



## Zorgen voor concurrentie op termijn

**Auteur(s):**

Appelman, M.D.  
Douven, R.C.M.H.  
Laat, E.A.A. de.  
Mot E.S.  
Pomp, J.M.

*Appelman, Douven en Mot zijn werkzaam bij het Centraal Planbureau. De Laat en Pomp werkten ten tijde van het onderzoek bij het Centraal Planbureau en werken momenteel bij het ministerie van vws respectievelijk de Stichting Economisch Onderzoek. De auteurs danken Marcel Canoy, Henk Don en Kees Folmer voor hun bijdrage [e.s.mot@cpb.nl](mailto:e.s.mot@cpb.nl)*

**Verschenen in:**

ESB, 88e jaargang, nr. 4401, pagina 205, 2 mei 2003

**Rubriek:****Trefwoord(en):**

zorg

*Uitstel van een nieuw zorgstelsel tot 2006 betekent niet een pas op de plaats. Op korte termijn zijn beleidsmaatregelen nodig om de vernieuwing tot een succes te maken.*

**Bij gebrek aan een regeerakkoord is niet duidelijk of en wanneer een nieuw zorgstelsel zal worden ingevoerd. Zelfs als een nieuwe regering pas per 1 januari 2006 een nieuw zorgstelsel wil invoeren, zijn op korte termijn al beleidsmaatregelen nodig. Andere maatregelen kunnen geleidelijk worden uitgewerkt. Voordat we op de maatregelen ingaan, beschrijven we het doel: een nieuw stelsel voor de curatieve zorg.**

### Een nieuw zorgstelsel

De contouren van een nieuw zorgstelsel zullen waarschijnlijk in sterke mate overeen komen met de plannen van het tweede kabinet-Kok, die door het eerste kabinet-Balkenende grotendeels waren overgenomen. Concurrentie tussen zorgverzekeraars en tussen zorgaanbieders staat centraal. Het gaat om gereguleerde concurrentie waarbij de solidariteit tussen zieken en gezonden wettelijk wordt geregeld. Dit gebeurt door een acceptatieplicht voor verzekeraars, een verbod op premiedifferentiatie, verevening van het verschil in risico's tussen portefeuilles van verzekeraars en een verzekeringsplicht. In het nieuwe stelsel krijgen zorgaanbieders geen budgetten meer van de overheid, maar moeten ze hun inkomsten genereren door producten en diensten aan zorgverzekeraars te verkopen. Concurrentieprikkels kunnen er aan bijdragen dat potentiële doelmatigheidsverbeteringen gerealiseerd worden. Uit een reeks experimenten blijkt dat de doelmatigheid van aanbieders in de curatieve zorg op betrekkelijk eenvoudige wijze valt te verbeteren<sup>1</sup>. De eerdere kabinetsplannen, zoals bijvoorbeeld uiteengezet in de kabinetsnota Vraag aan bod, samen met onderstaande voorstellen voor aanvullend beleid, versterken de concurrentieprikkels aanzienlijk ten opzichte van de huidige situatie<sup>2</sup>.

### Beleidsmaatregelen vóór de stelselherziening

Naar verwachting komt er op een bepaald tijdstip, mogelijk per 1 januari 2006, één basisverzekering voor de voorheen ziekenfonds- en particulier verzekerden en wordt de rol van concurrentie groter. Uiteraard gaat deze 'big bang' in het verzekeringsstelsel niet gepaard met complete deregulering. Sommige regels worden versoepeld, op andere punten is een sterkere rol van de overheid gewenst. Een bepaalde mate van regulering en toezicht zal altijd nodig zijn om de 'markt voor zorg' met zijn vele marktonvolkomenheden goed te laten functioneren. Om concurrentie van de grond te laten komen, moet het hiervoor benodigde instrumentarium gereed zijn voor de stelselherziening. Een apart punt is dat snel de juridische mogelijkheden moeten worden uitgezocht om het zorgstelsel te organiseren met winstgerichte verzekeraars, waarvan de voordelen duidelijk zijn gemaakt door Koeman en Hoogendijk<sup>3</sup>. Winstgerichte verzekeraars hebben meer prikkels om de doelmatigheid te verhogen, hetgeen nu juist een van de belangrijkste doelstellingen van de stelselherziening is. Overigens hoeven niet alle verzekeraars winstgericht te zijn voor een grotere doelmatigheid.

