

## **CPB Document**

**No 23**

juli 2002

**Concurrentie in de zorg**

Centraal Planbureau  
Van Stolkweg 14  
Postbus 80510  
2508 GM Den Haag

Telefoon (070) 338 33 80  
Telefax (070) 338 33 50  
Internet [www.cpb.nl](http://www.cpb.nl)

ISBN 90-5833-108-3

## Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	3
Ten geleide	5
1 Inleiding	7
2 Potentiële baten van het nieuwe zorgstelsel	9
3 Voorwaarden voor effectieve concurrentie	13
3.1 Relevantie en probleemstelling	13
3.2 De huidige situatie	13
3.3 Het nieuwe stelsel	14
3.4 Mededingingstoezicht	18
3.5 Conclusie	20
4 Potentiële nadelen van concurrentie	21
4.1 Relevantie en probleemstelling	21
4.2 Vijf mogelijke neveneffecten van concurrentie	21
4.3 Conclusies	25
5 Vier vragen tot besluit	27
Abstract	30
Referenties	31



## Ten geleide

Dit document analyseert de kansen en bedreigingen voor concurrentie in de zorg. Concurrentie speelt een centrale rol in het nieuwe stelsel en kan op termijn tot flinke verbeteringen leiden. Maar zal concurrentie in voldoende mate van de grond komen? Met het schetsen van de belangrijkste voorwaarden en beleidsopties beoogt het CPB een bijdrage te leveren aan de discussie over de stelselherziening.

Deze publicatie geeft een tussenstand van lopend CPB-onderzoek naar concurrentie in de zorg. Waarom dit tussenproduct op dit moment? Ten eerste, om tijdig materiaal aan te dragen voor de uitwerking van de kabinetsplannen en de prioriteitenstelling daarin. Welke beleidsstappen moeten snel worden gezet en welke knopen moeten met voorrang worden doorgehakt? Maar de discussie over de zorg woedt niet alleen in Den Haag. Doel van dit document is ook om de maatschappelijke discussie te voeden. Wat zijn de relevante issues en welke argumenten snijden hout?

Aan dit document hebben meegewerkt: Marja Appelman, Marcel Canoy, Rudy Douven, Eric de Laat, Esther Mot en Marc Pomp. Zij danken de leden van de klankbordgroep en de deelnemers aan de workshop op 22 mei jl. voor nuttig commentaar.

F.J.H. Don  
Directeur CPB



## Inleiding

De onderhandelaars in de kabinetsformatie zijn het eens geworden over de contouren van een nieuw zorgstelsel. Daarin vervalt in 2005 het onderscheid tussen particuliere verzekeraars en ziekenfondsen en betaalt iedereen een nominale premie voor een uniform breed basispakket, met een beperkte eigen risico en een werkgeversbijdrage. Voor kinderen is geen premie verschuldigd. Lagere inkomens worden gecompenseerd via een uitkering uit een nieuw op te zetten zorgfonds.

In het nieuwe stelsel is een sleutelrol toebedeeld aan concurrentie, in eerste instantie tussen verzekeraars maar ook tussen zorgaanbieders. Waarom wil het kabinet meer concurrentie invoeren in een zo 'moeilijke' sector als de zorgsector? Omdat het centraal geleide stelsel niet in staat is gebleken een aantal belangrijke knelpunten in de zorg, zoals een doelmatige besteding van middelen en de wachtlijsten, aan te pakken.

Consumenten kunnen moeilijk zelf kiezen tussen verschillende zorgaanbieders, omdat hiervoor veelal de kennis en informatie ontbreekt. In het nieuwe stelsel vervullen verzekeraars de rol van intermediair tussen consumenten en zorgaanbieders. Door goed inkoopbeleid kunnen verzekeraars een aantrekkelijke prijs-kwaliteit verhouding aan de consumenten bieden. Onderlinge concurrentie zorgt ervoor dat verzekeraars een prikkel hebben om hun best te doen. Omdat die concurrentie niet vanzelfsprekend tot stand komt en niet automatisch tot gewenste uitkomsten leidt, wordt hier ook wel de term 'gereguleerde concurrentie' gebezigd, waarbij verzekeraars onderhevig zijn aan strenge voorwaarden zoals een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie.

Wat is er verder nog nodig om te zorgen dat concurrentie tussen verzekeraars ook daadwerkelijk van de grond komt? Welke maatregelen kunnen worden genomen om potentieel averechtse effecten van concurrentie te verhinderen? Deze notitie gaat beknopt in op deze vragen, waarbij ook een aantal deelvragen open blijft. De analyse beperkt zich daarbij tot de *cure*, omdat het nieuwe stelsel voorlopig alleen betrekking heeft op dit deel van de sector. Binnen de *cure* richten wij ons vooral op ziekenhuizen en huisartsen<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> De *cure* omvat nog een aantal sectoren, waaronder geneesmiddelen, fysiotherapie, mondzorg en verloskunde. Geneesmiddelen vormen een verhaal apart: zie RIVM (2002). Voor een beschrijving van een aantal van de overige sectoren, zie KPMG (2002).





## 2 Potentiële baten van het nieuwe zorgstelsel

Waar liggen de potentiële baten van een nieuw zorgstelsel? Om dat te beoordelen lopen we eerst na welke maatschappelijke doelen er in de zorg worden nagestreefd. Deze doelen laten zich opsplitsen in twee hoofdgroepen:

1. Goede prijs-kwaliteit verhouding van de zorg  
Onder deze groep maatschappelijke doelen vallen de medisch-inhoudelijke kwaliteit van de zorg (deskundigheid artsen, apparatuur, kwaliteit diagnoses etc.), snelheid (wachtlijsten, beschikbaarheid van spoedeisende hulp), service (alle niet-medische kwaliteitsaspecten), efficiëntie, alsmede afgeleide doelen zoals keuzevrijheid (vraagsturing) en innovatie.
2. Betaalbaarheid/toegankelijkheid  
De zorg moet van kwalitatief hoog niveau zijn, maar ook betaalbaar en toegankelijk, zowel voor lagere inkomens als voor mensen met hoge gezondheidsrisico's.

Niet alle doelen zijn altijd even belangrijk. Soms moeten keuzes gemaakt worden, want de doelen kunnen conflicteren. Een (hypothetisch) voorbeeld verduidelijkt dit. Een tandarts wil nieuwe apparatuur kopen waardoor hij sneller gaatjes kan boren. Indien de tandarts meer patiënten kan behandelen in dezelfde tijd en daarmee zijn investering goedmaakt, kan de prijs dalen en tegelijkertijd de kwaliteit stijgen. Er is dan geen sprake van conflicterende doelen. Ook kan het zijn dat de tandarts zijn tarieven moet verhogen om de investering goed te maken. Nu dreigt een afruil tussen kwaliteit en betaalbaarheid. Een andere mogelijkheid ontstaat als de consument (of de verzekeraar) kan kiezen tussen goedkoop maar traag en snel maar duur. Dan kan de toegankelijkheid opspelen: hogere inkomens kiezen vaker voor de dure variant. In de zorgsector kunnen talloze van dit soort voorbeelden gegeven worden.

De zorgsector staat daar niet alleen in. Ook op de pindakaasmarkt conflicteren strenge eisen op het gebied van voedselveiligheid met betaalbaarheid van een potje pindakaas. Het kopen van een potje pindakaas verschilt niettemin vrij fundamenteel van het 'aanschaffen van een zorgproduct'. Het grootste verschil zit hem in het feit dat mensen een potje pindakaas desgewenst kunnen laten staan ('dan nemen we maar hagelslag vandaag'). Bij een zorgproduct ligt dit moeilijk. Maar zelden kunnen consumenten overwegen of ze een bepaald medicijn slikken of toch nog maar een weekje op vakantie gaan. Bovendien is het voor consumenten moeilijk om noodzaak en kwaliteit goed te beoordelen.

