

Marktwerking in de zorgsector

Een belangrijk uitgangspunt van het Nederlandse zorgstelsel is dat de vraag van de patiënt bepaalt welke zorg wordt geboden. Zorgverzekeraars vervullen hierbij een belangrijke rol en dienen hun onderlinge concurrentiedruk door te vertalen naar de zorginkoopmarkt. Maar op deze markt ligt – als gevolg van gefaseerde invoering en restricties in het aanbod – de macht nog vooral bij de aanbieders: de ziekenhuizen en de medisch specialisten. Hierdoor komt de gewenste vraagsturing nog maar nauwelijks van de grond. Verdere liberalisering kan een belangrijke stap zijn in de richting van betere en goedkopere zorg, mits risico's goed beheersbaar blijven. Daartoe vragen allereerst uitvoeringsproblemen om praktische oplossingen. Pas als de randvoorwaarden juist zijn, kan marktwerking het gewenste effect sorteren.

Het kan niemand zijn ontgaan dat de gezondheidszorg de laatste jaren sterk in beweging is. DNB volgt deze ontwikkeling op de voet. Als prudentieel toezichthouder op zorgverzekeraars beschermt DNB de belangen van polishouders. Om de kans te verkleinen dat een zorgverzekeraar failliet gaat door hoge zorgkosten of grote beleggingsverliezen, stelt DNB eisen aan het aanwezige kapitaal van zorgverzekeraars. Daarnaast spant DNB zich in om goed zicht te krijgen op de bedrijfsvoering en de financiële positie van individuele verzekeraars. Dit vloeit voort uit Europese richtlijnen en is vastgelegd in de Wet op het Financieel Toezicht (Wft). Maar ook vanuit macro-economisch oogpunt – en daarom voor DNB als centrale bank – zijn de ontwikkelingen in de gezondheidszorg van belang. De uitgaven aan de zorg vormen een grote en stijgende component van onze nationale bestedingen. Doordat deze uitgaven voor een belangrijk deel collectief worden gefinancierd, zijn de ontwikkelingen in de zorg aandachtspunt met het oog op de houdbaarheid van de overheidsfinanciën.

De Zorgverzekeringswet (Zvw), die sinds 2006 van kracht is, heeft twee hoofddoelstellingen. Ten eerste het creëren van één basisverzekering voor alle Nederlanders. Ten tweede wordt getracht de keuzevrijheid in de zorg – met verzekeraars als doorgeefluik – te vergroten. Op deze wijze ontstaat meer concurrentie tussen ziekenhuizen, met een hogere efficiëntie tot gevolg. Ruim drie jaar later is echter maar beperkt sprake van vraaggestuurde zorg. Dit is deels het gevolg van de gefaseerde invoering die voorzichtigheidshalve is gekozen. Verdere liberalisering zou daarom vraagsturing dichterbij kunnen brengen. De zorg is echter geen gewone markt. Zo heeft de markt een specifiek publiek-privaat karakter en wordt volledige concurrentie beperkt door toetredingsbarrières als zeer hoge vaste kosten en beroepsbescherming van artsen. Zonder meer liberaliseren is daarom weinig effectief. De vraag is veeleer onder welke randvoorwaarden liberalisering kansrijk en verstandig beleid is.

Marktwerking

Zorgverzekeraars hebben een centrale functie in het nieuwe zorgstelsel. De idee is dat verzekeraars die om de gunst van verzekerden moeten strijden, deze concurrentiedruk doorvertalen naar zorgaanbieders op de zorginkoopmarkt. Op deze wijze ontstaat meer concurrentie tussen ziekenhuizen, met als doel een hogere efficiëntie. Traditionele beheersingsmechanismen zoals budgettering van ziekenhuizen zijn dan slechts voor een beperkt deel van de zorg nodig. Aan de andere kant

wordt de solidariteit in het stelsel gewaarborgd door de acceptatieplicht en de daarmee samenhangende risicoverevening. Dit houdt in dat verzekeraars alle verzekerden tegen eenzelfde premie moeten accepteren voor de basisverzekering, maar gecompenseerd worden voor een minder dan gemiddeld gezond verzekerdenbestand.