#### Toetreding zorgaanbieders

Voor concurrentie zijn voldoende aanbieders nodig. Gelet op de wachtlijsten en berichten over tekorten aan medische beroepsbeoefenaren en verplegend en verzorgend personeel, wordt aan deze voorwaarde momenteel niet voldaan. Gedeeltelijk ligt de oplossing in een betere benutting van de bestaande capaciteit, door efficiëntieverbetering en de aanpak van het ziekteverzuim. Dit betekent dat de stelselherziening kan bijdragen aan de oplossing van dit probleem via doelmatigheidsprikkels. Voor een ander deel kan meer instroom van personeel worden gegenereerd door aantrekkelijker arbeidsvoorwaarden en meer opleidingscapaciteit. Om toetreding voor ziekenhuiszorg te vergemakkelijken, is het noodzakelijk om het huidige stelsel van budgettering te wijzigen in een stelsel met integrale kostprijzen per product. Een aanvullende drempel is de Wet Ziekenhuisvoorzieningen waarin nieuwe ziekenhuizen alleen een vergunning krijgen indien er volgens het Bouwcollege behoefte is aan nieuwe capaciteit. Toetreders die marktaandeel willen veroveren op gevestigde ziekenhuizen komen dus niet voor een vergunning in aanmerking. Omwille van concurrentiebevordering is het van belang nu al te gaan regelen dat het capaciteitscriterium vervalt na invoering van het nieuwe zorgstelsel.

## *Kwaliteitsbewaking*

Voor een goed werkende markt is transparantie omtrent prijs en kwaliteit van verzekeraars en zorgaanbieders gewenst. De ingezette introductie van diagnose-behandelcombinaties (dbc's) kan bijdragen aan transparantie. Kwaliteit, en dan vooral de medisch-inhoudelijke kwaliteit, blijft echter vaak moeilijk voor het voetlicht te brengen, terwijl hoge kwaliteit in sommige gevallen wel extra geld kan kosten. Hierdoor dreigt het gevaar dat de kwaliteit door prijsconcurrentie schade oploopt. Het is dus belangrijk om op korte termijn maatregelen te treffen om de medisch-inhoudelijke kwaliteit van zorg te monitoren en te borgen:

» » bevordering van de toepassing van integrale kwaliteitssystemen. De verplichting tot toepassing van deze systemen in zorginstellingen is al wettelijk vastgelegd, de implementatie blijft echter achter. Door intensivering van het overheidstoezicht kan dit probleem tijdig worden opgelost;

» » indicatoren vaststellen en toepassen voor kwaliteitsaspecten die relatief makkelijk meetbaar zijn, zoals preventie, het verkrijgen van de juiste behandeling, toegang tot zorg en consumententevredenheid. In de Verenigde Staten blijkt dat de implementatie van dergelijke prestatie-

» indicatoren sneller gaat wanneer de overheid een aanjagende rol speelt;

» » ontwikkeling van uitkomstindicatoren voor mortaliteit, kwaliteit van leven en dergelijke. Hier zitten nogal wat haken en ogen aan, zoals slechte vergelijkbaarheid van indicatoren als niet in voldoende mate wordt gecorrigeerd voor factoren die los staan van de kwaliteit van zorg. Daardoor ontstaat het gevaar dat op minder zieke patiënten wordt geselecteerd om een goede uitkomst te krijgen. Het proces van ontwikkeling van indicatoren hoeft niet afgerond te zijn voordat het nieuwe stelsel ingevoerd wordt. Wel moet nu worden begonnen met het ontwikkelen van een methodologie voor uitkomstmeting. Bovendien moeten de benodigde gegevens beschikbaar komen voor de organisaties die dergelijke gegevens kunnen interpreteren, zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (igz). Informatievoorziening in het algemeen is een belangrijk aandachtspunt in de stelselherziening. De overheid kan een belangrijke rol spelen bij informatievoorziening en methode-ontwikkeling.

## *Toezichthouder*

De kabinetsplannen bevatten het voornemen tot instelling van een toezichthouder, die na invoering van het nieuwe zorgstelsel de concurrentie kan stimuleren. De zorgtoezichthouder zou echter per direct aan de slag moeten gaan om expertise op te bouwen en de ontwikkelingen met betrekking tot toetreding en transparantie te monitoren. Het is bovendien wenselijk om de toezichthouder zo snel mogelijk instrumenten te bieden om fusies preventief te toetsen. Door fusies is het aantal ziekenhuizen gedaald van 220 in 1981 tot 106 in 1997. Van efficiënte schaalvergroting lijkt nauwelijks sprake meer. Het is eerder zo dat ziekenhuizen anticiperen op nieuwe wetgeving en dat ze in het recente verleden fuseerden teneinde toekomstige concurrentie voor te zijn. De Mededingingswet is op zich het geëigende instrument om te voorkomen dat fusies tussen zorgaanbieders en verzekeraars de mededinging beperken. Bij markten in transitie kan evenwel tijdelijke sector specifieke regelgeving nodig zijn<sup>4</sup>.