Deze bijzondere karakteristieken nopen tot overheidsbeleid. In het oude stelsel richt het beleid zich vooral op de betaalbaarheid en de toegankelijkheid. De balans lijkt evenwel zoek: betaalbaarheid en toegankelijkheid hebben een haast absolute prioriteit verkregen door de macrobudgettering en volledig vrije toegankelijkheid. In het tandartsvoorbeeld: tandartsen zijn in het huidige stelsel gebonden aan maximumtarieven en een 'tweedeling' waarin hogere

inkomens een betere behandeling kiezen dan lagere inkomens is lange tijd politiek taboe geweest. De politiek is nu bereid die absoluteheid te laten varen. Tweedeling is nog steeds onacceptabel als het om kernzaken binnen de zorg gaat: bijvoorbeeld de kwaliteit van operaties. Voor de zorgactiviteiten die meer een luxekarakter hebben (zoals de tijd die je in een tandartsstoel doorbrengt) lijkt een zorgproduct meer op een potje pinda's: Calvé is duurder dan het huismerk en wie het geld ervoor over heeft koopt de duurder. Mede daarom wordt in het nieuwe stelsel meer ruimte gegeven aan verzekeraars en zorgaanbieders om zich te onderscheiden op kwaliteit boven een bepaald minimum. Om dit te faciliteren worden (maximum)prijzen op termijn niet langer centraal vastgesteld en wordt de (macro)budgettering in zijn huidige vorm (gefaseerd) opgeheven<sup>2</sup>. Een interessante en niet altijd gemakkelijke politieke afweging bestaat er bij de vraag wat nu een luxe zorgproduct is en wat niet. Zo zijn cholesterolremmers voor de ene patiënt misschien luxe of gevolgen van lifestyle maar voor de andere essentieel.

Het nieuwe stelsel biedt kansen om verbeteringen te realiseren op het gebied van efficiëntie, service en de wachtlijsten. De vraag is daarbij: wat willen we inleveren op het gebied van betaalbaarheid en toegankelijkheid ten behoeve van andere doelen? Wat zijn de gevolgen voor de medisch-inhoudelijke kwaliteit? Of kunnen we in een aantal gevallen verbeteringen op alle terreinen verwachten?

Uit het bovenstaande blijkt dat van concurrentie in de zorg en van de andere elementen in het nieuwe stelsel niet verwacht mag worden dat zij alle problemen in de zorg oplossen, en evenmin dat zij geen nieuwe problemen met zich mee zullen brengen. Met een kritische blik naar het nieuwe stelsel kijken is gepast, maar daarmee mag niet uit het oog verloren worden dat ook in het oude stelsel flinke problemen bestaan. Worden de huidige problemen teruggebracht tot maatschappelijk aanvaardbare proporties zonder dat andere (nieuwe) problemen onbeheersbaar worden?

Een verbetering van de prikkels voor verzekeraars kan leiden tot een betere prijs-kwaliteit verhouding van zorg: ontevreden consumenten lopen immers naar de concurrent en verzekeraars doen alleen zaken met goed presterende aanbieders. Daartoe moet er wel meer ruimte komen voor nieuw aanbod, anders valt er weinig te onderhandelen. Prijzen die kosten reflecteren (in plaats van afgeleid te zijn van budgetten) genereren daarnaast betere prikkels om te investeren in service en kwaliteit. Het bereiken van betere service, hogere efficiëntie en kortere wachtlijsten is - zeker op termijn- denkbaar, maar het is nog geen gelopen race. Hoe

<sup>2</sup> In het nieuwe stelsel wordt de hoogte van de collectief gefinancierde zorguitgaven niet meer vooraf vastgesteld en verdwijnen de instellingsbudgetten. Ook in het huidige stelsel is (impliciet) al sprake van een klein aantal niet strikt gebudgetteerde ("open eind") regelingen, waaronder geneesmiddelen en wachtlijstgelden ("boter bij de vis"). In het nieuwe stelsel zijn (vrijwel) alle sectoren ongebudgetteerd. De overheid kan dan de collectief gefinancierde zorguitgaven alleen achteraf (maar niet met terugwerkende kracht) beïnvloeden door aanpassing van het basispakket en via de eigen betalingen.

waarschijnlijk is het dat deze maatschappelijke doelen worden bereikt zonder (te veel) in te leveren op andere doelen? Om daarover te oordelen is een kritische analyse van kansen en bedreigingen vereist. De komende twee hoofdstukken bieden zo'n kritische analyse. In hoofdstuk 3 eerst de kansen: welke voorwaarden zijn nodig voor effectieve concurrentie? In hoofdstuk 4 vervolgens de bedreigingen: welke zien we en wat kunnen we er aan doen?



### 3 Voorwaarden voor effectieve concurrentie

#### 3.1 Relevantie en probleemstelling

In de plannen voor een nieuw zorgstelsel neemt concurrentie een centrale plaats in.

Concurrentie kan leiden tot hogere efficiëntie en betere prikkels voor innovatie en service en heeft daarmee de potentie verbeteringen te realiseren op meerdere doelen. Om deze potentie ook waar te maken, moet aan een aantal voorwaarden zijn voldaan. Zo moeten consumenten ook werkelijk keuzevrijheid hebben, zowel tussen verzekeraars als tussen zorgaanbieders.

Hiervoor zijn voldoende aanbieders nodig, lage overstapkosten en transparantie. In concreto moet het nieuwe zorgstelsel uiteindelijk leiden tot:

- voldoende zorgverzekeraars die met elkaar concurreren om verzekerden;
- concurrerende zorgverzekeraars die onderhandelen met concurrerende zorgaanbieders over prijs en kwaliteit.

Dit hoofdstuk beantwoordt de volgende drie vragen: (i) In hoeverre komt de huidige situatie overeen met dit streefbeeld? (ii) Welke maatregelen bevatten de huidige plannen om het streefbeeld naderbij te brengen? (iii) Welke additionele beleidsuitdagingen dienen zich aan?

#### 3.2 De huidige situatie

Op dit moment wordt in een aantal opzichten niet voldaan aan het streefbeeld van concurrerende verzekeraars en zorgaanbieders.

##### **Zorgverzekeraars**

Veel van de ongeveer 60 zorgverzekeraars die actief zijn op de Nederlandse markt maken deel uit van grotere concerns. Zes grote concerns zijn, met in totaal 10,5 mln verzekerden, samen goed voor tweederde van de Nederlandse markt. Bovendien zijn niet alle concerns in alle regio's even actief. Zo is CZ vooral groot in Zuid-Nederland, terwijl AMICON de belangrijkste speler is in Oost-Nederland. In vrijwel alle regio's heeft de grootste verzekeraar (veel) meer dan 50% van de verzekerden. De fusietendens versterkt de concentratie nog. De vraag is hierbij: hoeveel concurrerende partijen zijn nodig om voldoende keuzevrijheid te genereren? Het antwoord hierop is niet duidelijk. Zijn twee verzekeraars voldoende voor effectieve concurrentie of heb je er vijf nodig? De intensiteit van concurrentie zal in belangrijke mate bepalen wat het antwoord hierop is, want je hebt liever twee elkaar fel beconcurrerende partijen dan vijf partijen in een kartel.

De concurrentie tussen zorgverzekeraars wordt in ieder geval ongunstig beïnvloed doordat overstappen naar een andere particulier verzekeraar op dit moment niet eenvoudig is. Polisvoorwaarden zijn moeilijk vergelijkbaar en op de particuliere markt geldt geen acceptatieplicht. De plannen voor het nieuwe stelsel voorzien in het wegnemen van deze concurrentiebelemmeringen (zie paragraaf 3.3).

Ten slotte kunnen toetredingsbelemmeringen de concurrentie beperken. Mogelijke belemmeringen om toe te treden zijn schaalgrootte, het ontbreken van reputatie, het ontbreken van expertise en de verplichting landelijk te werken.

### **Zorgaanbieders**

Bij de marktstructuur van zorgaanbieders is het van belang een onderscheid te maken tussen ziekenhuizen en andere zorgaanbieders (huisartsen, tandartsen, apotheken, fysiotherapeuten, verloskundigen etc). Bij de ziekenhuizen lijkt in een aantal gevallen sprake te zijn van regionale monopolies (vooral bij ziekenhuizen buiten de randstad). Bij huisartsen en andere vrije beroepen is in principe wel sprake van concurrerende aanbieders, hoewel aanbodtekorten in een aantal regio's de concurrentieprikkels beperken. Deze aanbodtekorten lijken voornamelijk het gevolg van toetredingsbelemmeringen, zoals vestigingsbeperkingen, een beperkt aantal opleidingsplaatsen en de relatieve onaantrekkelijkheid van sommige vestigingsplaatsen, zoals achterstandswijken in grote steden.

## **3.3 Het nieuwe stelsel**

Welke plannen zijn er in het nieuwe stelsel gemaakt om concurrentie te bevorderen? Wat kan daaraan nog toegevoegd worden? Deze paragraaf schetst beleidsopties voor de verschillende voorwaarden voor effectieve concurrentie en geeft tevens een inschatting van de urgentie.

