegde waarde heeft (informatieasymmetrie). Bovendien, als partijen dit wel zouden weten, zou dit zich waarschijnlijk niet vertalen in een reductie van het aanbod, vanwege mogelijke reputatieschade.

Het CPB kende dus vooral besparingen toe aan de meer traditionele bezuinigingsmaatregelen, maar zichtbaar worstelde met het toekennen van besparingen gericht op competitie en 'marktwerking', transparantie en ook het terugdringen van de aanbod-geïnduceerde vraag.