## *Risico-verevening*

In het huidige zorgstelsel is er sprake van risicoverevening op de ziekenfondsmarkt. Dit houdt in dat verzekeraars met relatief veel verzekerden voor wie hoge zorguitgaven te verwachten zijn, financieel gecompenseerd worden. Zo wordt risicoselectie voor verzekeraars minder aantrekkelijk. Risicoselectie betekent dat zorgverzekeraars zich richten op verzekerden van wie vooraf valt te verwachten dat de medische kosten lager zullen zijn dan de opbrengsten die verkregen worden voor die verzekerde. In het nieuwe stelsel moet de risicoverevening ook voor de huidige particulier verzekerden gaan gelden. Dit is des te meer van belang omdat door meer concurrentie ook de prikkel tot risico-selectie kan toenemen voor verzekeraars. Voorafgaand aan de invoering van het nieuwe stelsel dienen twee aspecten in ieder geval goed geregeld te zijn. Ten eerste is het voor het samenvoegen van de particuliere markt en de ziekenfondsmarkt van belang dat de benodigde data voor een risico-vereveningssysteem ook voor particulier verzekerden beschikbaar komen en dat het systeem aan deze gegevens wordt aangepast. Ten tweede moet worden nagegaan hoe eigen risico's kunnen worden meegenomen in een systeem van risicoverevening.

## **Wat kan geleidelijk?**

Bovengenoemde beleidsmaatregelen zijn noodzakelijk vóór invoering van het nieuwe stelsel. Onderstaande beleidsmaatregelen hebben minder haast. Dat neemt echter niet weg dat ze bij voorkeur nu al worden onderzocht en indien mogelijk en zinnig ook al (in deelmarkten) worden ingevoerd.

## *Onderhandelingsmacht op de geneesmiddelenmarkt*

Een geneesmiddel wordt gekenmerkt door de werkzame stof die er in zit, bijvoorbeeld paracetamol. Als een octrooi op een werkzame stof afloopt, komen er kopieën op de markt, de zogenaamde merkloze (generieke) geneesmiddelen. Aangezien het hier gaat om zo goed als homogene producten, valt te verwachten dat generieke middelen flink op prijs concurreren. Actieve verzekeraars kunnen een rol spelen bij het verlagen van geneesmiddelenprijzen, door scherp te onderhandelen met aanbieders van geneesmiddelen. Echter, bij de aanbestedingsprocedures tot dusver schrijven aanbieders niet in. Een belangrijke reden is dat verzekeraars nu nog niets te bieden hebben. Zij kunnen aanbieder x niet garanderen dat hun verzekerden ook daadwerkelijk het product van aanbieder x afgeleverd krijgen. Verzekerden hebben namelijk ook aanspraak op het concurrerende product van aanbieder y. Als verzekeraars de mogelijkheid krijgen om de aanspraak van hun verzekerden te beperken tot een (of enkele) aanbieder per werkzame stof, kunnen ze hun aanbieders wel exclusiviteit bieden. Dit gaat niet ten koste van de zorg, want de verzekerde houdt immers aanspraak op alle (combinaties van) werkzame stoffen. Het is een snelle manier om de onderhandelingspositie van de inkopers van geneesmiddelen te versterken.

## *Verbeteren risico-verevening*

In aanvulling op de aanpassingen die noodzakelijk zijn voor invoering van het nieuwe stelsel, zijn er meerdere opties om het systeem van risico-verevening te verbeteren:

» » voortdurend onderzoek is wenselijk om de voorspelkracht van het risico-vereveningssysteem te verbeteren. Hier kan wellicht gebruik worden gemaakt van diagnose-informatie die gebruikt wordt bij ziekenhuisopnamen, gezondheidsindicatoren of informatie die beschikbaar komt bij de invoering van diagnose-behandelcombinaties;

» » normuitkeringen zouden achteraf gecorrigeerd kunnen worden bij een verkeerde raming van het macro-verstrekkingsbudget;

» » de verevening van hoge risico's lijkt een beter alternatief dan de huidige verevening van hoge kosten in het ziekenfonds. De kern van hoge-risico-verevening is dat verzekeraars zelf vooraf de verzekerden selecteren die in aanmerking komen voor de verevening. Verevening van hoge risico's heeft ten opzichte van verevening van hoge kosten twee voordelen. Verzekeraars houden prikkels voor doelmatigheid in geval van onvoorspelbare (hoge) risico's en de verevening wordt beperkt tot de voorspelbare (hoge) risico's;

» » de oprichting van een apart systeem van risicoverevening of financiering voor chronisch zieken verdient nadere bestudering.