### **Verlagen overstapkosten voor verzekeraars op de zorginkoopmarkt: urgent**

Zorgverzekeraars hebben op dit moment een contracteerplicht bij ziekenhuizen. Dit belemmert de onderhandelingsmacht voor verzekeraars: er valt immers niets 'over te stappen'. Om ziekenhuizen tot betere prestaties aan te zetten moeten verzekeraars het nu hebben van overredingskracht, of van bonussen voor meewerkende zorgaanbieders<sup>3</sup>. De huidige plannen voorzien in het afschaffen van de contracteerplicht. Dit geeft verzekeraars een stok achter de deur bij de onderhandelingen met ziekenhuizen. Afschaffen van de contracteerplicht vergt gelijktijdige afschaffing van het huidige ziekenhuisbudgetteringssysteem, waarin nauwelijks een

<sup>3</sup> De mogelijkheden voor bonussen zijn op dit moment overigens uiterst beperkt. Voor ziekenhuizen kan dit alleen indirect via de wachtlijstgelden. Een praktijkvoorbeeld van bonussen van een verzekeraar aan huisartsen is het "nightcare"-project, waarbij huisartsen in Zuid-Limburg werden beloond voor efficiënt voorschrijfgedrag met hogere tarieven. Overigens stond dit project mogelijk op gespannen voet met de regelgeving.

relatie bestaat tussen de prijs die een ziekenhuis in rekening brengt voor een bepaalde behandeling en de feitelijke kosten van die behandeling. Belangrijke stappen zijn al gezet in de richting van een nieuw bekostigingssysteem, gebaseerd op Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's), zie kader. Deze DBC's vormen ook een belangrijke stap voor het creëren van meer transparantie omtrent de kwaliteit van ziekenhuisoutput.

Een gevolg van het afschaffen van de contracteerplicht is dat verzekerden alleen terecht kunnen bij de door hun verzekeraar gecontracteerde aanbieders, tenzij een verzekerde bereid is de meerkosten voor eigen rekening te nemen. Enig maatwerk is hier wel vereist. Zo leidt dit bij spoedeisende hulp tot onwerkbaar of onaanvaardbare uitkomsten. Daarom is het ongewenst dat de contracteerplicht vervalt voor spoedeisende hulp, tenzij een ander mechanisme de

---

### Het belang van DBC's

Wat koop je bij een ziekenhuis? Welke dienst wordt geleverd voor het geld dat je verzekeraar er achterlaat? In essentie is dat het stellen van een diagnose en (indien nodig) het behandelen van het ongerief. Dat is het idee achter de nieuwe rekeneenheden voor de ziekenhuisfinanciering, de Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Een DBC-tarief omvat zowel de vergoeding voor de specialist(en) als een vergoeding voor de overige ziekenhuisdiensten. Voorbeelden zijn de DBC's <enkelfractuur - gips> en <enkelfractuur - operatie>. De DBC-classificering is landelijk uniform. Uiteindelijk zullen ziekenhuizen naast de kwalitatieve invulling van DBC's (wel/niet standaard röntgenfoto bij controle) ook zelf de prijs per DBC bepalen, in onderhandeling met verzekeraars.

Het belang van DBC's voor het ontstaan van concurrentie tussen ziekenhuizen, maar ook tussen verzekeraars, kan niet worden overdreven. Het DBC-systeem maakt het mogelijk dat prijzen een reële afspiegeling vormen van kosten, dat kostenverschillen tussen aanbieders beter tot uitdrukking komen in deze prijzen en (uiteindelijk) dat verzekeraars in staat zijn te onderhandelen met ziekenhuizen over tarieven. Kortom, zonder DBC's geen concurrentie. Maar de weg ernaartoe is niet zonder hindernissen. We noemen er twee.

**Fasering.** Vrije onderhandelingen tussen verzekeraars en aanbieders over DBC-prijzen staan pas op het programma voor 2006. Van 2003 tot en met 2005 is sprake van DBC-referentieprijzen vastgesteld door de overheid. Tegen de achtergrond van de huidige aanbodkrapte is dit begrijpelijk: onmiddellijke deregulering van prijzen zou kunnen leiden tot scherpe prijsstijgingen en snel stijgende zorguitgaven. Gevolg is echter wel dat de voordelen van prijsconcurrentie langer op zich laten wachten. Dit pleit ervoor de DBC-referentieprijzen in de overgangsfase vast te stellen in de vorm van maximumtarieven. Prijsexplosies door aanbodkrapte worden zo voorkomen, terwijl verzekeraars toch een (weliswaar lichte) prikkel hebben om efficiencyverbeteringen af te dwingen daar waar mogelijk en in ieder geval ervaring kunnen opdoen met de hindernissen die zij daarbij ontmoeten.

**Kapitaallasten.** Om een gelijk speelveld te creëren voor nieuwe toetreders, moet bevoordeling van bestaande aanbieders vermeden worden. Dit pleit voor een integrale kostprijsberekening van DBC's, dus inclusief kapitaalkosten. Hierbij speelt echter een erfenis uit het verleden. Doordat een niet markt-conforme afschrijvingstermijn op gebouwen is gehanteerd, staan de gebouwen voor een te hoog bedrag op de balans, waardoor een geflatteerd beeld ontstaat van eigen vermogen en solvabiliteit. Indien in een dergelijke situatie ziekenhuizen risico-dragend worden, onder andere door het vervallen van de contracteerplicht voor verzekeraars, kunnen ziekenhuizen in de problemen komen bij de financiering van investeringen in gebouwen. Hiervoor dient eerst een oplossing gevonden te worden, bijvoorbeeld door een eenmalige overheidsbijdrage of door een in tijd aflopende lening, ter compensatie van deze 'bakstenen' uit het verleden.

---

beschikbaarheid garandeert. Een gedeeltelijke handhaving van de contracteerplicht reduceert wel de verwachte baten van concurrentie tussen verzekeraars. Voor efficiencyverhoging of kwaliteitsverbetering bij spoedeisende hulp zullen daarom andere instrumenten moeten worden ontwikkeld, zoals benchmarking.

### **Verlagen van zoek- en overstapkosten voor verzekerden: urgent**

Het beschikbare empirisch onderzoek wijst uit dat verzekerden nog niet erg prijsgevoelig zijn. Relatief dure verzekeraars worden niet afgestraft door het vertrek van grote aantallen verzekerden. De prijsgevoeligheid onder verzekerden is laag, onder andere ten gevolge van hoge zoek- en overstapkosten<sup>4</sup>. Zolang dit zo blijft, kan concurrentie zijn disciplinerende werk niet goed doen.

Om een aantal redenen is het aannemelijk dat de prijsgevoeligheid van de huidige particulier verzekerden in het nieuwe stelsel zal toenemen. Waar vergelijking van de prijs/kwaliteitverhouding bij particuliere verzekeraars nu nog minutieuze bestudering van polisvoorwaarden vergt, voorzien de plannen voor een nieuw stelsel in een gestandaardiseerde basispolis. Bovendien moet een verzekeraar alle verzekerden dezelfde prijs in rekening brengen voor de standaardpolis. Ook gaat de acceptatieplicht gelden voor alle verzekerden (nu nog slechts voor verzekerden bij een ziekenfonds).

Het is echter de vraag of deze maatregelen de zoek- en overstapkosten voldoende verlagen. De mobiliteit onder de huidige ziekenfondsverzekerden is immers ook laag. Naast de maatregelen die al in de plannen zijn opgenomen, dienen zich aanvullende beleidsopties aan:

- *Aanvullende informatieverschaffing* over de prijzen en prestaties van verschillende verzekeraars, bijvoorbeeld via het internet, waardoor de transparantie toeneemt. Voorzover dit onvoldoende van de grond komt op initiatief van de Consumentenbond, patiëntenorganisaties, werkgevers, vakbonden of marktpartijen is hier een rol weggelegd voor de overheid.
- *Voorlichting* (via reclamecampagnes e.d.) over het gemak waarmee in het nieuwe stelsel naar een nieuwe verzekeraar kan worden overgestapt, wellicht met een ingebouwde jaarlijkse expliciete keuze voor consumenten.
- *Collectiviteiten*, zoals patiëntenorganisaties en sociale partners in CAO-verband, een rol laten spelen bij het vergroten van de druk op zorgverzekeraars. Collectiviteiten kennen ook een schaduwzijde. Zo heeft bij CAO-gebonden collectiviteiten de werkgever vaak andere belangen dan de prijs/kwaliteitverhouding in de zorg en kan bijvoorbeeld meer geïnteresseerd zijn in lage kosten. Op dit moment is een werkgeversbijdrage vaak gekoppeld aan deelname aan het collectief waardoor de keuzevrijheid van de werknemer/burger wordt gereduceerd. Wanneer veel collectieve contracten worden afgesloten wordt de groep consumenten die niet zijn

<sup>4</sup> Zie IOO (2000) en Schut, Gress en Wasem (2002).



aangesloten bij een collectief, steeds kleiner en minder interessant voor verzekeraars<sup>5</sup>. Dit kan leiden tot een situatie waarbij premiekortingen voor collectiviteiten deels ten koste gaan van individuele contracten (zie Schut, 2000). Maatvoering in het toelaten van collectiviteiten is derhalve vereist.