De zorgconsument als verzekerde streeft naar een zo laag mogelijke premie. De zorgconsument als patiënt heeft zijn premie al betaald en verlangt daarom de beste en meest uitgebreide zorg. De signalen van de patiënt enerzijds en de verzekerde anderzijds worden doorgegeven en versterkt door respectievelijk de zorgaanbieder en de verzekeraar. De verzekeraar wil immers ook de kosten van de zorg drukken, terwijl de zorgaanbieder een prikkel heeft om zoveel mogelijk zorg te leveren. Deze twee belangen ontmoeten elkaar op de zorginkoopmarkt. De onderhandelingen tussen verzekeraar en zorgaanbieder op die markt bepalen daarom voor een aanzienlijk deel de kostenontwikkeling in de sector. Indien verzekeraars een sterke positie hebben, zal dit de efficiëntie in de sector ten goede komen. Kanttekening is wel dat deze concurrentiedruk primair op de prijs zal aangrijpen, aangezien deze voor verzekeraars het makkelijkst te observeren en te vergelijken is. Voor een goede werking van het stelsel is echter van belang dat de concurrentie niet zozeer prijsdruk veroorzaakt als wel efficiëntie bevordert. Het resultaat is dan een goede prijs/kwaliteitverhouding en het voorkomen van overconsumptie.

In het omgekeerde geval, als zorgaanbieders de bovenliggende partij zijn, kunnen de prijzen en vooral ook het zorgvolume oplopen. Aanbieders hebben belang bij een hoog volume, omdat in het nieuwe zorgstelsel de zorg wordt betaald per behandeling (de diagnose-behandelingscombinatie of DBC). Dit is bijvoorbeeld zichtbaar bij huisartsen. Sinds per verrichting wordt betaald, is het aantal consulten sterk opgelopen. Voor ziekenhuizen geldt dat de vaste kosten hoog zijn (zoals investeringen in gebouwen en apparatuur), zodat onbenutte capaciteit kostbaar is. Hierdoor ontstaat bij afrekening per DBC een prikkel om de zorgvraag op te splitsen naar verschillende consulten, zodat het volume – en dus de omzet – wordt vergroot. Overigens is deze gedragsreactie niet onbegrensd: vanuit hun beroeps-ethiek zullen artsen niet snel geheel overbodige zorg voorschrijven. Daarnaast wordt vanuit de markt gezien op vormen van misbruik van de ingewikkelde DBC-systematiek, waarbij behandelingen soms in een zwaardere – en dus duurder – categorie worden gedeclareerd ('upcoding'). Marktwerking kan alleen slagen indien het verzekeraars lukt om hier tegenwicht aan te bieden. Dit kan in onderhandelingen met aanbieders, maar ook

door de relatie tussen arts en patiënt te beïnvloeden, bijvoorbeeld door patiënten meer met financiële prikkels te confronteren.

Zorginkoopmarkt functioneert nog niet optimaal

Zorgverzekeraars en ziekenhuizen onderhandelen over prijs, kwaliteit en volume van de zorg op de zorginkoopmarkt. Deze markt werkt efficiënt wanneer de onderhandelingsmacht evenwichtig is verdeeld. Op dit moment ligt de macht in de zorginkoopmarkt nog grotendeels bij de zorgaanbieders. Hiervoor bestaan verschillende oorzaken. Ten eerste is op dit moment slechts bij een minderheid van de zorgverrichtingen vrije onderhandeling mogelijk. Bij invoering in 2006 betrof het 10% van de ziekenhuiszorg, inmiddels is het vrij onderhandelbare deel vergroot tot ongeveer 34%. Het is de bedoeling om dit in de toekomst verder te vergroten tot uiteindelijk zo'n 70% van het aanbod. Het overige deel, bijvoorbeeld acute en topklinische zorg, leent zich niet voor vrije onderhandelingen. Vooral nog is concurrentie dus slechts op een beperkt deel van de markt mogelijk.