### *Aanscherpen transparantie*

De bovengenoemde uitkomst-indicatoren voor de medisch inhoudelijke kwaliteit van zorg kunnen geleidelijk worden verbeterd. Gelet op de moeilijke meetbaarheid, is het niet zeker of het zal lukken om uitkomst-indicatoren te ontwikkelen die voldoende evenwichtig zijn om openbaar gemaakt te worden. De overheid zou dit door een onafhankelijke deskundige instantie kunnen laten beoordelen. Zolang de indicatoren niet geschikt zijn voor openbaarmaking kan de overheid bevorderen dat de indicatoren vertrouwelijk ter beschikking worden gesteld aan de belanghebbende en aan deskundige organisaties zoals de eerdergenoemde inspectie (igz) en patiëntenverenigingen.

### *Vrije prijzen voor zorgaanbod*

Al vóór invoering van het nieuwe zorgstelsel is mogelijk in enkele delen van de zorgsector voldaan aan de voorwaarden voor concurrentie: voldoende spelers en transparantie. De toezichthouder zou in deze delen vrije onderhandelingen over prijzen en hoeveelheden kunnen toestaan, waardoor daar al prikkels ontstaan om de doelmatigheid te verbeteren. In de beginfase na invoering van het zorgstelsel is het niet waarschijnlijk dat concurrentie in alle delen van de zorgsector direct goed op gang komt. Het ligt daarom in de rede om prijsregulering stap voor stap los te laten. Daarbij is een goede marktafbakening cruciaal: wanneer markten die in de praktijk niet volledig van elkaar zijn gescheiden verschillend worden gereguleerd, kunnen er ongunstige substitutie- en afwentelings-effecten optreden.

### **Winstgerichte zorgaanbieders**

Het al dan niet toelaten van winstgerichte zorgaanbieders blijft een dilemma. Winst maken is in Nederland momenteel niet toegestaan voor aanbieders van verzekerde zorg. Het toelaten van winstgerichte aanbieders in de ziekenhuiszorg kan bijdragen aan snelle toetreding, een belangrijke voorwaarde voor concurrentie. Hier staan mogelijke nadelen tegenover: kwaliteitsverlies voorzover deze kwaliteit niet goed kan worden gemeten en kostenstijgingen door de grotere geneigdheid van winstgerichte aanbieders om misbruik te maken van marktmacht.

### **Conclusie**

Invoering van een nieuw zorgstelsel in 2006 vergt een snelle start met een groot aantal beleidsmaatregelen. Op het actielijstje staan maatregelen die zijn gericht op toename van het aantal zorgaanbieders en op beter zicht en toezicht op de kwaliteit van zorgaanbieders, een toezichthouder die fusies tussen ziekenhuizen beoordeelt en aanpassing van het systeem van risicoverevening. Deze maatregelen zijn nodig om concurrentie van de grond te laten komen. Anders dreigt het risico dat de stelselherziening niet tot de beoogde grotere doelmatigheid leidt, maar tot hogere kosten dan wel lagere kwaliteit van zorg.

---

1 SCP, Sociaal en cultureel rapport 2002, Den Haag, 2002.

2 Ministerie van VWS, Vraag aan bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel, Nota van het kabinet aan de Tweede Kamer, Ministerie van VWS, Den Haag, 2001. Zie voor aanvullende beleidsopties: Centraal Planbureau, Zorg voor concurrentie: een analyse van het nieuwe zorgstelsel, CPB-document nr. 28, Den Haag, 2003.

3 J. Koeman en F.A. Hoogendijk, Verzekeraars: de winst van for-profit, ESB, 21 februari 2003, blz. 81-83.

4 M.F.M. Canoy en D. Newbery, Fusiecontrole voldoet niet bij elektriciteit, Het Financieele Dagblad, 18-1-2003.