### **Concurrerend aanbod van ziekenhuizen bevorderen: voorzichtige stappen<sup>6</sup>**

De mogelijkheden voor toetreding tot het deel van de zorgmarkt waarop ziekenhuizen opereren, zijn thans zeer beperkt. Om voor vergoeding door ziekenfondsen in aanmerking te komen is een vergunning vereist, mag de instelling geen winstoogmerk hebben en moet de instelling gebonden zijn aan een ziekenhuis. Bovendien mogen er in privé-klinieken geen 24-uurs opnamen plaatsvinden.

Is bij het verruimen van de toetredingsmogelijkheden een rol weggelegd voor commerciële zorginstellingen waarvan de winsten ten goede komen aan kapitaalverschaffers? Op termijn kunnen commerciële instellingen een nuttige rol vervullen. Maar dan moet sprake zijn van een voldoende volwassen markt waarin onder meer actuele en toegankelijke informatie beschikbaar is over prijs en kwaliteit en het reputatiemechanisme goed functioneert.

Omdat het introduceren van de mogelijkheid om op basis van winstprikkel te werken grote gevolgen voor het zorgaanbod kan hebben, is hier prudentie gerechtvaardigd. Het afbreukrisico en de sneeuwbal effecten op het verdere hervormingsproces zijn groot; bovendien kost het tijd om aan bovenstaande voorwaarden (zoals informatievoorziening) te voldoen. Op korte termijn kan toetreding door kleinschalige, gespecialiseerde non-profitklinieken in de transitie naar een volwassen markt een belangrijke rol spelen. Naarmate deze overgang sneller verloopt kan commercie eerder worden toegestaan (mits aan de overige voorwaarden is voldaan).

### **Concurrerend aanbod van andere zorgaanbieders bevorderen: urgent**

Zorgverzekeraars kunnen nauwelijks effectief onderhandelen in een situatie van tekorten aan zorgaanbieders. Daarom is het van belang na te gaan welke beleidsmaatregelen een bijdrage kunnen leveren aan het terugdringen van deze tekorten. De MDW-werkgroep Toetredingsbelemmeringen Medische Beroepen heeft beleidsopties ter verruiming van het aanbod geïnventariseerd. De aanbevelingen omvatten o.a. versoepeling van bevoegdheidseisen rond bepaalde soorten zorg (bijv. bepaalde soorten verrichtingen van tandartsen en radiologen). Ook wordt een ruimer toelatingsbeleid voor buitenlandse gediplomeerden bepleit. Deze opties kunnen al op korte termijn effect sorteren. Op langere termijn kunnen aanbodtekorten verder worden teruggedrongen door meer artsen op te leiden, en door het aanbod te differentiëren.

<sup>5</sup> In 1998 was op de particuliere verzekeringsmarkt 54% van de populatie verzekerd via een collectief contract (IOO, 2000).

<sup>6</sup> Dit deel is grotendeels ontleend aan Schut e.a. (2002).

De zojuist genoemde opties grijpen aan bij het aanbod van zorg. Terugdringen van overbodige zorgvraag kan echter ook een belangrijke bijdrage leveren aan het verbeteren van een concurrerend aanbod. In dit verband zijn de Belgische ervaringen met procentuele eigen bijdragen ('remgeld') van belang. Forse eigen bijdragen voor huisartsbezoek, medicijnen en opname in het ziekenhuis, lijken de vraag te hebben afgeremd. Essentieel hierbij was het verbod om de eigen bijdragen in een aanvullende verzekering onder te brengen. Zo leidde een verhoging van eigen bijdragen voor een huisartsenconsult met 50% (van 20% van het tarief per consult tot 30% van het tarief) tot een daling van het aantal consulten met 6 à 8% (ministerie VWS, 2001). Om de toegankelijkheid voor zwakke groepen te waarborgen, gelden voor deze groepen veel lagere eigen bijdragen en lagere plafonds voor het totaalbedrag per jaar. (Voor neveneffecten van eigen bijdragen, zie hoofdstuk 4).

#### **Concurrerend aanbod bevorderen op de zorgverzekeringsmarkt: urgent**

Het verlagen van de overstapkosten voor verzekerden via de eerder genoemde maatregelen geeft de concurrentie tussen verzekeraars een belangrijke impuls. Hiermee is nog niet gezegd dat sprake zal zijn van voldoende concurrentie op de verzekeringsmarkt. Er is al op gewezen dat de markt voor zorgverzekeraars een beperkt aantal grote spelers kent. Zolang niet duidelijk is hoe happig nieuwe toetreders de markt zullen betreden is het wenselijk kritisch naar fusies tussen grote verzekeraars te kijken, en tevens te bevorderen dat verzekeraars zowel landelijk als regionaal met elkaar concurreren. Het afschaffen van de contracteerplicht in het nieuwe stelsel verdient hierbij de aandacht. Immers, een verzekeraar zal in het nieuwe stelsel alleen klanten trekken in regio's waar hij contracten afsluit met zorgaanbieders. Dit kan ertoe leiden dat bepaalde verzekeraars zich de facto uit bepaalde regio's terugtrekken, door in die regio's niet langer contracten af te sluiten met zorgaanbieders. Of daar weer nieuwe verzekeraars tegenover staan is onzeker. De verplichting tot landelijk werken kan bijvoorbeeld een toetredingsbarrière blijken te zijn, indien mogelijke nieuwe markt vormen zoals gespecialiseerde regionale zorginkoopbureaus uitblijven. In ieder geval is het gewenst om het nieuwe toetreders niet te moeilijk te maken. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan het verlenen van een tijdelijke ontheffing van de plicht tot landelijk werken (als zo'n plicht er zou komen) voor nieuwe verzekeraars, zodat ze een klantenbestand regionaal kunnen opbouwen. De precieze relaties tussen landelijke en regionale concurrentie en de gevolgen van de zorgplicht verdienen nog nadere studie.

### **3.4 Mededingingstoezicht**

Een sectorspecifieke toezichthouder, al dan niet ondergebracht bij de NMa, kan een belangrijke rol spelen bij het bevorderen van concurrentie en het tegengaan van ongewenst gedrag. Zo'n sectorspecifieke toezichthouder heeft ruimere bevoegdheden dan de NMa. De NMa voert de

Mededingingswet uit, dat wil zeggen hij verhindert ongewenste machtsconcentraties en treedt op tegen kartels en ander ongewenst mededingingsbeperkend gedrag. De NMa is er niet om concurrentie te bevorderen, bijvoorbeeld door toetredingsdrempels te verlagen of partijen met marktmacht allerlei sectorspecifieke beperkingen op te leggen. Een sectorspecifieke toezichthouder kan deze bevoegdheden wel krijgen. Omdat zo'n toezichthouder expertise, reputatie en een kwalitatief hooggekwalificeerd personeelsbestand moet opbouwen, is het verstandig deze bij wijze van spreken gisteren op te richten.

Vooralsnog onthoudt de NMa zich van toetsing van fusies tussen ziekenhuizen. Ter motivatie van deze afzijdigheid stelt de NMa dat ziekenhuizen als gevolg van bestaande wettelijke regelingen niet met elkaar kunnen concurreren. Een fusie zal daarom niet leiden tot hogere tarieven, zo luidt de redenering. Bij deze redenering zijn vraagtekens te plaatsen. De afwachtende opstelling geeft ziekenhuizen in ieder geval een prikkel om, anticiperend op nieuwe wetgeving, te fuseren teneinde toekomstige concurrentie voor te zijn. De NMa realiseert zich dit wel, maar huldigt het standpunt dat partijen altijd kunnen anticiperen op nieuwe wetgeving en dat daar weinig aan te doen valt. Naar aanleiding van de deregulering van de elektriciteitsmarkt in de V.S. nam de Antitrust Division van het Department of Justice een ander standpunt in. In een toespraak geeft het hoofd van de Antitrust Division een aantal sterke argumenten om bepaalde fusievoorstellen in het licht van een aanstaande deregulering te binden aan aanvullende restricties. Het tijdelijk opschorten van een beslissing omtrent die fusievoorstellen is daarbij een optie (Klein, 1998). Een dergelijke benadering is ook bij de Nederlandse ziekenhuismarkt denkbaar.