Ten tweede blijkt het voor verzekeraars moeilijk om verzekerden naar gecontracteerde zorgaanbieders te sturen, vooralsnog zijn verzekeraars namelijk huiverig om de keuzevrijheid van patiënten te beperken. Als verzekeraars veel invloed zouden hebben op de behandelkeuze van patiënten, kunnen ze scherp onderhandelen met zorgaanbieders. Hoewel zo'n 70% van de bevolking een naturapolis heeft – die in principe recht geeft op behandelingen bij specifieke aanbieders – is sturing van patiënten tot nu toe nog nauwelijks van de grond gekomen. In dit kader hebben verzekeraars nieuwe initiatieven genomen. Vanaf 1 januari 2009 vergoedt een aantal verzekeraars (een deel van) het eigen risico wanneer verzekerden zich laten behandelen door voorkeursaanbieders van verzekeraars. Daarnaast heeft het preferentiebeleid voor generieke geneesmiddelen de kosten voor verzekerden aanzienlijk gedrukt.

Ten derde is informatie over de kwaliteit van zorg nog maar zeer beperkt beschikbaar. Dit maakt het voor verzekeraars en verzekerden lastig om zorgaanbieders te vergelijken. Betrouwbare kwaliteitsinformatie zal het sturen van patiënten vergemakkelijken. Daarnaast zorgt de huidige DBC-systematiek in sommige gevallen voor ondoorzichtigheid over de geboden zorg. Aan de invoering van de verbeterde DBC-systematiek 'DBC's op weg naar transparantie' (DOT) zou daarom prioriteit moeten worden verleend.

Ten vierde belemmert de huidige vormgeving van de risicoverevening de prikkel tot concurrentie tussen verzekeraars. Idealiter zou de risicoverevening alleen op basis van kenmerken van de verzekerdenpopulatie de verwachte zorgkosten moeten corrigeren. Omdat onduidelijk was of vooraf alle kenmerken juist konden worden ingeschat, is er bij invoering voor gekozen om – in ieder geval in de eerste jaren – ook achteraf grote verschillen in gerealiseerde zorgkosten te verrekenen. Dit vermindert het financiële risico voor verzekeraars, maar beperkt ook de prikkel om de zorgkosten laag te houden. Scherpe onderhandelingen zijn daarom nog nauwelijks in het voordeel van de verzekeraar.

Ten vijfde is het zorgaanbod kunstmatig schaars. Door de numerus fixus op een medische studie wordt het aantal medici niet bepaald door de vraag vanuit de markt. Dit blijkt ook uit het feit dat Nederlandse artsen internationaal gezien relatief een hoog inkomen hebben. De concurrentie tussen zorgaanbieders is hierdoor beperkt, hetgeen verder wordt versterkt door de maatschappcultuur. Daarnaast beperkt het verbod op winstuitkeringen door ziekenhuizen de concurrentie in de sector. Ziekenhuizen zijn slechts beperkt aantrekkelijk voor risicodragend kapitaal, waardoor de druk van investeerders om de bedrijfsvoering efficiënter in te richten ontbreekt.

Randvoorwaarden essentieel bij verdere liberalisering

Op basis van het voorgaande kan worden geconstateerd dat verdere liberalisering in beginsel de beoogde werking van het zorgstelsel dichterbij brengt. Dit kan door de verevening van gerealiseerde schade af te bouwen en het vrij onderhandelbare deel van de zorgverrichtingen te vergroten. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (rvz) stelde onlangs dan ook vast dat marktwerking en de daarmee gepaard gaande risicodragendheid van private partijen snel moet worden uitgebreid. Hoewel dit einddoel wordt onderschreven, past grote voorzichtigheid ten aanzien van het voorgestelde tempo. Op dit moment bestaan er aanzienlijke administratieve onzekerheden voor ziekenhuizen en verzekeraars die onder meer voortvloeien uit de vertraging in de financiële verrekeringen met ziekenhuizen, problemen in de DBC-systematiek en de lange doorlooptijd van de risicoverevening. Dit zorgt ervoor dat de zorgkosten (schadelast) moeilijk zijn in te schatten, waardoor de actuele financiële positie van zorgverzekeraars vaak niet duidelijk is. Om de verevening-achteraf op ver-

antwoorde wijze te kunnen afbouwen, is het allereerst noodzakelijk dat de schadelast die samenhangt met de karakteristieken van de verzekerden voor verzekeraars, vooraf goed kan worden vastgesteld. Anders worden sommige verzekeraars onevenredig gecompenseerd of getroffen.

Zolang de huidige marktverhoudingen van kracht blijven en de macht grotendeels bij zorgaanbieders ligt, kan verdere liberalisering bovendien tot inefficiënte volumestijgingen leiden. Herstructurering van de zorgaanbodmarkt kan de machtsverhouding tussen verzekeraars en zorgaanbieders ten gunste van die eerste verschuiven. Allereerst is van belang dat op korte termijn betrouwbare informatie en data met betrekking tot zorgaanbieders worden verkregen. Dit betreft (i) kwaliteitsindicatoren van zorgaanbieders en (ii) inhoud, registratie en reikwijdte van DBC's. Daarnaast is het raadzaam dat bestaande restricties voor het zorgaanbod, zoals de numerus fixus en de maatschapcultuur, goed tegen het licht worden gehouden. Meer ruimte voor private initiatieven in de sector zou het aanbod ook flexibeler kunnen maken. Zo kunnen samenwerkingsverbanden tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voordelen opleveren. De verzekeraar kan dit in potentie vertalen naar betere en efficiëntere zorg voor de patiënt. Vanzelfsprekend dienen hierbij onder meer prudentiële- en mededingingsvragen te worden geadresseerd.

Conclusie

Het Nederlandse zorgstelsel is als geprivatiseerde sector met publieke randvoorwaarden, uniek in de wereld. *Best practices* kunnen niet één-op-één worden overgenomen vanuit andere landen. Zorgvuldige implementatie is daarom geboden, maar hierbij is sprake van een afruil met het adagium 'stilstand is achteruitgang'. Hoewel de concurrentie op de zorgverzekeringmarkt goed op gang is gekomen, worden vooral zorgaanbieders nog onvoldoende geprikkeld tot een optimale besteding van de 'zorgeuro'.

Binnen de systematiek van het nieuwe Nederlandse zorgstelsel kan vergroting van de efficiëntie worden bereikt door verdere liberalisering. Maar dit heeft alleen zin als marktpartijen de ruimte en mogelijkheden krijgen om hun rol in te kunnen vullen. Ondanks de kleinere rol van de overheid in het nieuwe stelsel heeft zij wel de taak om de randvoorwaarden voor verdere liberalisering te optimaliseren. Dit houdt onder meer in dat risico's voor zorgverzekeraars inzichtelijk zijn en

beheersbaar blijven. Daartoe dient verbetering van de administratie en declaratie van ziekenhuizen voortvarend te worden aangepakt. Pas als de schadelast en het declaratiegedrag voldoende voorspelbaar zijn, kan op verantwoorde wijze van verzekeraars worden gevraagd om meer risico te lopen. Daarnaast kan herstructurering van het starre zorgaanbod de onderhandelingspositie van verzekeraars verbeteren.

Naast het verbeteren van de randvoorwaarden voor liberalisering resteert ook een aantal onzekerheden die een cultuuromslag vergen. Zo is onduidelijk of de bereidheid van verzekerden om op zoek te gaan naar de beste prijs/kwaliteitverhouding groot genoeg is. Daarnaast is onzeker in hoeverre het maatschappelijk en politiek aanvaardbaar is dat de macht van medici wordt teruggebracht ten gunste van verzekeraars en ondernemers.

Geconcludeerd kan worden dat belangrijke stappen van zowel marktpartijen als beleidsmakers nodig zijn om liberalisering te laten slagen.