Naast fusiecontrole kan de NMa ook een nuttige rol spelen bij het gedragstoezicht: ziekenhuizen die een dominante positie hebben zijn via de Mededingingswet onderworpen aan een aantal beperkingen, hetgeen het lastiger maakt om misbruik te maken van een dominante positie.

Wat betreft zorgverzekeraars acht de NMa zich wel bevoegd fusieplannen te toetsen aan de Mededingingswet. In de praktijk stelt de NMa zich echter toch soepel op bij fusies tussen verzekeraars. De NMa veronderstelt dat de markt voor zorgverzekeringen zowel aan de vraagzijde als aan de aanbodzijde een nationale markt is (NMa, 2002). Een regionaal monopolie van zorgverzekeraars is voor de NMa derhalve geen aanleiding om op te treden. Ook regionale samenwerking tussen zorgverzekeraars bij de onderhandelingen met ziekenhuizen lijkt niet snel op bezwaren te stuiten, omdat volgens de NMa op dit moment vrijwel geen sprake kan zijn van concurrentie tussen ziekenhuizen.

Door fusies van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars kunnen ongewenste concentraties ontstaan. Het is niet duidelijk in welke mate nieuwe toetreders de markt kunnen en zullen betreden. Het aantrekkelijk maken van een toetredersklimaat is een belangrijke taak voor de toezichthouder.

In hoeverre concentraties en andere onvolkomenheden in de concurrentieverhoudingen negatieve gevolgen zullen hebben voor het nieuwe zorgstelsel valt moeilijk te voorspellen. Een reden voor deze onvoorspelbaarheid is dat marktmacht niet automatisch misbruik impliceert. Zolang zorgaanbieders op de zorginkoopmarkt nog over marktmacht beschikken kan het zelfs wenselijk zijn zorgverzekeraars countervailing power te geven door toe te staan samen te werken op de zorginkoopmarkt. De sectorspecifieke toezichthouder kan het moment bepalen waarop samenwerking tussen verzekeraars niet langer nodig is.

### 3.5 Conclusie

De huidige situatie voldoet niet aan het streefbeeld dat past bij gezonde concurrentie. De nieuwe plannen bevatten belangrijke elementen ter versterking van de concurrentie (acceptatieplicht, afschaffing contracteerplicht, functionele zorgaanspraken, standaardpolis, DBC's). Aanvullende beleidsopties ter versterking van concurrentie behelzen informatieverschaffing (voorzover dit niet zonder overheidsbeleid van de grond komt), en het (beperkt) toelaten van collectiviteiten (werkgevers of vakbonden die polissen sluiten voor werknemers).

Een nieuw financieringsmodel, gebaseerd op DBC's, vormt een spil van het nieuwe stelsel, in het bijzonder voor de grootste deelmarkt van de zorg: de ziekenhuizen. Belangrijke stappen zijn reeds gezet op weg naar dit nieuwe model, maar drie belangrijke vragen staan nog open: op welk moment gaan zorgverzekeraars onderhandelen over prijzen, hoe worden de kapitaallasten verwerkt in de DBC's en welke consequenties heeft het als deze financieringssysteem alleen betrekking heeft op de tweede lijn? De laatste vraag komt aan de orde in het volgende hoofdstuk. Wat het antwoord op de eerste vraag betreft: op korte termijn valt introductie te overwegen van maximumprijzen waar verzekeraars in neerwaartse zin van mogen afwijken. In antwoord op de tweede vraag: integrale kostprijsberekening verdient de voorkeur.

De huidige aanbodschaarste kan effectieve concurrentie in de weg staan, omdat schaarste ertoe leidt dat verzekeraars zwak staan in de onderhandelingen met zorgaanbieders. Opties ter verruiming van het aanbod, o.a. door het verlagen van overbodige restricties rond de uitvoering van medische verrichtingen, verdienen serieuze overweging. Ook het tegengaan van overbodige zorgconsumptie kan een bijdrage leveren aan het verminderen van tekorten. De Belgische ervaringen wijzen uit dat substantiële procentuele eigen bijdragen kunnen functioneren als 'remgeld'.

Tenslotte is een belangrijke rol weggelegd voor een krachtige sectorspecifieke toezichthouder, liefst 'gisteren' op te richten. Vooral aandacht voor nieuwe toetreders op de verzekerings- en zorgaanbodmarkt is vereist.

## 4 Potentiële nadelen van concurrentie

### 4.1 Relevantie en probleemstelling

Door de toename van concurrentie en de grotere financiële risico's ondervinden zorgverzekeraars sterkere prikkels dan in het huidige stelsel om hoge omzet en lage kosten te realiseren. De gevaren om klanten kwijt te raken en/of in financiële problemen te raken, nemen immers toe. In de meeste markten hebben deze prikkels gezonde consequenties: goed presteren wordt beloond, slecht presteren wordt bestraft. Hoofdstuk 3 liet zien dat ook in de zorgmarkt deze maatschappelijk gewenste uitkomsten zich onder voorwaarden kunnen voordoen. Die voorwaarden hebben te maken met de in hoofdstuk 2 genoemde karakteristieken van de zorgmarkten. Dit hoofdstuk gaat na welke maatschappelijk minder gewenste uitkomsten denkbaar zijn en wat daar via aanvullend beleid aan gedaan kan worden. Voorbeeld: verzekeraars proberen onder druk van concurrentie hun verzekerdenbestand zo min mogelijk uit kostbare patiënten te laten bestaan (risicoselectie). Het invoeren van concurrentie is pas succesvol als aanvullend beleid erin slaagt deze minder gewenste strategieën onaantrekkelijk te maken. Het is daarom belangrijk om te weten welke risico's er zijn en hoe deze bestreden kunnen worden.

### 4.2 Vijf mogelijke neveneffecten van concurrentie

#### 1. Kwaliteitsverlies

Meer concurrentie leidt niet alleen tot meer zichtbare differentiatie in de kwaliteit van zorg maar vergroot ook het risico op verborgen kwaliteitsverlies. Zonder aanvullende maatregelen kan gereguleerde concurrentie leiden tot een prikkel om op kwaliteit van de zorg te beknibbelen, vooral daar waar kwaliteit moeilijk controleerbaar is (voor consumenten en/of zorgverzekeraar). Voor medisch-inhoudelijke aspecten van de curatieve zorg is de meetbaarheid vaak lastig, hoewel er ook binnen deze sector verschillen zijn. Het werk van fysiotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en huisartsen is waarschijnlijk makkelijker te beoordelen dan dat van veel medisch specialisten. En bij spoedeisende zorg is er weinig gelegenheid om op kwaliteitsaspecten te letten.

Om na te gaan hoe groot het kwaliteitsrisico in de praktijk kan zijn, kijken we naar de ervaringen in de VS. Daarbij past een kanttekening. De ervaringen in de VS zijn niet direct vertaalbaar naar de Nederlandse situatie<sup>7</sup>. Zo heeft in de VS een overgang plaatsgevonden van

<sup>7</sup> Zo is het zogenoemde 'managed care' een breed begrip waaronder verschillende sturingsmechanismen vallen: zowel Preferred Provider Organisations (PPO's) (waarin verzekerden worden gestimuleerd om van bepaalde zorgverleners gebruik te maken) als Health Maintenance Organisations (HMO's) (waarin in beginsel verzekering en zorgverlening in één hand zijn). Het is niet duidelijk waar in Nederland precies voor gekozen zal worden.

concurrentie op de zorg-inhoud ('medical arms race' en 'toys for the boys') naar concurrentie op prijs. De 'medical arms race' betekent dat waarschijnlijk relatief veel niet of nauwelijks effectieve behandelingen werden gedaan en het daarom in de VS gemakkelijker was om kosten te besparen zonder de kwaliteit geweld aan te doen. Aangezien patiënten daar gewend waren dat 'alles uit de kast werd gehaald', kan er onvrede ontstaan in de nieuwe situatie. Uit de zogeheten 'managed care backlash' blijkt dat er onder consumenten inderdaad veel onvrede is over de managed care-organisaties.

Uit onderzoek naar de kwaliteit van de zorg is in eerste instantie niet gebleken dat de kwaliteit over de hele linie verschilt tussen managed care en conventionele verzekering. Volgens Miller en Luft (1997) kan de kwaliteit van HMO's even goed zijn, slechter of beter, afhankelijk van de precieze organisatie en van het ziektebeeld. Er zijn indicaties dat managed care plannen slechtere resultaten opleveren voor mensen met chronische aandoeningen, in het bijzonder als ze ook nog een laag inkomen hebben. Sullivan (1999) wijst er op dat het resultaat dat Miller en Luft voor HMO's vinden, positief vertekend kan zijn, omdat deze in het algemeen een bredere dekking bieden, onder andere voor preventieve activiteiten. Na correctie hiervoor is de kwaliteit van zorg door HMO's te kwalificeren als gelijkwaardig of inferieur vergeleken met traditionele verzekering. Voor Nederland werpt dit de vraag op hoe eigen betalingen het beste vorm kunnen krijgen, bijvoorbeeld afzien van eigen betalingen voor preventie<sup>8</sup>.

Daarnaast wordt gewezen op het belang van het honoreringssysteem voor artsen. PPO's bijvoorbeeld kunnen worden toegepast in combinatie met een verrichtingssysteem, maar ook in combinatie met DBC- of abonnementssysteem. In de beide laatste gevallen ontvangt de arts een vast bedrag voor het behandelen van een bepaalde diagnose resp. voor een bepaalde periode dat hij de patiënt onder zijn hoede heeft. Als het bedrag toch al vast staat, is er een grotere prikkel om op kosten te besparen. Mogelijk beïnvloedt dat ook de kwaliteit.

Op voorhand valt niet te zeggen in welke mate kwaliteitsproblemen in Nederland zullen optreden. In ieder geval is dit een punt van aandacht. Eventuele problemen zijn te bestrijden door betrouwbare kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen, hier goede informatie over te verzamelen (met speciale aandacht voor mensen met chronische aandoeningen en/of een laag inkomen) en door voorzichtig te zijn met het toelaten van for-profit managed care-organisaties. Ook toezicht, bijvoorbeeld door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, kan een belangrijke rol spelen om kwaliteitsverlies tegen te gaan.

## **2. Risico-selectie**

Risico-selectie betekent dat verzekeraars zich richten op een bepaalde groep verzekerden omdat deze groep voor alle verzekeraars lucratiever is, in vergelijking met andere risicogroepen.

<sup>8</sup> Dit geldt temeer omdat de zorgverzekeraar niet de hele prikkel tot preventie voelt, aangezien de verzekerde als het goed is gemakkelijk kan overstappen.

Risico-selectie tast de solidariteit in een stelsel aan en vanuit maatschappelijk perspectief zijn de kosten die ermee gepaard gaan verspillend.<sup>9</sup> Ten opzichte van de huidige particuliere verzekering worden risicoselectie-activiteiten door verzekeraars ingedamd door de invoering van een breed basispakket, de zorgplicht, de acceptatieplicht en de risicoverevening. In vergelijking met het ziekenfonds nemen de mogelijkheden en prikkels voor risicoselectie voor verzekeraars toe, door de invoering van functionele zorgaanpakken, de toename van het financiële risico van verzekeraars, het eventueel toelaten van commerciële verzekeraars en de invoering van eigen risico's of eigen bijdragen.

Hoewel de ernst van deze potentiële toename van risicoselectie vooraf moeilijk in te schatten is, lijkt actief beleid gewenst om risicoselectie zo veel mogelijk te ontmoedigen. Een belangrijk element hierin is een verdere perfectionering van het risico-vereveningssysteem, zoals dat in het huidige ziekenfonds gehanteerd wordt. In het buitenland (Zwitserland en Duitsland) zijn voorbeelden bekend waarbij een niet adequaat vereveningssysteem leidde tot een instabiele markt<sup>10</sup>. In vergelijking met deze buitenlandse ervaringen is de Nederlandse startpositie echter relatief gunstig, omdat er al veel kennis over en praktische ervaring met een risico-vereveningssysteem aanwezig is.

Het belangrijkste aandachtspunt vormt de aanvullende verzekering: wanneer in de toekomst de collectief gefinancierde kosten van zorg te snel stijgen naar het oordeel van de overheid dan kan worden besloten om het basispakket te versmallen. De aanvullende verzekering krijgt dan een grotere rol waardoor ook de mogelijkheden voor risico-selectie toenemen, aangezien voor de aanvullende verzekering geen acceptatieplicht bestaat. Het gevaar bestaat bijvoorbeeld dat verzekeraars polissen gaan aanbieden die breder dan de basispolis zijn (zogenaamde combi-polissen) en daarbij selecteren op gunstige risico's.

### **3. Toename van de kosten in de zorg**

Wanneer concurrentie onvoldoende van de grond komt, kunnen de kosten in de zorg stijgen (zie hoofdstuk 3). Ook bij een toename van concurrentie zijn er factoren die de kosten verhogen, naast de gewenste grotere doelmatigheid die de kosten verlaagt. Het nieuwe stelsel is daarmee op korte termijn zonder twijfel duurder dan zonder stelselwijziging. Ook al kunnen op termijn efficiëntieverbeteringen een deel terugwinnen (zie hoofdstuk 3): kwaliteit kost geld. Systeemovergangen kosten ook geld. We praten hierbij primair over de totale zorgkosten en niet over de kosten per eenheid zorgproduct. In een aantal gevallen zijn de extra kosten toe te schrijven aan verbeteringen in kwaliteit. We noemen drie vormen van kostenstijgingen.

<sup>9</sup> Risicoselectie kent ook een positieve kant. Als een verzekeraar zich specialiseert in een bepaalde groep "slechte" risico's vanwege schaal- en/of andere efficiencyvoordelen. Dergelijke effecten vallen onder de baten van meer concurrentie (kwaliteitsverbetering), behandeld in hoofdstukken 2 en 3.

<sup>10</sup> Een verzekeraar met veel slechte risico's moet de premie verhogen, waardoor de betere risico's weggaan en de premie nog verder moet stijgen.

Ten eerste zullen bij voldoende concurrentie de wachtlijsten waarschijnlijk sneller kleiner worden dan zonder stelselwijziging. Dit zal in ieder geval een eenmalige kostenstijging met zich meebrengen omdat de huidige wachtlijsten dienen te worden weggewerkt en wellicht ook een bepaalde hoeveelheid latente vraag.

Ten tweede bestaat er een risico dat meer concurrentie leidt tot overconsumptie van de zorg. Voor voldoende concurrentie is immers voldoende aanbod van zorg nodig. Vanwege de informatie-asymmetrie tussen consument en zorgaanbieder kan meer aanbod op de zorgmarkt leiden tot overconsumptie van zorg op advies van de aanbieders ('supplier induced demand'). Bijvoorbeeld, bij een surplus aan zorgaanbieders (of in minder drukke tijden) kan een huisarts uit inkomensoverwegingen juist vaker een herhaalcontact uitschrijven voor een particuliere patiënt, of kan een specialist een ongewenste verbreding van de indicatiestelling als diagnose stellen. Bij ziekenhuizen en specialisten maakt de DBC-systematiek het onaantrekkelijk om uit financiële overwegingen extra herhaalbezoeken, onderzoeken e.d. af te spreken. Wel kan er de verleiding zijn om de werkelijke DBC te vervangen door een financieel aantrekkelijker die er op lijkt. Voor huisartsen is 'peer review' en 'benchmarking' door verzekeraars een tegenwicht voor mogelijke overconsumptie. Ook de honoreringsstructuur kan overconsumptie tegengaan.

Ten derde speelt concurrentie in op de wensen van de consument, zoals minder wachtlijsten, meer keuzevrijheid, meer privé klinieken, snellere diffusie van nieuwe (kostenverhogende) technologie etc, waardoor het gevaar van 'moral hazard' zal toenemen: consumenten die onvoldoende geconfronteerd worden met de kosten voor zorg, consumeren meer dan maatschappelijk gewenst. Een optie om deze kosten van zorg te beteugelen is het invoeren van eigen risico's waarbij de premiekorting afhankelijk wordt van het risicoprofiel (of een andere vorm van eigen betalingen)<sup>11</sup>. Eigen risico's kunnen echter ook leiden tot onverantwoord uitstel van het invoeren van medische zorg (waardoor hogere kosten kunnen ontstaan dan het geval was geweest bij onmiddellijk ingrijpen). Over de ernst van dit probleem is niet zo veel bekend.

#### **4. Afwenteling**

Onder afwenteling verstaan we het gedrag van mensen of organisaties om de kosten van zorg af te wentelen op derden. Een voorbeeld is het sneller doorverwijzen van huisartsen naar specialisten of het eerder uitschrijven van recepten bij drukte. Een ander voorbeeld is het sneller doorsturen van een ziekenhuispatiënt naar verpleeghuis of thuiszorg. Hoewel de kern van dit probleem ligt bij bestaande schotten tussen substitueerbare zorgvormen zal een toename van concurrentie de prikkels voor afwenteling versterken. De oplossing van dit probleem ligt dan ook in eerste instantie in het verwijderen van schotten. Bijvoorbeeld, het nieuwe bekostigingssysteem voor ziekenhuizen en specialisten (DBC-systeem) kan de substitutie tussen

<sup>11</sup> Zie ook iBMG (2002).



verschillende behandelvormen in het ziekenhuis stimuleren (bijvoorbeeld substitutie tussen opname en dagbehandeling). Er blijven echter in dit systeem afwentelingsmogelijkheden met de eerste lijn en de derde lijn. DBC's hebben immers alleen betrekking op het ziekenhuis, waardoor het aantrekkelijk kan zijn om patiënten zo snel mogelijk te verwijzen naar eerste lijn (veelal huisarts) of derde lijn (bijvoorbeeld verpleeghuis). Ook initiatieven als ketenzorg (per patiënt of patiëntcategorie kunnen afspraken gemaakt worden die de continuïteit in de behandeling van de patiënt in verschillende zorgdisciplines waarborgen) kunnen de afwentelingsproblemen verkleinen (zie ook iBMG, 2002). Een algemeen punt is hier wel dat bij het liberaliseren van de zorgmarkt met afwentelingsmogelijkheden zoveel mogelijk rekening dient te worden gehouden (zie ook Schut e.a., 2002).

## **5. Upcoding**

De term 'upcoding' wordt genoemd in relatie tot het nieuw in te voeren DBC-systeem. Upcoding is het gedragseffect van de behandelaar om een patiënt vooraf, dan wel achteraf, een andere DBC toe te wijzen dan op basis van objectieve medische indicatie wenselijk is. Het motief voor dit ongewenste gedrag is het streven naar een hogere vergoeding. Aangezien de prikkels voor dit ongewenste gedrag bij zorgaanbieders zullen toenemen bij meer concurrentie wordt 'upcoding' als een serieus probleem gezien in het toekomstige zorgstelsel. Deze visie wordt versterkt door experimenten in Nederland met het honoreren van specialisten en ervaringen van landen waar eenzelfde soort classificeringssystemen al langer bestaat, zoals de VS en Australië.

Het belang van betrouwbare medische informatie bij de invoering, onderhoud en controle van het DBC-systeem is daarom groot. Voor de informatievoorziening en het onderhoud van het DBC-systeem lijkt, vanwege de complexiteit en de privacy, een onafhankelijk landelijk orgaan noodzakelijk (bijvoorbeeld in de VS en Australië bestaan aparte beroepsgroepen voor codering met een eigen coderingsopleiding). Met het oog op de privacy en de bereidheid om informatie ter beschikking te stellen, wordt de informatie volgens de plannen beheerd door een 'trusted third party' die ook de 'peer reviews' verzorgt. De vrijgekomen informatie kan gebruikt worden door het ziekenhuismanagement en verzekeraars voor controlemechanismen als 'benchmarking'.

## **4.3 Conclusies**

Vijf potentiële neveneffecten van concurrentie zijn het mogelijk optreden van kwaliteitsverlies, het verlies aan solidariteit door een toename van risico-selectie, een toename van de kosten van zorg, afwenteling en upcoding.

De mate waarin deze neveneffecten zullen optreden in het nieuwe stelsel is vooraf moeilijk in te schatten, omdat dit sterk van de invulling afhangt. In alle gevallen is aanvullend beleid ter voorkoming van de mogelijke negatieve neveneffecten in het nieuwe stelsel gewenst. Vooral het

zichtbaar en meetbaar maken van de problemen is zinvol. Bij kwaliteitsreductie valt te denken aan kwaliteitsindicatoren, bij risicoselectie aan het vervolmaken van het vereveningssysteem, bij 'supplier induced demand' aan collegiale toetsing, bij overconsumptie aan eigen betalingen en bij afwenteling aan ketenzorg. Het verzamelen en publiceren van betrouwbare informatie door een zogeheten 'trusted third party' speelt in alle gevallen een belangrijke rol.

Door deze beleidsmaatregelen worden de neveneffecten beperkt. Het is niet waarschijnlijk dat ze helemaal uitgesloten worden. Zo is risicoselectie via aanvullende verzekeringen nog mogelijk en kunnen ook bij goede kwaliteitsindicatoren nog kwaliteitsreducties optreden. Niemand weet precies in welke mate deze problemen zich gaan voordoen. Als de effecten sterker zijn dan gedacht, zijn in alle gevallen aanvullende maatregelen mogelijk. Het is aan de politiek om te bepalen in welke mate het acceptabel is om hier gaandeweg achter te komen.

Een andere relevante vraag is wanneer het zinvol is om commerciële verzekeraars dan wel zorginstellingen toe te laten. Winstgerichte partijen kunnen wellicht beter inspelen op de vraag van de consument en de wachtlijsten sneller reduceren, maar het risico op ongewenste neveneffecten zal tijdens de transitiefase waarschijnlijk groter zijn. Ook daar ligt een politiek keuze<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Wat betreft het toelaten van commerciële verzekeraars lijkt die keuze in het Strategisch Akkoord al (impliciet) gemaakt: hierin is gekozen voor een privaatrechtelijke vorm voor de verplichte basisverzekering. De Europese Schaderichtlijnen laten onder deze vorm minder ruimte voor de overheid dan onder een publiekrechtelijke verzekering om eisen te stellen aan zorgverzekeraars, zoals een al dan niet winstgerichte status.

## 5 Vier vragen tot besluit

In deze slotbeschouwing blikken we terug op de bevindingen en plaatsen die in een breder perspectief. We doen dat met behulp van vier vragen.

### 1. Welke kansen en bedreigingen zien we voor het nieuwe stelsel?

Omdat de zorgmarkt belangrijk afwijkt van gewone markten, zijn tal van beleidsmaatregelen nodig om concurrentie ook daadwerkelijk effectief te maken en eventuele ongewenste neveneffecten in te dammen. Een deel van die maatregelen is voorgenomen beleid. Een ander deel van die maatregelen is minder nadrukkelijk in beeld en verdient de aandacht. Zo lijkt het zaak zo snel mogelijk ('gisteren') een toezichthouder op te richten, die zich onder meer kan richten op informatieverstopping voor consumenten en het slechten van toetredingsdrempels.

Het verruimen van plaatsen voor opleidingen lijkt ook wenselijk, evenals het vergroten van de transparantie in de hele sector. Het laatste is nodig om te bewerkstelligen dat consumenten een verzekeraar kunnen kiezen op basis van diens prijs/kwaliteitverhouding. Hierbij gaat het om de kwaliteit van de service van de verzekeraar, maar ook om de kwaliteit van zijn zorgaanbod. Dit vereist dat consumenten de serviceprestaties van verzekeraars kan vergelijken en dat zowel consumenten als verzekeraars inzicht hebben in de prestaties van zorgaanbieders.

DBC's invoeren is wenselijk, zowel vanuit het oogpunt van transparantie als het creëren van onderhandelingsruimte voor verzekeraars. Maar er zijn nog vragen over de fasering, de verwerking van kapitaallasten en mogelijke gevolgen voor afwenteling. Op termijn ligt een financiering op basis van onderhandelingen over DBC's voor de hand. Hoe zit dat in de overgangperiode? Hier liggen nog verschillende mogelijkheden, bijvoorbeeld DBC's met maximumtarieven.

Ongewenste neveneffecten van concurrentie dreigen vooral in de vorm van kwaliteitsreductie, supplier induced demand en overconsumptie. Maatregelen die daarop aangrijpen zijn informatievoorziening over zorggebruik en kwaliteit en een eigen bijdrage (gekoppeld aan een verbod op herverzekering), waar in België goede ervaringen mee bestaan. Eigen betalingen moeten wel zo worden vormgegeven dat de ongewenste effecten er van zoveel mogelijk worden tegengegaan (bijvoorbeeld aanpassen aan risicoprofiel en niet voor iedere vorm van zorg laten gelden). Risicoselectie blijft een punt van aandacht, in het bijzonder de rol van aanvullende verzekeringen en collectieve contracten en het incorporeren van de huidige particulier verzekerden in het risicovereveningssysteem.

Tot slot stijgen de totale kosten (maar niet noodzakelijk de kosten per eenheid product) naar alle waarschijnlijkheid, onder andere omdat de vraag van de consument het uitgangspunt wordt. Dit is de prijs voor het creëren van voldoende zorgaanbod (wachlijsten verminderen) en verbetering van kwaliteit. Op termijn kunnen efficiëntieverbeteringen een deel van de extra kosten terugverdienen.

## **2. Welke politieke keuzes zien we?**

Sommige beleidsmaatregelen impliceren politieke keuzes<sup>13</sup>. We geven vier voorbeelden. (i) Twee middelgrote ziekenhuizen fuseren: efficiëntie neemt toe maar ook de reisafstand; (ii) er komt meer differentiatie in het aanbod: goed voor keuzevrijheid, maar het kan botsen met het gevoel voor solidariteit; (iii) de eigen bijdrage wordt verhoogd: goed voor het verhinderen van overconsumptie, maar kan leiden tot ongewenst uitstel van zorg; (iv) commercieel aanbod: verkleint wachtlijsten, maar zorgt waarschijnlijk voor een toename van ongewenste neveneffecten in de transitiefase. Het is aan de politiek om te bepalen hoe de diverse afwegingen gemaakt moeten worden.

## **3. Wat kunnen we leren van ervaringen met concurrentie in andere landen?**

Vaak worden buitenlandse ervaringen opgevoerd als schrikbeeld. Sommige lessen zijn echter al getrokken: belangrijke tekortkomingen van de systemen in de VS en Duitsland worden in het nieuwe stelsel ondervangen. Zowel de VS als Duitsland kennen een hoge mate van risicoselectie en werkgevers die vooral oog hebben voor kostenbesparing ten koste van solidariteit (Duitsland) en kwaliteit (VS). De acceptatieplicht, het uniforme basispakket en (verder werken aan) een beter ontwikkeld systeem van risicoverevening vormen het Nederlandse antwoord op deze bedreigingen. Dit laat onverlet dat buitenlandse ervaringen nog flinke uitdagingen aan het licht brengen. In de VS zijn verzekeringen in rurale gebieden duurder vanwege de dominante positie van ziekenhuizen. In Duitsland komt concurrentie tussen verzekeraars onvoldoende van de grond omdat verzekeraars te weinig instrumenten hebben om de zorgaanbieders te beïnvloeden (Schut, Gress en Wasem, 2002). Hoe kunnen we dergelijke problemen in Nederland voorkomen? Uit het buitenland komen niet alleen de problemen, maar ook mogelijke oplossingen. Een goed voorbeeld hiervan is de 'trusted third party' in de VS: een onafhankelijke instantie die informatie over de kwaliteit van zorg verzamelt en ter beschikking stelt aan allerlei partijen: consumenten, verzekeraars en overheid.

## **4. Wanneer kunnen we resultaat verwachten?**

De politiek en het maatschappelijk veld willen snel resultaten zien. Vooral wachtlijsten zouden op korte termijn gereduceerd moeten worden. Hier past voorzichtigheid. Sommige acties kunnen relatief snel resultaat geven ('laaghangend fruit' in Haags jargon), maar het nieuwe zorgstelsel bevat allerlei elementen die meer geduld vereisen. Nieuwe zorgaanbieders, concurrerende verzekeraars, een nieuwe toezichthouder, een cultuuromslag en op DBC's gebaseerde financiering: allemaal zaken die zich pas op termijn kunnen vertalen in verbeteringen op maatschappelijke doelen. Keulen en Aken zijn niet in één dag gebouwd.

<sup>13</sup> Zie hiervoor ook CPB (2002).

Ook is in dit verband interessant wat de onzekerheid is rond de diverse beleidsmaatregelen. Veel van de gevolgen zijn immers moeilijk in te schatten. Daarbij is van belang wat de mate van flexibiliteit in beleid is. Zo lijkt risicoselectie redelijk controleerbaar, maar dat kan tegenvallen. Extra maatregelen zijn dan denkbaar. Dit maakt het risico beheersbaar. Hetzelfde geldt voor de introductie van DBC's. Dat kan trager of anderzijds minder goed verlopen dan gewenst, maar beleidsaanpassingen zijn dan mogelijk. Moeilijker is het op het gebied van fusies tussen ziekenhuizen, het toelaten van commercieel aanbod en het veranderen van het verzekeringssysteem: zulke stappen zijn moeilijker terug te draaien en vereisen daarom zorgvuldige afweging.

Het nieuwe stelsel is een majeure beleidsinvestering waarvan het rendement grotendeels door toekomstige consumenten wordt geplukt. Dat vereist geduld en politieke moed, want ongeduld, gevoed door lobby's van huidige groeperingen die zich bedreigd kunnen voelen, ligt al snel op de loer.

---

### **Wat kan nog van het CPB verwacht worden?**

Deze notitie geeft een tussenstand van lopend onderzoek naar concurrentie in de zorg. Het eindrapport, dat voorzien is voor het eind van dit jaar, gaat uitgebreider in op de onderwerpen die in deze notitie zijn aangestipt. Bovendien zal daarin een aantal vragen aan bod komen die in deze korte notitie nog niet zijn behandeld, zoals:

- Welke beleidsopties dienen zich aan voor de onderdelen van de zorg die vallen onder de nieuwe plannen maar die in deze notitie niet zijn besproken (o.a. apothekers, paramedici)?
  - Welke beleidsopties dienen zich aan voor die delen van de cure, zoals acute zorg, die zich niet goed lenen voor concurrentie?
  - Wat valt te leren van buitenlandse ervaringen met het toelaten van nieuwe zorgaanbieders?
  - Wat valt er te leren over het verschil tussen profit en non-profit organisaties?
  - Welke vormgeving van eigen risico levert de beste bijdrage aan het tegengaan van overconsumptie in de zorg en het tegengaan van ongewenst afzien van zorggebruik?
  - Wat kunnen we zeggen over de wenselijkheid van regionale versus landelijke concurrentie, ook in relatie met zorgplicht?
-

## **Abstract**

This document outlines the opportunities and threats surrounding competition in health care. Competition is a key element in the upcoming Dutch health care reform and will potentially lead to substantial improvements in the medium or long run. But what are the necessary conditions for effective competition to materialise? By outlining the main conditions and policy options CPB aims to contribute to the debate concerning the health care system change.

## Referenties

CPB, 2002, Keuzes in kaart 2003-2006: Economische effecten van acht verkiezingsprogramma's, Centraal Planbureau, Den Haag.

iBMG, 2002, Twintig zorgpunten over het toekomstige zorgstelsel, iBMG-Manifest, instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.

IOO, 2000, Concurrentie tussen particuliere zorgverzekeraars, IOO b.v., Zoetermeer.

Klein, J.I, 1998, Making the transition from regulation to competition: Thinking about merger policy during the process of electric power restructuring, Toespraak, Washington DC, 21 januari 1998.

KPMG, 2002, Zeven deelmarktanalyses gezondheidszorg, KPMG BEA / KPMG Gezondheidszorg, Hoofddorp.

Miller, R.H., en H.S. Luft, 1997, Does managed care lead to better or worse quality of care?, Health affairs, September/October 1997.

NMa, 2002, Richtsnoeren voor de zorgsector, Consultatiedocument, Nederlandse Mededingingsautoriteit, Den Haag, 28 maart 2002.

RIVM, 2002, Geneesmiddelen en medische hulpmiddelen: trends en dilemma's, eindredactie: A. Van den Berg Jeths en G.W.M. Peters-Volleberg, Bohn, Stafleu, Van Loghum.

Schut F.T., 2000, Collectieve ziektekostenverzekeringen voor werknemers, Stichting FNV pers, Amsterdam.

Schut, F.T., S. Gress en J. Wasem, 2002, Consumer price sensitivity and social health insurer choice in Germany and the Netherlands, Working Paper.

Schut, F.T., L. Bovenberg, M. Canoy, H. Keuzenkamp en C. Teulings, 2002, Hervorming zorgstelsel: Wat is de slimste weg naar Rome?, ESB, 87, nr. 4366, p. 464-467.

Sullivan, K., 1999, Managed care plan performance since 1980: another look at 2 literature reviews, American Journal of Public Health, 89, No. 7.

VWS, 2001, Eigen betalingen in perspectief, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag.