Centraal Planbureau

CPB Achtergronddocument | juni 2015

Doelmatigheid in de curatieve zorg

Behoort bij CPB Policy Brief 2015/12 'Vijf aanknopingspunten voor doelmatigheid in de curatieve zorg'

Robin Zoutenbier
Rudy Douven
Michiel Bijlsma

Inhoud

1 Inleiding 4

2 Begripsbepaling 5
2.1 Vormen van doelmatigheid 5
2.2 Kosten en baten van gezondheidszorg 7
2.3 Kwaliteit van gezondheidszorg 8

3 Doelmatigheid in de curatieve gezondheidszorg 10
3.1 Meetbaarheid van doelmatigheid 10
3.2 Nederland vergeleken met de VS en het VK 12
3.3 Overzicht verschillen Nederland, de VS en het VK 16
3.4 Samenvatting 21

4 Marktfalen in de zorg 22
4.1 Zorgverleningsmarkt 22
4.2 Zorgverzekeringsmarkt 27
4.3 Zorginkoopmarkt 30

5 Rol van de overheid 33
5.1 Randvoorwaarden voor doelmatigheid 33
5.2 Allocatieve doelmatigheid van de collectieve uitgaven 42
5.3 Instrumenten voor doelmatigheid 43

Literatuur 48

1 Inleiding

De gezondheidszorg levert een grote bijdrage aan onze welvaart. Gezonde mensen leven langer, hebben een betere kwaliteit van leven en kunnen langer bijdragen aan de samenleving. Kwaliteit speelt daarbij een belangrijke rol, meer kwaliteit leidt tot hogere baten van zorg. Naast goede gezondheidszorg willen we ook betaalbare gezondheidszorg. Om tot goede en betaalbare gezondheidszorg te komen is het belangrijk om doelmatigheid na te streven. Dat betekent dat er geen verspilling van middelen mag zijn bij het uitvoeren van behandelingen en dat de middelen daar worden ingezet waar ze de meeste gezondheidswinst opleveren.

Dit achtergronddocument geeft aanvullende informatie bij de policy brief "Vijf aanknopingspunten voor doelmatigheid in de curatieve zorg" (Douven et al. 2015c). Het achtergronddocument gaat dieper in op de empirische literatuur over kwaliteit en doelmatigheid, op de theoretische literatuur over marktfalen en bespreekt de rol van de overheid in het verbeteren van doelmatigheid in de curatieve zorg. De bijbehorende policy brief formuleert, op basis van de analyse in het achtergronddocument, vijf aanknopingspunten voor overheidsbeleid gericht op het verbeteren van doelmatigheid.

Eerst geeft het achtergronddocument een uitgebreide beschrijving van het begrip doelmatigheid en de relatie tussen doelmatigheid en kwaliteit. Daarna wordt de Nederlandse curatieve zorg, op macroniveau, vergeleken met de curatieve zorg in de Verenigde Staten (VS) en het Verenigd Koninkrijk (VK). Het doel hierbij is niet om een definitief oordeel te vellen over doelmatigheid, maar vooral om vanuit de beschikbare informatie een beter beeld te krijgen van verschillen in doelmatigheid tussen Nederland en de VS en het VK.

Het tegengaan van ondoelmatigheid in de curatieve zorg heeft de overheid grotendeels overgelaten aan de spelers op de verschillende markten binnen de zorg (zorgleveringsmarkt, zorgverzekeringsmarkt en de inkoopmarkt). De overheid moet de spelers in de zorg stimuleren in hun zoektocht naar meer doelmatigheid door voor de optimale randvoorwaarden te zorgen. Daarnaast moet de overheid zich continu afvragen hoeveel aan gezondheidszorg te besteden. De overheid kan beïnvloeden hoeveel collectief aan de gezondheidszorg wordt besteed, door bijvoorbeeld aanpassingen in het basispakket voor de zorgverzekering in te voeren.

Dit achtergronddocument is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 licht het begrip doelmatigheid toe en bespreekt de verschillende dimensies van doelmatigheid. Hoofdstuk 3 geeft een kwantitatief beeld van de huidige staat van doelmatigheid van de Nederlandse gezondheidszorg. In hoofdstuk 4 zijn de oorzaken van ondoelmatigheid beschreven. Hoofdstuk 5 sluit af met de rol van de overheid in het vergroten van doelmatigheid.

2 Begripsbepaling

Doelmatigheid (door economen aangeduid als efficiency) beschrijft de relatie tussen schaarse productiemiddelen en het niveau van welvaart voor de samenleving wat met deze middelen wordt bereikt. Deze relatie is doelmatig als de productiemiddelen zo worden ingezet dat de welvaart van geen enkel individu verder is te verbeteren zonder dat dit ten koste gaat van de welvaart van andere individuen.[1] Dit is ook op de zorg van toepassing. De zorg is doelmatig als er niet meer gezondheidswinst te behalen is met de beschikbare middelen.

2.1 Vormen van doelmatigheid

Economen maken onderscheid tussen drie vormen van doelmatigheid: technische doelmatigheid, allocatieve doelmatigheid en dynamische doelmatigheid.[2] Technische en allocatieve doelmatigheid zijn statische dimensies, ze beschrijven doelmatigheid op een gegeven punt in de tijd. Dynamische doelmatigheid beschrijft daarentegen de ontwikkeling van doelmatigheid over de tijd.

Technische doelmatigheid

Het tegengaan van verspilling in de zorg is een manier om technische doelmatigheid te vergroten.[3] Verspilling van middelen treedt op als het gebruik van middelen hoger is dan noodzakelijk voor een behandeling. Denk bijvoorbeeld aan de verspilling van medicijnen. Door verspilling van medicijnen te voorkomen, blijft de gezondheidswinst gelijk maar dalen de uitgaven. Andere voorbeelden van verbeteringen in technische doelmatigheid zijn het voorkomen van fouten en het stroomlijnen van processen. Het reduceren van de uitgaven aan een behandeling is echter niet de enige manier om technische doelmatigheid te vergroten. Technische doelmatigheid kan ook verbeteren door hogere kwaliteit te leveren tegen gelijke uitgaven. Goedkopere zorg is dus niet per se gelijk aan meer technisch doelmatige zorg en een verbetering in technische doelmatigheid is niet per se hetzelfde als lagere uitgaven aan zorg.

In de praktijk draait technische doelmatigheid om de verhouding tussen de baten en de kosten van behandelen. De kosten meten de waarde van de ingezette middelen en de baten de waarde van de behandeling. Technische doelmatigheid is te vergelijken door te kijken

[1] Zie Mas-Colell et al. (1995: p.313) voor een uitgebreide definitie van (Pareto) efficiency.
[2] Zie bijvoorbeeld Henderson (2005: p.65) voor een uitleg van technische en allocatieve doelmatigheid of Zweifel et al. (2008: p.156) voor het verschil tussen dynamische doelmatigheid en statische doelmatigheid. Peacock et al. (2001) geven een overzicht van verschillende definities van doelmatigheid in de gezondheidszorg.
[3] Productieve doelmatigheid en x-doelmatigheid zijn, naast technische doelmatigheid, ook veel beschreven vormen van doelmatigheid. In de praktijk zijn de definities van productieve en technische doelmatigheid uitwisselbaar. Wanneer de technische ondoelmatigheid het gevolg is van gebrekkige concurrentie spreekt men van x-ondoelmatigheid.

naar de baten per uitgegeven euro, waarbij hogere baten per uitgegeven euro gelijk staat aan hogere technische doelmatigheid.

Allocatieve doelmatigheid

Allocatieve doelmatigheid is te verbeteren door de beschikbare middelen daar in te zetten waar ze het meeste opleveren voor de samenleving. Allocatieve doelmatigheid is van toepassing binnen de zorg en op de totale collectieve uitgaven. Door de middelen in de zorg in te zetten waar ze de meeste gezondheidswinst opleveren bereiken we allocatieve doelmatigheid in de zorg. Dit kan door behandelingen uit te voeren met de hoogste technische doelmatigheid of door behandelingen daar uit te voeren waar deze het meest doelmatig worden uitgevoerd (hier valt bijvoorbeeld ook substitutie van de tweede naar de eerste lijn onder).

Ook op het niveau van de totale collectieve uitgaven speelt allocatieve doelmatigheid een rol. Stel bijvoorbeeld dat een extra euro meer welvaart oplevert in het onderwijs dan in de gezondheidszorg.[4] Dan is het allocatief doelmatig om te investeren in onderwijs, zelfs wanneer de euro technisch doelmatig te besteden is in de gezondheidszorg. De investering in onderwijs leidt ten slotte tot hogere gemeenschappelijke baten dan een investering in gezondheidszorg. Het bepalen van het niveau aan collectieve zorguitgaven is dus een allocatief vraagstuk, waarbij afwegingen gemaakt moeten worden tussen de baten van zorg en de baten van andere collectieve goederen.

Kort samengevat, de allocatieve doelmatigheid van zorg is te evalueren aan de hand van twee vragen: welke gezondheidszorg is doelmatig en welk niveau van zorguitgaven is doelmatig. Om deze vragen te beantwoorden is informatie nodig over de baten en de kosten van alle goederen en diensten in de economie (dus ook gezondheidszorg). Dit maakt het evalueren van allocatieve doelmatigheid een stuk lastiger dan het evalueren van technische doelmatigheid.

Dynamische doelmatigheid

Zowel technische als allocatieve doelmatigheid zijn statische dimensies, ze evalueren doelmatigheid op een gegeven punt in de tijd. Echter, door technologische vooruitgang is het mogelijk om in de toekomst hogere doelmatigheid te bereiken dan met de huidige kennis mogelijk is. Dynamische doelmatigheid omschrijft hoe beslissingen in het heden de doelmatigheid over tijd beïnvloeden. Innovatie in de gezondheidszorg speelt hierbij een belangrijke rol. Meer ruimte voor innovatie kan in de toekomst leiden tot nieuwe technieken die kosten besparen of verdere gezondheidswinst opleveren. Meer ruimte voor innovatie betekent dus dat in de toekomst hogere doelmatigheid mogelijk is.

De literatuur maakt onderscheid tussen drie soorten innovatie: productinnovatie, procesinnovatie en organisatie-innovatie (Zweifel et al. 2009). Productinnovatie is gericht op

[4] De waardering door de samenleving van een extra euro voor onderwijs of zorg bepaalt waar de extra euro het meeste oplevert. Wanneer de extra baten van onderwijs hoger worden gewaardeerd dan de extra gezondheidswinst, levert een euro voor onderwijs meer op dan een euro voor gezondheidszorg.

het verbeteren of ontwikkelen van behandeltechnieken en apparatuur om zo de kosten te reduceren of de kwaliteit te verhogen. Het verschil tussen procesinnovatie en organisatie-innovatie is minder scherp. Beide zijn gericht op nieuwe vormen van coördinatie, communicatie of organisatie waarmee de zorg doelmatiger is te leveren.

In dit achtergronddocument ligt de nadruk op statische doelmatigheid. Innovatie en investeringen vallen buiten het bereik van dit document omdat, voor Nederland, een groot deel van de innovatie van buitenaf komt. Deze factoren zijn daarom deels exogeen voor de ontwikkeling in doelmatigheid van het Nederlandse systeem. De snelheid waarmee nieuwe technieken worden opgenomen in het basispakket is wel te beïnvloeden (bijvoorbeeld via centrale richtlijnen door het kwaliteitsinstituut). Ook de ruimte die het stelsel biedt voor proces en organisatie-innovatie is te beïnvloeden door beleid (bijvoorbeeld via deregulering).

2.2 Kosten en baten van gezondheidszorg

Om een goede inschatting van doelmatigheid te maken is zowel inzicht in de kosten als de baten nodig. De kosten van gezondheidszorg zijn uit te drukken in de inzet van middelen. Voor het leveren van gezondheidszorg zijn bijvoorbeeld verbruiksmiddelen nodig (zoals verband of hygiëne middelen), kapitaal (bijvoorbeeld diagnoseapparatuur) en de inzet van arbeid (bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen en verzorgers). De waarde van middelen is uitgedrukt in geld (prijs van verbruiksmiddelen of uurloon van werknemers). Hierbij is ook de inzet van indirecte middelen belangrijk, zoals uitgaven aan administratie en andere ondersteuning. Ook deze kosten zijn eenvoudig meetbaar en uit te drukken in geld, wat het vergelijken van kosten vereenvoudigt.

De baten van gezondheidszorg zijn op te delen in individuele baten en externe baten. Individuele baten van gezondheid zijn bijvoorbeeld kwantitatieve en kwalitatieve gezondheidswinst (zoals een hogere levensverwachting en meer jaren in goede gezondheid) en de baten die daarbij komen in termen van hogere productiviteit en meer consumptie van vrije tijd. Externe baten zijn baten die niet direct in de prijs of in de overweging van de gebruiker worden meegenomen. Dit zijn baten voor de samenleving als geheel. Een eenvoudig voorbeeld van externe baten is te vinden bij vaccinatieprogramma's. Een vaccinatie heeft persoonlijke baten voor de gevaccineerde in termen van een lagere kans op ziekte, maar ook baten voor de samenleving omdat de omgeving een lagere kans heeft om besmet te raken met de ziekte. Wanneer een persoon overweegt om een vaccinatie te nemen, spelen vooral de persoonlijke baten een rol en niet de baten voor de samenleving. Een ander voorbeeld van een extern effect is dat een deel van de productiviteitswinst van het individu, door betere gezondheid, ten goede komt aan de samenleving (bijvoorbeeld via belastingen of een daling in het gebruik van uitkeringen).

2.3 Kwaliteit van gezondheidszorg

Kwaliteit is een belangrijk onderdeel van de baten van gezondheidszorg. Hogere kwaliteit leidt tot hogere baten. Economen omschrijven kwaliteit als alle eigenschappen van een product (buiten de prijs en hoeveelheid) die de waarde van het product voor de gebruiker bepalen. Omdat de kwaliteit van gezondheidszorg nauw verbonden is met de baten van gezondheidszorg, is kwaliteit ook onlosmakelijk verbonden met doelmatigheid. Een verbetering in doelmatigheid kan zowel bestaan uit een verhoging van de baten (bijvoorbeeld via een verbetering in kwaliteit) als een kostenreductie.

Concreet zijn een aantal deelgebieden benoemd die de kwaliteit (en daarmee de waarde) van gezondheidszorg bepalen. Deze deelgebieden zijn doeltreffendheid, veiligheid, patiëntgerichtheid en toegankelijkheid (OECD 2006). Doeltreffend (of effectief) zegt alleen iets over of het doel gehaald is, zonder een waardeoordeel te geven over hoe het doel gehaald is. Een knieoperatie is bijvoorbeeld doeltreffend als de behandeling leidt tot een verbetering in mobiliteit en een vermindering van klachten. Veiligheid is een onderdeel van kwaliteit omdat onveilige gezondheidszorg gezondheidsproblemen verergert. Patiëntgerichtheid houdt in dat de zorg aansluit bij de voorkeuren van de gebruiker. Het laatste aspect van kwaliteit is toegankelijkheid, gebruikers toegang moeten hebben tot de zorg die past bij hun gezondheidsproblemen.

Gepaste zorg

In discussies over de betaalbaarheid van de zorg duikt regelmatig de term ‘gepaste zorg’ op. Vaak blijft onduidelijk wat gepaste zorg precies is en hoe gepaste zorg zich verhoudt tot doelmatigheid. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ 2004) omschrijft gepaste zorg als zorg die voldoet aan drie criteria: effectief, doelmatig en noodzakelijk. Zorg is gepast als zorg een positief effect heeft op de gezondheid van de patiënt (effectief), de kosten van zorg in verhouding staan tot de effectiviteit (doelmatig) en als het aantal verloren gezonde levensjaren hoog is bij het uitblijven van zorg (noodzakelijk).

Het noodzakelijkheidscriterium is het belangrijkste verschil tussen gepaste zorg en doelmatige zorg (doelmatige zorg impliceert namelijk dat de zorg ook effectief is). Zo kan noodzakelijke dure zorg wel gepast zijn en minder noodzakelijke goedkope zorg niet. Bijvoorbeeld, bij viagra en de rollator is de solidariteit om dit collectief te vergoeden kleiner dan bij ernstige hart-, long- of levertransplantaties (Douven en van Ewijk 2013).

Vanuit economisch perspectief is gepaste zorg gelijk aan doelmatige zorg; zorg waarbij de baten van een behandeling (effectiviteit van zorg) hoger zijn dan de kosten. Het figuur hieronder toont de marginale kosten en baten voor de samenleving van het langer doorbehandelen van een patiënt. Bij de eerste paar behandelingen is het doelmatig om de patiënt door te behandelen, de marginale baten zijn hoger dan de marginale kosten. Dit betekent dat meer behandelen leidt tot hogere netto baten. Het doelmatige (en daarmee economisch gepaste) niveau van zorggebruik voor deze patiënt is ook in de figuur weergegeven, daar waar de marginale baten gelijk zijn aan de marginale kosten. Vanaf dit punt geldt dat extra zorggebruik meer kosten oplevert (voor de samenleving) dan baten voor de patiënt en de samenleving als geheel. Dezelfde redenering kan gebruikt worden om te bepalen of het starten van een behandeling gepast is. Als de baten van behandelen hoger zijn dan de kosten is de behandeling gepast in economische zin. Vanuit de RVZ definitie is het dus nodig om ook de noodzakelijkheid in overweging te nemen. Als de onderstaande zorg als niet noodzakelijk wordt beschouwd is het economisch gepaste zorg (doelmatig) maar niet gepaste zorg volgens de RVZ definitie.

3 Doelmatigheid in de curatieve gezondheidszorg

Dit hoofdstuk geeft een kort overzicht van de belangrijkste literatuur over de kwaliteit en doelmatigheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Het doel van dit hoofdstuk is om aan de hand van het begrip doelmatigheid te kijken naar de beschikbare informatie over de zorg. Het doel is niet om tot een definitief oordeel te komen over de doelmatigheid van de zorg in Nederland. Er wordt dan ook geen uitputtend overzicht gegeven van de literatuur over kwaliteit en doelmatigheid van de gezondheidszorg.[5] Er is wel aandacht voor de problemen bij het meten van doelmatigheid in de zorg.

We vergelijken op macroniveau de doelmatigheid van de Nederlandse zorg met de zorg in de Verenigde Staten (VS) en het Verenigd Koninkrijk (VK). Ondanks dat doelmatigheid niet goed te meten is, geeft deze vergelijking inzicht in de sterktes en zwaktes van het Nederlandse stelsel. De vergelijking met deze twee landen is interessant omdat de zorg in de VS erg ondoelmatig is terwijl het systeem in het VK relatief goede beoordelingen krijgt (zie bijvoorbeeld Davis et al. 2014). Daarbij komt dat het Nederlands zorgstelsel overeenkomsten heeft met de VS en sterk verschilt van het zorgstelsel in het VK.

3.1 Meetbaarheid van doelmatigheid

Technische doelmatigheid in de zorg is niet eenvoudig te meten. Voor een berekening van technische doelmatigheid is informatie nodig over de kosten en de baten van zorg (om tot de baten per uitgegeven euro te komen). De baten van de zorg zijn, in tegenstelling tot de kosten, lastig te meten en te waarderen. Denk bijvoorbeeld aan een gezondheidswinst na een behandeling, welk deel daarvan is toe te wijzen aan gezondheidszorg en welk deel aan een gezonder levenspatroon. Hetzelfde geldt voor een stijging van de arbeidsproductiviteit na een succesvolle behandeling. De literatuur gebruikt verschillende gegevens om een indruk te krijgen van de baten van de zorg, zoals de levensverwachting in een populatie (zie tekstkader), kengetallen over de zorg en identificatie van beste praktijken.[6]

Voor het berekenen van allocatieve doelmatigheid is meer informatie nodig, namelijk informatie over de waardering van alle andere goederen in de economie. Is de samenleving bijvoorbeeld bereid om onderwijs of consumptie van andere goederen af te ruilen tegen hogere of lagere consumptie van zorg. Er kan binnen een samenleving bijvoorbeeld een

[5] De OECD (2013) vergelijkt de kwaliteit van zorg tussen landen op basis van kwaliteitsindicatoren. Zij geven hier echter geen waardeoordeel over de kwaliteit van de gehele zorg. Het CBS (2013) en het RIVM (2014) geven een gedetailleerd overzicht van de kwaliteit van de Nederlandse zorg op basis van verschillende kwaliteitsindicatoren.
[6] Zie Bijlsma en Pomp (2008) en Algemene Rekenkamer (2013) voor een bespreking van kengetallen en Hollingsworth (2003, 2008) voor een bespreking van de analyse van beste praktijken. Blank et al. (2011) vergelijken de beste praktijken voor Nederlandse ziekenhuizen.

voorkeur zijn voor een hoog niveau van zorg (en lagere consumptie van andere goederen en diensten) of een voorkeur zijn voor een laag niveau van zorg (en hogere consumptie van andere goederen en diensten). Vaak is er geen informatie beschikbaar over de waardering van alle goederen in de economie. Dit maakt het evalueren van allocatieve doelmatigheid van de gezondheidszorg zeer lastig.[7] Bovendien is de zorg in Nederland voor een belangrijk deel collectief bekostigd. Het vergaren van inkomsten om collectieve uitgaven te doen brengt ook kosten met zich mee. Bestaand onderzoek richt zich daarom vooral op de vraag of gezondheidszorg doelmatig is (technische doelmatigheid) en niet zozeer welk niveau van zorg doelmatig is (allocatieve doelmatigheid).

Levensverwachting een goede maatstaf van de baten van zorg?

Eén manier om de baten van gezondheidszorg te meten is via de levensverwachting in een populatie. Achterliggende gedachte is dat gezonde mensen langer leven en gezondheidzorg bijdraagt aan een langer leven (Ford et al. 2007 schatten dat ongeveer 50 procent van de stijging in levensverwachting in de Verenigde Staten sinds 1970 is toe te wijzen aan medische vooruitgang). De vergelijking tussen de levensverwachting en de uitgaven aan zorg geeft een globaal beeld van de baten per uitgegeven euro (technische doelmatigheid).

Het evalueren van doelmatigheid aan de hand van een simpele vergelijking tussen levensverwachting en uitgaven is echter niet zonder beperkingen. De ontwikkeling in gemiddelde levensverwachting ondervangt niet alle baten van gezondheidszorg. Ten eerste weerspiegelt de levensverwachting vooral de kwantitatieve gezondheidswinst en niet zozeer de kwalitatieve gezondheidswinst of externe baten van gezondheidszorg. Een knie- of heupoperatie heeft bijvoorbeeld weinig effect op de levensverwachting van een patiënt maar kan wel een grote impact hebben op de kwaliteit van leven. Om tot een complete evaluatie van technische doelmatigheid te komen willen we idealiter ook deze informatie meenemen. Helaas zijn deze gegevens (denk bijvoorbeeld aan de Health Adjusted Life Years (HALE) of de levensverwachting in goede gezondheid) nog niet op grote schaal beschikbaar.

Daarnaast beïnvloeden andere factoren, zoals gewoontes, leefpatronen, de bevolkingssamenstelling en inkomen ook de levensverwachting. Mogelijk worden zowel de levensverwachting als de uitgaven aan zorg beïnvloed door een derde variabele, zoals inkomen. Wanneer het inkomen stijgt, kunnen mensen zich beter en gevarieerder voedsel veroorloven en werk doen wat minder belastend is voor het lichaam. Dit heeft een positief effect op de levensverwachting. Een stijging in welvaart kan er ook voor zorgen dat de inwoners meer geld overhebben voor het gebruik van zorg. Een vergelijking tussen levensverwachting en uitgaven is dus geen perfecte maatstaf, maar kan toch een benadering geven van doelmatigheid (zie bijvoorbeeld Van Baal et al. 2013 voor een discussie over de relatie tussen levensverwachting en uitgaven aan gezondheidszorg). Sectie 3.2 gebruikt data over de levensverwachting en uitgaven om een beeld te schetsen van doelmatigheid in de zorg.

[7] Ook het evalueren van dynamische doelmatigheid is lastig. Om dynamische doelmatigheid te evalueren is meer inzicht nodig in hoe en in welke mate innovatie en investeringen bijdragen aan de ontwikkeling van doelmatigheid over tijd. Echter, zoals beschreven in sectie 2.1 ligt de focus van dit achtergronddocument op de statische dimensies van doelmatigheid.

3.2 Nederland vergeleken met de VS en het VK

De uitgaven aan gezondheidszorg in Nederland zijn de afgelopen decennia fors gestegen. Figuur 3.1 toont de ontwikkeling in uitgaven aan gezondheidszorg (curatief en langdurig) in Nederland en vergelijkt deze met de Verenigde Staten (VS) en het Verenigd Koninkrijk (VK).[8]

Figuur 3.1 Ontwikkeling in uitgaven aan zorg (curatief en langdurig) per hoofd van de bevolking

Bron: OECD (2014).

De uitgaven per hoofd van de bevolking stijgen in alle drie de landen. Uit het figuur komen ook twee verschillen naar voren. Ten eerste ontwikkelen de uitgaven in Nederland en het VK zich minder snel dan in de VS (vanaf 2009 ontstaat ook een verschil tussen Nederland en het VK).[9] Ten tweede is het niveau van uitgaven in Nederland en het VK beduidend lager dan in de VS. De Nederlandse zorguitgaven waren in 2012 $5099 per hoofd van de bevolking ten opzichte van $8745 in de VS en $3289 in het VK (OECD 2014). De VS is wat uitgaven betreft een uitschieter, want in vergelijking met andere OECD landen zijn de Nederlandse uitgaven aan gezondheidszorg ook hoog.[10] Van alle OECD landen hebben alleen de Verenigde Staten, Noorwegen en Zwitserland hogere uitgaven per hoofd van de bevolking (OECD 2013: p. 155).

[8] De OECD doet veel moeite om de cijfers van verschillende landen vergelijkbaar te maken. Desondanks maken verschillende definitiebepalingen van uitgaven per land het lastig om cijfers tussen landen te vergelijken. Zie bijvoorbeeld Mot (2013) voor een discussie.

[9] De jaarlijkse stijging in uitgaven in Nederland was gemiddeld 5,5% in de periode '00-'09 ten opzichte van een gemiddelde van 4,1% voor de OECD als geheel. In lijn met de ontwikkeling in andere OECD landen is de stijging van de uitgaven in Nederland over de periode '09-'11 fors lager. In deze periode nemen de uitgaven in Nederland jaarlijks met gemiddeld 1% toe. Het gemiddelde voor alle OECD landen is echter wederom lager (gemiddeld 0,2% per jaar). Belangrijk om hierbij op te merken is dat de hoge groei in zorguitgaven in de periode '00-'09 deels te verklaren is door een reeksbreuk in de uitgaven aan langdurige verpleging (Mot 2013).

[10] De hoge uitgaven aan zorg in Nederland in vergelijking met andere landen zijn deels te verklaren door de hoge uitgaven aan langdurige zorg (Mot 2013). Nederland geeft net iets minder dan het OECD gemiddelde uit aan curatieve zorg (als % van het BBP) en drie maal zoveel als het OECD gemiddelde aan langdurige zorg (inclusief sociale zorg zoals hulp in de huishouding en sociale activiteiten) Sectie 3.3 gaat verder in op de uitgaven aan curatieve zorg en langdurige zorg.

Dit hoofdstuk gaat vooral in op niveauverschillen in uitgaven in plaats van de ontwikkeling in uitgaven. Technologische ontwikkeling beïnvloedt de ontwikkeling in zorguitgaven sterk. Technologie is in hoge mate grensoverschrijdend en alle geïndustrialiseerde landen voeren, in meer of mindere mate, nieuwe technologie in. De VS loopt voorop bij het introduceren van nieuwe technologieën. Niveauverschillen in de uitgaven zijn te vergelijken via verschillen in de prijs van gezondheidszorg, het gebruik van gezondheidszorg of de doelmatigheid van gezondheidszorg.

Figuur 3.2 laat zien hoe het niveauverschil in uitgaven tussen Nederland, de VS en het VK in theorie naar verschillen in gezondheid is te vertalen, als alle landen de maximale gezondheidswinst weten te behalen gegeven de uitgaven. Het figuur zet de gezondheid in een land (verticale as) af tegen de uitgaven aan gezondheidszorg (horizontale as). De curve geeft de productiemogelijkheden grens (PMG) weer. Deze grens toont welk niveau van gezondheidszorg bereikbaar is als de uitgaven in de zorg doelmatig gemaakt zijn (technische doelmatigheid). De PMG-curve toont dat hoe hoger de uitgaven des te minder winst een extra uitgave oplevert. Dit reflecteert dat een extra euro veel baten heeft wanneer de uitgaven aan gezondheidszorg laag zijn (dan kunnen eerst de goedkoopste en effectiefste behandelingen worden uitgevoerd), maar naarmate de uitgaven aan gezondheidszorg stijgen is het moeilijker om grote gezondheidswinsten te behalen (omdat de behandelingen met eenvoudig te behalen gezondheidswinsten al uitgevoerd zijn).

Figuur 3.2 Ideaalbeeld doelmatigheid gezondheidszorg in Nederland, de VS en het VK

Figuur toont de productiemogelijkheden grens (PMG) en een ideale (doelmatige) allocatie voor Nederland en de VS gegeven het verschil in uitgaven tussen beide landen.

Figuur 3.2 toont een allocatie voor Nederland, de VS en het VK onder de veronderstelling dat de structuur van de zorg en de (technische en allocatieve) doelmatigheid optimaal is in alle drie de landen (alle landen liggen op dezelfde PMG). De hogere zorguitgaven in de VS (zie figuur 3.1) impliceert dan dat de VS ook een hoger niveau van gezondheid kan behalen (zie figuur 3.2). Het verschil op de PMG-curve tussen deze landen komt dan voort uit verschillen in voorkeuren voor de hoeveelheid zorg. Nederlanders willen mogelijk minder uitgeven aan zorg (en meer aan andere goederen en diensten) dan inwoners van de VS. Inwoners in het VK willen mogelijk nog minder uitgeven aan zorg dan Nederlanders.

In de praktijk volgen niveauverschillen in uitgaven niet alleen uit allocatieve verschillen (hoeveel zorg willen we) maar ook uit verschillen in technische en allocatieve doelmatigheid binnen de zorg. Het is onwaarschijnlijk dat de zorgsystemen perfect doelmatig zijn. Er zijn veel vormen van marktfalen in de zorg die leiden tot ondoelmatigheid. Ook landen verschillen in doelmatigheid van de zorg. Bijvoorbeeld, als de zorg in alle landen doelmatig is (en de levensstijl niet teveel verschilt tussen landen), dan moet de levensverwachting (als benadering van de baten van de zorg) ook hoger zijn in de VS dan in Nederland en het VK. Dit blijkt niet zo te zijn.

Figuur 3.3 Ontwikkeling in levensverwachting bij geboorte

Bron: OECD (2014).

Figuur 3.3 toont de ontwikkeling in levensverwachting in Nederland, de VS en het VK. De Nederlandse bevolking is (gemeten aan de levensverwachting) relatief gezond. Bovendien is te zien dat de ontwikkeling gedurende de gehele periode positief is. De levensverwachting van Nederlanders, maar ook inwoners van andere OECD landen, stijgt elk jaar weer iets. Er is echter een duidelijk niveauverschil in levensverwachting tussen Nederland en het VK en de VS. Nederlanders (en inwoners van het VK) hebben over de gehele gemeten periode een hogere levensverwachting dan inwoners van de VS. Dit geldt voor alle leeftijdscategorieën. The National Research Council and Institute of Medicine in Washington kwam in 2013 met een rapport waarin ze deze grote verschillen in levensverwachting verklaren. Ten eerste zijn meer Amerikanen onverzekerd en is de zorg minder toegankelijk door hogere eigen betalingen dan in andere landen. Ten tweede consumeren Amerikanen meer calorieën dan in menig ander land. Ten derde zijn de sociaal economische condities minder gunstig in de VS. Er is meer inkomensongelijkheid en armoede (vooral bij kinderen) dan in andere welvarende landen. Als laatste leidt het vele gebruik van de auto in de VS tot minder fysieke activiteit en een hogere kans op obesitas. Opmerkelijk is dat het rapport ook aangeeft dat er steeds meer evidentie beschikbaar komt dat de levensverwachting ook lager is voor de beter gesitueerde Amerikanen (hoog opgeleid, blank, verzekerd en een hoog inkomen).

Figuur 3.3 toont verder dat in de periode 2000-2010 de Nederlandse levensverwachting een lichte stijging laat zien ten opzichte van de VS. Mogelijk is dit het gevolg van de sterke stijging

van de zorguitgaven in Nederland na 2000. De overgang van aanbodregulering (gedurende 1980-2000) naar meer vraaggestuurde zorg heeft de zorguitgaven in Nederland sneller doen stijgen maar heeft mogelijk ook geleid tot een snellere toename van de levensverwachting. Hoewel het causale verband moeilijk is aan te tonen, zijn er wel studies die dit verband leggen (Mackenbach et al. 2011). Deze mogelijke relatie en het effect op de welvaart bespreken we nader in het tekstkader hieronder. De ontwikkeling van de levensverwachting in het VK maakt echter de afgelopen jaren een inhaalslag in vergelijking met Nederland. De levensverwachting in het VK laat een opmerkelijke stijging zien en is sinds de jaren tachtig in de vorige eeuw toegenomen van het Amerikaans niveau tot net onder het Nederlandse niveau.

Figuur 3.4 Verschil in doelmatigheid tussen Nederland, de VS en het VK

Figuur 3.4 schetst mogelijke verschillen in doelmatigheid op basis van de combinatie van levensverwachting en uitgaven aan zorg. In dit figuur liggen de landen niet op de productie mogelijkhedengrens omdat in geen enkel land de gezondheidszorg perfect doelmatig is ingericht. Echter, op basis van een simpele vergelijking tussen levensverwachting en uitgaven, is het beeld dat de Nederlandse gezondheidszorg een stuk doelmatiger is dan die in de VS. Want Nederland bereikt een hogere gezondheid met minder uitgaven per hoofd van de bevolking (met inachtneming van de kanttekeningen in sectie 3.1). De vergelijking tussen Nederland en het VK geeft een minder duidelijk beeld. De uitgaven aan zorg zijn hoger in Nederland maar ook de levensverwachting is licht hoger. De verschillen kunnen voortkomen uit verschillen in ondoelmatigheid of verschillen in de optimale hoeveelheid zorg (allocatie van collectieve middelen).[11]

[11] De Europese Commissie (2015) heeft onderzoek gedaan naar de doelmatigheid van zorg in verschillende landen door te kijken naar het niveau van levensverwachting, gezonde levensverwachting en sterftecijfers en de ingezette middelen in de zorg. Zij concluderen uit verschillende analyses dat Nederland consistent te vinden is bij de best presterende landen. Het VK scoort in dit onderzoek iets minder goed op doelmatigheid dan Nederland.

Doelmatigheid van zorguitgaven

Het effect van de stijging van de levensverwachting en uitgaven aan zorg op doelmatigheid is lastig te bepalen. Theoretisch zijn een aantal scenario's te schetsen. Het figuur hieronder toont het effect van een stijging in levensverwachting en uitgaven op doelmatigheid. Stel dat de startpositie van gezondheid en uitgaven in Nederland punt A is (dit is bijvoorbeeld het niveau van uitgaven en levensverwachting in 2000). Stel verder dat de stijging in levensverwachting en uitgaven leidt tot punt C. Dan is de recente ontwikkeling gelijk aan een verbetering in technische doelmatigheid, de baten zijn harder gestegen dan de kosten. Een andere mogelijkheid is dat de nieuwe combinatie in vlak B ligt. De stijging van de levensverwachting is dan een verslechtering in technische doelmatigheid omdat de stijging van de levensverwachting (de baten) lager is dan op basis van de stijging van de zorguitgaven (de kosten) is te verwachten. (De PMG stippellijn geeft de combinaties met dezelfde technische doelmatigheid als punt A).

Figuur toont de productiemogelijkheden grens (PMG), een initiële allocatie A, gebied C met verbetering in doelmatigheid (ten opzichte van A) en gebied B met een verslechtering in doelmatigheid (ten opzichte van A).

Een verhoging van de zorguitgaven kan ook effect hebben op de allocatieve doelmatigheid. Stel bijvoorbeeld dat de voorkeuren in de samenleving veranderen en dat we meer gezondheidzorg willen (ten opzichte van andere goederen en diensten) dan eerder. Een dergelijke situatie komt bijvoorbeeld overeen met het wegwerken van de lange wachtlijsten in het jaar 2000. Er was grote ontevredenheid over de wachtlijsten in de zorg; door de zorguitgaven vervolgens te laten toenemen namen de wachtlijsten af. Bij dergelijk beleid weerspiegelt de stijging in levensverwachting en uitgaven een verbetering in allocatieve doelmatigheid in plaats van (of in combinatie met) een verbetering in technische doelmatigheid

3.3 Overzicht verschillen Nederland, de VS en het VK

Gegeven het verschil in levensverwachting en de uitgaven aan gezondheidszorg tussen Nederland, de VS en het VK rijst de vraag wat deze verschillen verklaart. Tabel 3.1 vat de belangrijke verschillen tussen Nederland, de VS en het VK nog eens samen. In lijn met de eerdere sectie is te zien dat de uitgaven aan gezondheidszorg lager zijn in Nederland dan in de VS (zowel per hoofd en als percentage van het BBP) en ook dat Nederlanders juist langer leven dan inwoners van de VS. De uitgaven aan gezondheidszorg in het VK zijn juist lager dan in Nederland terwijl de levensverwachting maar minimaal lager is.

Daarnaast toont de tabel ook een aantal indicatoren die het verschil in uitgaven en levensverwachting duiden. Deze indicatoren geven geen volledig beeld maar geven inzicht in

enkele voor- en nadelen van de Nederlandse zorg ten opzichte van de Amerikaanse en Britse gezondheidszorg.

Tabel 3.1 Overzicht van verschillen tussen Nederland, de VS en het VK

	Nederland	Verenigde Staten	Verenigd Koninkrijk
Algemeen			
Uitgaven (% BBP)	11,8	16,9	9,3
Uitgaven per hoofd ($, PPP)	5.099	8.745	3.289
Levensverwachting (in jaren)	81,3	78,7	81,0
Gebruik van zorg			
Ontslagen uit ziekenhuis (per 1000 inwoners)	11,9	12,5	13,3
Verblijfsduur (in dagen)	5,6	4,8	7,4
Doktersbezoeken (per hoofd)	5,7	4,1	5,0
Uitgaven medicijnen en verbruiksmiddelen (per hoofd)	450	1.010	
Prijzen			
Cataract ($, inclusief specialist)	1.610	3.762	1.139
Knieoperatie ($, inclusief specialist)	12.589	25.398	7.833
Heupoperatie ($, inclusief specialist)	11.513	26.489	11.889
Bypassoperatie ($, inclusief specialist)	15.742	75.345	14.117
Patiëntenevaluaties			
Rang vergelijking Davis et al. (2010)	1e(7 landen)	7e(7 landen)	2e(7 landen)
Rang vergelijking Davis et al. (2014)	5e(11 landen)	11e(11 landen)	1e(11 landen)
Tijdigheid van zorg			
Cataract (wachtdagen na eerste consult)	35	-	66
Knieoperatie (wachtdagen na eerste consult)	42	-	90
Heupoperatie (wachtdagen na eerste consult)	53	-	90
Administratieve lasten			
Administratieve lasten ziekenhuiszorg (% van totaal uitgaven ziekenhuiszorg)	20	25	16
Administratieve lasten ziekenhuiszorg ($ per hoofd)	323	667	225

Bron: Prijzen behandelingen NL en VS (IFHP 2013), prijzen behandelingen VK (IFHP 2012), wachttijden (OECD 2013), administratieve lasten (Himmelstein et al. 2014) en alle andere indicatoren (OECD 2014). Data voor 2012 of het dichtstbijzijnde jaar.

Uitgaven aan curatieve zorg en langdurige zorg

Tabel 3.1 toont dat de uitgaven aan zorg als percentage van het BBP (volgens de OECD definitie) fors hoger zijn in de VS dan in Nederland (5,1% hoger) maar juist lager zijn in het VK in vergelijking met Nederland (2,5% lager). De gerapporteerde uitgaven bevatten alle soorten zorg (inclusief langdurige zorg). Dit zorgt voor problemen bij de vergelijkbaarheid van de uitgaven aan curatieve zorg omdat Nederland bekend staat om de hoge uitgaven aan formele langdurige zorg. In andere landen is de collectief georganiseerde langdurige zorg veel kleiner. De OECD (2013) laat zien dat Nederland procentueel het meeste uitgeeft aan langdurige zorg van alle OECD landen. Nederland geeft 3,7% van het BBP uit aan langdurige zorg waar de VS maar 0,6% uitgeeft (OECD 2013: p. 187). Over het VK zijn deze gegevens bij de OECD niet bekend, maar schattingen van de uitgaven aan langdurige zorg in het VK liggen rond de 1% van het BBP (Hancock et al. 2013).

Als we rekening houden met het grote verschil in uitgaven aan langdurige zorg tussen landen, lijken de uitgaven aan curatieve zorg (dus exclusief langdurige zorg) in Nederland en het VK op vergelijkbare niveaus te liggen. De uitgaven in de VS blijven fors hoger dan in Nederland en het VK. Dit verandert het geschetste beeld in sectie 3.2; de combinatie van

curatieve zorguitgaven (exclusief langdurige zorg) en levensverwachting komen dan meer overeen tussen Nederland en het VK.

Gebruik van zorg

Een mogelijke verklaring voor het verschil in uitgaven tussen de VS enerzijds en Nederland en het VK anderzijds is dat Amerikanen meer zorg consumeren. Tabel 3.1 toont het aantal doktersbezoeken per hoofd en het aantal ontslagen uit het ziekenhuis. Het aantal ziekenhuisopnames is in Nederland lager dan in de VS en het VK, maar de verblijfsduur is licht langer dan in de VS. Nederlanders bezoeken wel vaker de dokter (inclusief huisarts). Mogelijk weerspiegelt dit dat Nederlanders, in tegenstelling tot inwoners van de VS, geen directe toegang hebben tot specialisten en daardoor meer gebruik maken van de huisarts. Ook in het VK is het doktersbezoek hoger dan in de VS. Naast zorggebruik verschilt ook het medicijngebruik tussen landen. Medicijngebruik is in Nederland relatief laag in vergelijking met de VS en andere ontwikkelde landen (Journard et al. 2010).[12] Dit is ook te zien aan de relatieve lage uitgaven per hoofd van de bevolking aan medicijnen (tabel 3.1).

Prijzen

Prijsverschillen dragen, net als verschillen in gebruik, ook bij aan verschillen in zorguitgaven tussen landen. Het International Federation of Health Plans (IFHP 2014) vergelijkt jaarlijks de prijzen van medicijnen, diagnostiek en complete behandelingen tussen landen.[13] Zij vinden dat de medicijnen fors goedkoper zijn in Nederland dan in de VS. Het medicijn Gleevec, ter behandeling van verschillende vormen van kanker, is in de VS bijvoorbeeld twee keer zo duur als in Nederland ($6214 om $3321). In Engeland was dit medicijn iets goedkoper dan in Nederland ($2697). Dit lijkt geen uitzondering, prijzen voor medicijnen tegen depressie, multiple sclerose, artritis en voor pijnbestrijding zijn in de VS gemiddeld tot vier keer hoger dan in Nederland en het VK. Cutler en Ly (2011) bevestigen dit beeld. Zij concluderen dat de prijzen voor medicijnen (vooral merkmedicijnen) in de VS hoger liggen dan in andere landen (tabel 3.1 toont dat ook de totale uitgaven aan medicijnen in de VS hoger zijn dan in Nederland). Als reden wijzen zij de monopsonymacht aan die de meeste inkopers van medicijnen in andere landen hebben door centrale inkoop. Hierdoor kunnen zij betere prijzen onderhandelen dan in de VS. In Nederland heeft het actieve inkoopbeleid van verzekeraars bijgedragen aan lagere prijzen voor medicijnen (Douven en Meijer 2008).

Het IFHP bestudeert ook de prijzen van diagnostiek en complete behandelingen (inclusief de honorering voor artsen). Ook hier ontstaat een vergelijkbaar beeld, een CT scan van de buik of een MRI kost in de VS respectievelijk $617 (148%) en $684 (221%) meer dan in Nederland. Voor veel voorkomende behandelingen zoals cataracten, knie- of heupvervanging en bypassoperaties is het prijsverschil 100% tot 400%.[14] De prijzen in het VK zijn vergelijkbaar met die in Nederland (IFHP 2012).

---

[12] Voor het VK is geen recente informatie beschikbaar over medicijngebruik.

[13] De gerapporteerde prijzen uit de VS zijn een gemiddelde over de prijzen van een aantal aanbieders. De prijzen uit Nederland zijn van slechts één aanbieder. De prijzen uit het VK zijn van een jaar eerder (IFHP, 2013).

[14] De studie van het IFHP rapporteert ook prijzen voor Argentinië, Australië, Canada, Engeland, Nieuw-Zeeland, Spanje en Zwitserland. De prijsverschillen tussen Nederland en deze landen zijn fors kleiner in vergelijking met de prijsverschillen met de VS. De prijzen voor medicijnen, diagnostiek en behandelingen in Nederland zijn lager of vergelijkbaar met deze landen.

Patiënttevredenheid

Ook verschillen in kwaliteit kunnen bijdragen aan verschillen in uitgaven aan zorg. Het Commonwealth fund brengt periodiek een rapport uit waarin zij de gezondheidszorg in de VS vergelijken met een selectie van andere welvarende landen (waaronder Nederland en het VK). Het Commonwealth fund meet, met behulp van enquêtes onder verzekerden en artsen, in elk land de prestatie op een aantal deelgebieden. Het gaat hier vaak om kleine steekproeven van tussen de 1000 en 2000 deelnemers per land. Ondanks dat enquêtes beperkingen hebben (zeker bij een vergelijking tussen landen) zijn uitkomsten indicatief voor de daadwerkelijke verschillen tussen landen. De uitkomsten van de enquêtes schetsen een positief beeld van de kwaliteit van de Nederlandse zorg en die in het VK: Nederland en het VK scoren op vrijwel alle indicatoren beter dan de VS (zie bijvoorbeeld Davis et al. 2010, 2014 en Journard et al. 2010).[15]

Nederland scoort vooral goed op de toegankelijkheid en de gelijkwaardigheid van de gezondheidszorg. In vergelijking met Nederland kent de VS een relatief groot aantal onverzekerden en hoge eigen betalingen voor zorggebruik. Dit blijkt ook uit de enquêtes. Van de geënquêteerden in de VS geeft 37% aan dat ze moeite hebben met het betalen van de zorgkosten en soms schrikken van de rekening die hun verzekeraar aan ze toestuurt. Bovendien geeft 59% van de Amerikaanse artsen aan dat ze ervaren dat patiënten problemen hebben om de kosten van een behandeling te betalen.

Nederlanders ontvangen ook meer reguliere zorg. Patiënten in de VS rapporteren dat vaak onduidelijk is wie hun reguliere arts is en maar 57% stelt dat ze de afgelopen vijf jaar dezelfde arts hebben gehad. Hier zien we een voordeel van een huisarts: de poortwachter van zorg in Nederland. In Nederland geven alle geënquêteerden aan dat ze weten wie hun reguliere arts is en 80% geeft aan dat ze afgelopen vijf jaar dezelfde arts hebben gehad.

De artsen in de VS klagen ook over de hoge administratiekosten. Meer dan de helft stelt dat ze te veel tijd besteden aan beperkingen die verzekeraars stellen aan de vergoeding van zorg. Deze hoge administratiedruk heeft ook te maken met de grote fragmentatie van het zorgsysteem in de VS (in Nederland en het VK is dit een veel minder groot probleem). In de VS zijn verschillende zorgsystemen voor veel verschillende bevolkingsgroepen, zoals 65-plussers, werknemers, lage inkomens, middeninkomens en zelfstandigen.

Tijdigheid van zorg

Tijdigheid is een belangrijk aspect van kwaliteit in de zorg (OECD 2006). Tijdige zorg voorkomt verergering van problemen. Wachttijden geven een indicatie van de tijdigheid van zorg. In Nederland ontvangen mensen relatief snel een behandeling na hun eerste consult (OECD 2013). Voor electieve zorg, zoals staaroperaties of knieoperaties, zijn de wachttijden in het VK soms tot twee keer zo lang als in Nederland (voor de VS zijn geen gegevens bekend).

[15] Davis et al. (2010) scoren Nederland als beste in vergelijking met Australië, Canada, Duitsland, Nieuw-Zeeland, Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. In de update van deze studie uit 2014 scoort Nederland iets minder hoog op de ranking, maar nog steeds ruim beter dan de VS (het VK scoort in deze nieuwe editie het beste).

Wachttijden zijn ook sterk gerelateerd aan allocatieve keuzes in de zorg. Wanneer de samenleving minder wil uitgeven aan zorg kan dat een negatief effect hebben op de wachttijden. Om tijdige zorg te garanderen is voldoende capaciteit nodig. Het creëren van voldoende capaciteit is kostbaar. Het verkorten van wachttijden gaat daarom vaak gepaard met hogere uitgaven. Zo is in Nederland de stijging van de zorguitgaven sinds 2000 gepaard gegaan met een verkorting van wachttijden.

Administratieve lasten

Zoals bij elke organisatie worden ook in de zorg administratie en overheadkosten gemaakt. Hieronder vallen bijvoorbeeld de kosten van het beheren van geldstromen en informatie. Tussen landen bestaan grote verschillen in de hoogte van de administratieve lasten. De VS heeft één van de hoogste administratieve lasten van alle landen (Garber en Skinner 2008, Cutler en Ly 2011 en Himmelstein et al. 2014). Tabel 3.1 toont dat in de VS administratieve uitgaven in de ziekenhuiszorg ongeveer 25% van de totale uitgaven aan ziekenhuiszorg waren. In Nederland lag dit percentage lager, namelijk op 20%. De uitgaven aan administratiekosten als percentage van de totale kosten waren het laagst in het VK, namelijk 16%. Dit komt neer op respectievelijk $667, $323 en $225 per jaar per hoofd in de VS, Nederland en het VK. Internationaal gezien behoren de VS en Nederland hiermee tot de landen met de hoogste administratieve lasten.

Een mogelijke verklaring voor de hoge administratieve lasten in de VS zijn de vele verschillende zorg en verzekeringssystemen die daar naast elkaar gebruikt worden. Omdat Nederland een uniform, en daarmee minder complex, systeem heeft zijn de administratieve lasten lager. Journard et al. (2010: p.8) merken wel op dat de administratieve lasten in landen met vormen van marktwerking in de zorg (zoals Duitsland, Nederland en Zwitserland) hoger zijn dan in landen met andere systemen (zoals het VK). Een mogelijke reden is dat verzekeraars afspraken maken met alle zorgaanbieders. Deze administratieve lasten zijn niet per se negatief, omdat die afspraken de doelmatigheid kunnen bevorderen. Wanneer hogere administratieve lasten leiden tot meer efficiency bij zorgaanbieders dan kan marktwerking per saldo toch gunstiger zijn.

Defensieve geneeskunde

In de VS wordt jaarlijks veel geld uitgegeven aan defensieve geneeskunde (Mello et al. 2010 schatten de totale kosten op $56 biljoen). Defensieve geneeskunde is het uitvoeren van behandelingen om eventuele rechtszaken te voorkomen. Defensieve geneeskunde heeft een sterk effect op het gebruik van zorg. Een voorbeeld van defensieve geneeskunde is het overgebruik van scans of testen bij simpele klachten (zie King en Moulton 2006 voor voorbeelden). Dit kan verklaren waarom de VS een hoge capaciteit heeft wat betreft diagnose apparatuur (OECD 2014). Een andere vorm van defensieve geneeskunde is het selecteren van patiënten met een laag risico op complicaties om zo beter te scoren op aanwezige kwaliteitsindicatoren. Chandra et al. (2012) laten bijvoorbeeld zien dat verloskundigen in de VS zwangere vrouwen met een hoog risico op complicaties weigeren, uit angst voor negatieve uitkomst. In Nederland en het VK speelt defensieve geneeskunde een veel minder grote rol dan in de VS.

3.4 Samenvatting

Het is lastig om harde conclusies te trekken over de huidige doelmatigheid of de ontwikkeling in doelmatigheid van de gezondheidszorg. Om een definitieve conclusie te trekken is meer informatie nodig over de baten van zorg, de productiefunctie (hoe zetten we middelen om in gezondheidswinst) en de voorkeuren voor gezondheidszorg in de samenleving (hoe belangrijk vinden we gezondheidszorg ten opzichte van andere goederen en diensten zoals onderwijs of consumptiegoederen). In de praktijk is deze informatie vaak moeilijk te achterhalen, wat het doen van uitspraken over doelmatigheid moeilijk maakt.

Het is wel mogelijk een beeld te schetsen van doelmatigheid in de zorg met behulp van de beschikbare informatie. Het algemene beeld wat uit deze bronnen naar voren komt is dat de Nederlandse gezondheidszorg van hoge kwaliteit is (zie bijvoorbeeld OECD 2013, Davis et al. 2010, 2014 en Journard et al. 2010). Daartegenover staat dat de uitgaven aan gezondheidszorg ook relatief hoog zijn in vergelijking met andere landen, maar dat de uitgaven aan curatieve zorg rond het OECD gemiddelde liggen.

Het is interessant om Nederland met de VS te vergelijken omdat de VS nog veel hogere zorguitgaven heeft en niet bepaald bekend staat als doelmatig. De Nederlandse gezondheidszorg scoort beter op veel kwaliteitsindicatoren (vooral de toegang en gelijkwaardigheid van het Nederlandse stelsel scoren goed). Dat vertaalt zich ook in een hogere levensverwachting in Nederland. De uitgaven in Nederland zijn lager dan in de VS, observaties die dit verschil kunnen verklaren zijn de hogere uitgaven aan medicijnen (en hulpmiddelen), hoge administratieve lasten door grote fragmentatie van zorgsystemen, hoge prijzen voor behandelingen en hoge uitgaven aan defensieve geneeskunde in de VS.

Daarnaast is ook de vergelijking met het VK interessant. Het Nederlandse zorgsysteem en het systeem in het VK verschillen op vele punten. Een eerste indicatieve vergelijking laat zien dat het niet eenduidig is dat de VK de curatieve zorg veel goedkoper weet te organiseren dan Nederland; de curatieve zorguitgaven (dus exclusief langdurige zorg) en de levensverwachting lijken grosso modo vergelijkbaar. De prijzen in het VK lijken wat lager en het gebruik van ziekenhuiszorg wat hoger. De administratiekosten zijn in het VK fors lager dan in Nederland, wat mogelijk ook een gevolg is van het gekozen zorgsysteem. Daarentegen zijn de wachtlijsten in Nederland korter dan in het VK.

4 Marktfalen in de zorg

Om de doelmatigheid in de zorg te verbeteren is het traceren van ondoelmatigheid een eerste vereiste. Hiervoor delen we de zorgsector op in drie verschillende markten; de zorgverleningsmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de inkoopmarkt (zie figuur 4.1). Elke markt heeft specifieke kenmerken die leiden tot ondoelmatigheid, bovendien is op elke markt een andere set van spelers actief. Economische theorie geeft een aantal oorzaken voor ondoelmatigheid, beter bekend als marktfalen. De belangrijkste marktfalens in de zorg zijn informatieproblemen (zoals onzekerheid of asymmetrische informatie), marktmacht, moreel risico, beperkte rationaliteit en risicoselectie.[16] Figuur 4.1 toont welke marktfalens op welke markt een rol spelen.

Figuur 4.1 Marktfalen in de zorgdriehoek

4.1 Zorgverleningsmarkt

Op de markt voor zorgverlening bieden ziekenhuizen, ZBC's of andere professionals zorg aan patiënten. Als patiënten een weloverwogen keuze maken voor een aanbieder (op basis van prijs en kwaliteit) kunnen aanbieders patiënten aantrekken door goede kwaliteit van zorg te

[16] Moreel risico is ook een vorm van asymmetrische informatie, maar het is hier apart behandeld omdat het een grote rol speelt op de zorgverzekeringsmarkt.

leveren. Er zijn echter een aantal marktfalens die leiden tot ondoelmatige zorgverlening (Arrow 1963). Ten eerste spelen informatieproblemen een rol, zoals onzekerheid bij gebruikers van zorg en de informatievoorsprong van de behandelaar. Ten tweede is marktmacht bij aanbieders een probleem. Als laatste leidt beperkte rationaliteit van gebruikers tot ondoelmatig keuzes op de zorgverleningsmarkt.

Gezondheidszorg is een erg heterogeen product. Er zijn veel verschillende soorten aandoeningen en behandelingen die ook op economische eigenschappen verschillen. De hieronder beschreven kenmerken kunnen dus in meer of mindere mate gelden voor individuele zorgproducten.

Onzekerheid

De vraag naar gezondheidszorg kenmerkt zich door een aantal onzekerheden (Arrow 1963). Ten eerste is het voor een consument moeilijk in te schatten of gezondheidszorg nodig is. Het is bijvoorbeeld onduidelijk of bij vage klachten een behandeling nodig is of dat de klachten vanzelf verdwijnen. Daarnaast zijn consumenten vaak niet in staat om te bepalen welke behandeling het beste bij hun klachten past. Naast de noodzaak is ook de toekomstige vraag naar zorg onzeker. Het is voor consumenten moeilijk te voorspellen op welk moment zorg nodig is omdat de aanleiding van zorg (een aandoening) vaak niet op voorhand te voorspellen is. Goederen waarbij veel onzekerheid bestaat over het moment van gebruik worden 'option goods' genoemd (Zweifel et al. 2009). Bij dit soort goederen ontlenen consumenten ook nut aan het beschikbaar zijn van het goed (overcapaciteit van het aanbod).

Zelfs na het ontvangen van zorg blijft het voor de consument vaak onduidelijk wat de kwaliteit van de geleverde zorg is geweest. Om dit vast te stellen is complexe kennis nodig, kennis die vaak niet aanwezig is bij patiënten. Bovendien is het onduidelijk wat de gezondheidstoestand van een patiënt geweest zou zijn zonder een behandeling, bij een andere behandeling of bij een andere arts. In economische termen wordt zorg daarom een vertrouwensgoed genoemd (credence good), de consument heeft geen informatie over het goed en maakt daarom een besluit op basis van vertrouwen.[17] De onzekerheid over de kwaliteit van zorg maakt het contracteren van de kwaliteit van zorg moeilijk en leidt tot een gebrekkig werkend prijsmechanisme. Het is voor een gebruiker van zorg niet in te schatten hoeveel een specifieke behandeling hem waard is (en wat dus een redelijke prijs is), zoals een koper van bijvoorbeeld een auto dat wel kan. Het gevolg is dat vertrouwensgoederen, zoals zorg, over het algemeen een lagere prijselasticiteit kennen dan andere goederen (Emmons 1996). Gebruikers zien een hoge prijs ook vaak als een signaal van hoge kwaliteit, terwijl deze relatie niet per definitie waar is.

Asymmetrische informatie

Zorg wordt geleverd door experts (zoals een arts of specialist) met gespecialiseerde kennis over de geleverde zorg. Dit geeft de aanbieder van zorg een kennisvoorsprong op de afnemer (en op de verzekeraar). Aanbieders kunnen een betere inschatting maken van de noodzaak,

[17] Zie Emmons (1996) voor een beschrijving van vertrouwensgoederen (credence goods).

effectiviteit en kwaliteit van een behandeling. Deze informatievoorsprong leidt mogelijk tot opportunistisch gedrag door de aanbieder (Emmons 1996): de aanbieder kan deze informatie gebruiken om een betere positie voor zichzelf te verschaffen.

Gedragseconomie

De klassieke economische wetenschap neemt aan dat mensen rationeel keuzes maken en handelen uit eigenbelang. In de jaren ’80 is veel experimenteel onderzoek gedaan wat laat zien dat mensen anders handelen in economische situaties dan het klassieke raamwerk voorspelt. Deze afwijkingen werden verklaard aan de hand van psychologische principes. Het toepassen van psychologische inzichten op economische situaties is later gedragseconomie genoemd. De gedragseconomie maakt andere aannames over hoe mensen tot keuzes komen, namelijk door ervan uit te gaan dan mensen bredere voorkeuren hebben dan eigenbelang alleen of niet altijd rationele keuzes maken in economische situaties.

Gebruik van inzichten uit gedragseconomie kan helpen bij het opstellen en evalueren van beleid. Bijvoorbeeld door sociaal wenselijke uitkomsten te stimuleren (te nudgen) of door bestaande instrumenten te verbeteren met gedragseconomische inzichten. Hieronder zijn een aantal van de gedragseconomische principes beschreven waarvan een aantal terugkomt in dit hoofdstuk.

Intrinsieke motivatie
Naast de beloning voor werk (zoals het salaris) is ook de intrinsieke wil om bij te dragen aan het welzijn van een patiënt een belangrijke bron van motivatie. Zo vinden Brock et al. (2014) dat artsen met sterkere altruïstische motivaties beter scoren op de kwaliteit van hun werk dan artsen met minder sterke altruïstische motivaties.

‘Present bias’ (Hyperbolische verdiscontering)
Hyperbolische verdiscontering houdt in dat mensen kosten en baten in het heden overwaarderen en zo te weinig rekening houden met de toekomst, mensen hebben dus een sterke voorkeur voor onmiddellijke baten en een sterke afkeer tegen onmiddellijke kosten. Dit is vooral een probleem bij preventie, waarbij de kosten ver voor de baten uitgaan. Hyperbolische verdiscontering stelt dat mensen bij preventie vooral rekening houden met de onmiddellijke kosten en geen oog hebben voor de toekomstige baten.

Keuzestress
Meer keuzemogelijkheden leidt niet altijd tot betere uitkomsten. Meer keuzemogelijkheden kan er ook toe leiden dat mensen overweldigd raken en niet alle relevante informatie kunnen verwerken. Bijvoorbeeld, de keuze uit de vele verschillende, en vaak complexe, verzekeringspolissen leidt tot keuzestress waardoor er geen optimale keuzes worden gemaakt. Maar ook wanneer consumenten een arts bezoeken, moeten ze kunnen afwegen of de kosten opwegen tegen de baten. Deze keuze is voor veel mensen moeilijk.

Psychologische heuristiek
Mensen hebben de neiging om "vuistregels" ("psychologische heuristiek") aan te houden bij het maken van moeilijke keuzes. Zo kunnen verzekerden bijvoorbeeld of zorg opgenomen is in het basispakket als vuistregel gebruiken om te bepalen wat noodzakelijke zorg is, zonder alle persoonlijke voor- en nadelen af te wegen.

Framen van keuzes
De manier waarop keuzes worden gepresenteerd heeft een sterk effect op de uiteindelijke keuze. Omdat patiënten de ingewikkelde medische informatie vaak maar beperkt kunnen verwerken kan de manier waarop de arts de keuze voorlegt een sterk effect hebben op de uiteindelijke keuze van de patiënt.

Status quo bias
Het aanpassen van gedrag is moeilijk. Het gevolg is dat artsen en consumenten vaak kiezen om alles bij het oude te laten, zelfs als er kansrijke aanpassingen mogelijk zijn. Bijvoorbeeld, artsen hebben een favoriet medicijn dat ze vaker voorschrijven, verzekerden blijven het liefst bij hun huidige verzekeraar en patiënten vinden het moeilijk om over te stappen op een generiek geneesmiddel.

Dulleck et al. (2011) beschrijven drie manieren waarop asymmetrische informatie tussen de aanbieder en afnemer van zorg tot ondoelmatigheid leidt: via onderbehandeling, overbehandeling of te hoge prijzen. Ten eerste kan de expert minder behandelen dan nodig is tegen dezelfde prijs (de gebruiker kan immers niet goed inschatten of hij waar voor zijn geld krijgt). Ten tweede kan de expert meer behandelen dan voorgeschreven in de richtlijnen. Artsen handelen echter (deels) uit intrinsieke motivaties om bij te dragen aan het welzijn van de patiënt, wat het risico op onderbehandeling verkleint maar op overbehandeling vergroot. Een intrinsiek gemotiveerde arts let vooral op de effectiviteit van een behandeling en minder op de kosteneffectiviteit. Daarnaast reageren artsen ook op extrinsieke prikkels, zo had in Douven et al. (2015a) de beloningswijze voor artsen in de geestelijke gezondheidszorg een sterke invloed op de duur van een behandeling. Als laatste kan de expert een te hoge prijs rekenen omdat de gebruiker de waarde van zorg niet kan inschatten. Emmons (1996) stelt een oplossing voor: door de diagnose en de behandeling op te delen tussen twee verschillende aanbieders heeft de expert die de diagnose stelt geen prikkel om te veel voor te schrijven. Nadeel zijn de administratieve kosten en dat er aanzienlijke baten zijn om de diagnose en behandeling door dezelfde expert te laten uitvoeren. Bijvoorbeeld, omdat de opgedane kennis bij het stellen van de diagnose input geeft voor een goede behandeling.

Marktmacht

De zorgverleningsmarkt kenmerkt zich door een groot aantal afnemers (patiënten) en een groot aantal aanbieders. Een groot aantal aanbieders is belangrijk voor concurrentie omdat het patiënten in staat stelt te kiezen tussen aanbieders. Als patiënten een weloverwogen keuze maken, raken aanbieders met een lage kwaliteit van zorg patiënten kwijt aan aanbieders met een hoge kwaliteit. Regionaal zijn er echter verschillen in de concentratie van zorgaanbieders. Zeker in minder bevolkte gebieden kan de keuze uit aanbieders beperkt zijn. Dit is een bron van marktmacht voor de aanbieders in dunbevolkte regio's. Marktmacht is echter geen uniform probleem. Voor planbare zorg zijn patiënten meer bereid om te reizen voor betere kwaliteit, bijvoorbeeld omdat de kans op complicaties bij een andere aanbieder lager zijn of de gemiddelde hersteltijd korter. Bij hoog specialistische zorg (vooral beschikbaar bij een beperkt aantal UMC's) of bij spoedeisende hulp (waarbij het nodig is om snel bij de spoedeisende hulp te zijn) is de keuzevrijheid aanzienlijk beperkter.

Ook toetredingsbarrières zijn een bron van marktmacht. Wanneer concurrentie op de markt niet mogelijk is (bijvoorbeeld als er weinig aanbieders zijn) kan concurrentie om de markt aanbieders dwingen goede kwaliteit te leveren. Als aanbieders vrij kunnen toetreden tot de markt beperkt dit de vrije bewegingsruimte van de huidige aanbieders. Voorbeelden van toetredingsbarrières in de zorg zijn hoge investeringen in apparatuur, diploma-eisen voor artsen en de noodzaak om contracten met verzekeraars af te sluiten. Binnen de zorg zijn ook verschillen in de intensiteit van toetredingsbarrières, zo zijn de barrières bij topklinische zorg (veel specialistische kennis en apparatuur nodig) groter dan bij reguliere zorg. Het ingewikkelde zorgstelsel kan ook buitenlandse toetreding van zorgverzekeraars en ziekenhuizen bemoeilijken. Wanneer er weinig toetreding is neemt op termijn de concentratie op de verzekerings- en ziekenhuismarkt toe. De algemene visie onder zorgeconomen is dat een toename van de concentratie leidt tot hogere prijzen (zie

bijvoorbeeld Kemp et al. 2012), terwijl er weinig evidentie is dat meer concentratie leidt tot meer kwaliteit of doelmatigheid.

Een derde bron van marktmacht zijn schaalvoordelen. Aanbieders ervaren schaalvoordelen als de productiekosten afnemen of de kwaliteit toeneemt als de aanbieder meer zorg levert.[18] Schaalvoordelen leiden echter ook tot meer concentratie (minder en grotere aanbieders), wat vervolgens kan leiden tot hogere prijzen (vooral de aanbieders hebben dan profijt van de doelmatigheidswinst door schaalvoordelen). Blank et al. (2008) heeft in Nederland onderzoek gedaan naar schaalvoordelen in de zorg. Hij concludeert dat schaalvoordelen vooral optreden bij kleine ziekenhuizen en dat grote ziekenhuizen schaalnadelen ervaren. Schattingen van het omslagpunt van schaalvoordelen naar schaalnadelen variëren echter sterk tussen de verschillende studies (Blank et al. 2008).

Beperkte rationaliteit

Een voorwaarde voor een doelmatige marktuitkomst is dat consumenten handelen in hun eigen belang (economische rationaliteit). Als een consument bijvoorbeeld de zorgaanbieder kiest die het beste aansluit bij zijn voorkeuren, dan heeft de consument de hoogst mogelijke baten van zorg en hebben aanbieders een prikkel zorg te leveren die aansluit bij deze voorkeuren. In de praktijk blijken consumenten niet altijd in staat om keuzes te maken die overeenkomen met hun eigen belang, ook bekend als beperkte rationaliteit (zie tekstkader gedragseconomie).

Beperkte rationaliteit speelt bijvoorbeeld bij de investering in gezondheid door consumenten. Gezondheidszorg is zowel een consumptiegoed als een investeringsgoed (Mushkin 1962). Enerzijds verhoogt de consumptie van zorg het directe welzijn (consumptiegoed) en anderzijds vergroot de consumptie van zorg ook het toekomstig welzijn. Investeren in gezondheid (via preventie of het ondergaan van een behandeling) levert extra productieve dagen in de toekomst op, deze dagen kunnen worden besteed aan vrije tijd of aan het vergaren van inkomen (Grossman 1972). In de praktijk lijken zorggebruikers vooral het investeringsaspect van zorg te onderschatten. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat mensen de kosten in het heden overschatten ten opzichte van de toekomstige baten (ook wel ‘present bias’ genoemd, zie kader over gedragseconomie). Beperkte rationaliteit is ook nauw verbonden met de andere marktfalens op de zorgverleningsmarkt. Zo kan beperkte rationaliteit problemen met marktmacht vergroten. Bijvoorbeeld omdat consumenten niet in staat zijn om te kiezen voor de beste aanbieder. Daarnaast kunnen informatieproblemen de kwaliteit van de keuze van consumenten verder bemoeilijken.

Randvoorwaarden voor doelmatigheid

Marktfalens op de zorgverleningsmarkt voorkomen dat de zorgverleningsmarkt tot een doelmatige uitkomst komt. Door te streven naar een aantal randvoorwaarden voor

[18] De Martini Klinik in Duitsland heeft zich bijvoorbeeld gespecialiseerd in het uitvoeren van prostaatoperaties. De hoge mate van specialisatie heeft geleid tot betere kwaliteit (Porter et al. 2014).

doelmatigheid kan de doelmatigheid verbeteren (zie ook Van Kleef et al. 2014 voor een discussie van randvoorwaarden). Tabel 4.1 toont de verschillende marktfalens op de zorgverleningsmarkt, de gevolgen voor doelmatigheid en de bijbehorende randvoorwaarden voor het oplossen van ondoelmatigheid. Bijvoorbeeld, het marktfalen 'informatieproblemen' kan leiden tot hoge prijzen en lage kwaliteit, dus is het belangrijk om te streven naar transparantie van kosten en zorgkwaliteit.

Tabel 4.1 Randvoorwaarden voor doelmatigheid op de zorgverleningsmarkt

Marktfalen	Gevolg	Randvoorwaarden
Informatieproblemen (onzekerheid en asymmetrische informatie)	Onder/overbehandeling, hoge prijzen, lage kwaliteit, verkeerde behandeling	Transparantie van kosten en zorgkwaliteit Prikkels tegen onder/overbehandeling
Marktmacht	Hoge prijzen, lage kwaliteit	Voldoende keuzevrijheid consumenten Betwistbare aanbodmarkt Beperkte schaalgrootte
Beperkte rationaliteit	Verkeerde keuzes	Patiënt in staat keuzes te maken

4.2 Zorgverzekeringsmarkt

Op de zorgverzekeringsmarkt concurreren zorgverzekeraars om de consument. Door scherp geprijsde polissen te bieden kunnen verzekeraars meer verzekerden aantrekken. Daarnaast kunnen polissen verschillen in kwaliteit door verschillen in inkoopcontracten tussen verzekeraars en aanbieders (zie volgende sectie). Verzekeraars zijn beperkt in het stellen van de dekking van de zorgverzekeringspolis. Het ministerie van VWS stelt (op advies van Zorginstituut Nederland) het basispakket vast, maar er is wel vrijheid om de inhoud van aanvullende pakketten vast te stellen. Er zijn een aantal kenmerken van de zorgverzekeringsmarkt die leiden tot ondoelmatigheid. Dit zijn marktmacht van verzekeraars, beperkte rationaliteit van verzekerden, moreel risico (als gevolg van verzekeren of herverdeling) en risicoselectie.

De zorgverzekeringsmarkt verschilt van andere verzekeringsmarkten, zoals de markt voor schadeverzekeringen of levensverzekeringen. Zorgverzekeraars keren bijvoorbeeld in natura uit (of restitutie na gebruik), waar het bij andere typen verzekeringen meer gebruikelijk is om een geldbedrag uit te keren. Hier kunnen een aantal verklaringen voor zijn. Ten eerste kan de zorgverzekering normstellend zijn. Door de onvolledige informatie bij de verzekerde kan deze de verzekerde zorg als norm zien voor goede zorg. Bij bijvoorbeeld autoschade of brandschade weet de verzekerde beter wat te doen. Ten tweede kan uitkeren in natura, overmatig gebruik door informatie asymmetrie beperken. Het verstrekken van geld prikkelt de verzekerde om minder eerlijk te rapporteren over zijn gezondheidstoestand. Een ander belangrijk verschil tussen een zorgverzekering en andere verzekeringen is het belang van solidariteit in de zorg. In de samenleving wordt het belangrijker gevonden dat iedereen toegang heeft tot zorg dan bijvoorbeeld een vergoeding na autoschade.

Marktmacht

Op de zorgverzekeringsmarkt zijn een beperkt aantal aanbieders actief maar deze voeren een groot aantal verschillende merken. In de afgelopen jaren is een duidelijke trend waar te nemen, het marktaandeel van de vier grootste verzekeraars is sterk toegenomen. In 2014 is zelfs 90% van de verzekerden aangesloten bij één van de grote vier verzekeraars (NZA 2014b). Een hoge concentratie van verzekeraars is een bron van marktmacht en leidt tot verminderde concurrentie om de verzekerden. Verminderde concurrentie kan leiden tot hogere premies en lagere kwaliteit.

Toetredingsbarrières zijn voor verzekeraars een bron van marktmacht. Het is voor buitenstaanders niet eenvoudig om de zorgverzekeringsmarkt te betreden. Barrières voor toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt zijn bijvoorbeeld de benodigde aanvangsinvesteringen of regeldruk (zie NZA 2012a). Daarnaast kunnen ook schaalvoordelen een reden zijn om niet toe te treden tot de markt. Grotere verzekeraars zijn bijvoorbeeld beter in staat om risico's van verzekerden te dekken en hebben meer onderhandelingsmacht bij de inkoop van zorg.

Beperkte rationaliteit

Beperkte rationaliteit van verzekerden kan de marktmacht van verzekeraars vergroten. Een voorwaarde voor goed functionerende concurrentie tussen verzekeraars is dat verzekerden in staat zijn een weloverwogen keuze te maken voor een zorgverzekering. In de praktijk stappen verzekerden slechts zelden over, ondanks dat er financieel aantrekkelijke overstapmogelijkheden zijn. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat verzekerden keuzestress ervaren bij het kiezen van een nieuwe verzekering.[19] De klassieke economische theorie stelt dat meer keuze altijd beter is voor een consument. De gedragseconomie stelt echter dat teveel keuze ook keuzestress oplevert, waardoor de consument juist slechtere keuzes gaat maken. Zo kunnen consumenten bijvoorbeeld stoppen met zoeken wanneer ze iets vinden waarmee ze tevreden zijn (ook al zijn er betere alternatieven), vuistregels gebruiken om een keuze te maken uit de vele mogelijkheden of kiezen voor een mogelijkheid die ze eerder hebben gekozen (status quo bias).

Wanneer verzekerden minder bereid of in staat zijn om over te stappen kan dit op meerdere manieren tot ondoelmatigheid leiden. Zo kunnen verzekeraars hogere premies vragen als ze weten dat dit niet leidt tot verlies van marktaandeel en als er aanwijsbare specifieke groepen zijn met een lagere kans om over te stappen, zoals groepen chronisch zieken, dan vermindert dit de prikkel om te investeren in de kwaliteit van zorg voor deze groep. De mogelijkheid en kunde om over te stappen zijn dus erg belangrijk voor doelmatigheid.

Moreel risico

Verzekeren tegen het risico op zorggebruik heeft als voordeel dat het poolen van risico's de zorg voor individuen betaalbaar houdt. Dit heeft een positief effect op doelmatigheid. Na het

[19] Naast keuzestress kan ook het gebrek aan voldoende kwaliteitsinformatie het vinden van de best passende polis lastig maken.

afsluiten van een verzekering ontstaat echter het moreel risico bij de afnemers van de verzekering. Bij zorgverzekeringen spelen twee vormen van moreel risico: (ex-ante) onderinvestering in preventie van zorggebruik en (ex-post) overconsumptie van zorg. Na het afsluiten van een verzekering draagt de verzekerde niet langer de volledige kosten van een behandeling. Dit is een prikkel om minder te investeren in het voorkomen van gezondheidszorg. Want preventie kost tijd, energie of geld, terwijl als de behandeling nodig is deze geen (of lagere) kosten met zich meedraagt.[20]

Daarnaast is de verzekering een sterke prikkel tot overconsumptie van gezondheidszorg. Meer zorggebruik is doelmatig zolang extra zorgconsumptie hogere baten heeft dan kosten. Na het afsluiten van een verzekering draagt de verzekerde niet langer de gehele kosten van de hogere zorgconsumptie. Extra consumptie van zorg heeft (los van het eventuele eigen risico en de moeite van het bezoeken van de arts) nog alleen baten voor de verzekerde, dit leidt tot extra consumptie van zorg (consumptie van zorg met hogere kosten dan baten). De kosten worden echter nog steeds gemaakt, door de verzekeraar (en de samenleving), het effect is dan ook een verslechtering in doelmatigheid.[21]

In Nederland vinden mensen het belangrijk dat iedereen toegang heeft tot goede zorg. In de praktijk betekent dit dat verzekeraars geen hoge premies mogen vragen aan mensen met een hoog risico en verplicht zijn om verzekerden met een hoog risico aan te nemen. Dit is een herverdeling van mensen met een laag risico op zorg naar mensen met een hoog risico op zorg. Het verbod op premiedifferentiatie en de acceptatieplicht voor verzekeraars versterken het probleem van (ex-ante) moreel risico. In een normale verzekeringsmarkt wordt preventie beloond door lagere premies, in de zorg is dit mechanisme grotendeels uitgeschakeld.[22]

Risicoselectie

Voor verzekeraars zijn mensen met een laag risico op zorg (en daarmee lage verwachte zorguitgaven) aantrekkelijker dan mensen met een hoog risico op zorg. Op normale verzekeringsmarkten komt dit tot uiting in de hoogte van de premie, mensen met een laag risico betalen minder dan mensen met een hoog risico (zoals de premiekortingen bij een autoverzekering). Op de zorgverzekeringsmarkt mogen verzekeraars geen mensen weigeren met een hoog risico.[23] Desondanks zijn er genoeg andere manieren om vooral gezonde verzekerde aan te trekken, dit wordt risicoselectie genoemd. Verzekeraars kunnen gezonde verzekerden aantrekken door bijvoorbeeld contracten aan te bieden die vooral aantrekkelijk zijn voor mensen die verwachten weinig zorg te gebruiken of door selectief te adverteren

[20] Moreel risico is een gevolg van asymmetrische informatie tussen de verzekerde en de verzekeraar. Naast moreel risico kan ook averechtse selectie optreden als gevolg van asymmetrische informatie. Averechtse selectie houdt in dat alleen de verzekerde met een grote kans op zorggebruik bereid zijn om zich te verzekeren, met als gevolg onbetaalbaar hoge premies. Doordat in het huidige systeem de zorgverzekering verplicht is zijn de gevolgen van averechtse selectie beperkt.
[21] Remmerswaal et al. (2015) geven een schatting van de mate van overconsumptie.
[22] Ook voor verzekeraars is de vraag in hoeverre de prikkel tot investeren in preventie aanwezig is. In theorie kan een verzekeraar via preventie de kosten van dure behandelingen in de toekomst besparen. In de praktijk geldt dat verzekerden elk jaar vrij kunnen overstappen tussen de verschillende verzekeraars. Dit betekent dat het voor verzekeraars onzeker is of ze eventuele investeringen in de gezondheid van hun populatie terugverdienen.
[23] In Nederland worden verzekeraars hiervoor zoveel mogelijk gecompenseerd via het ex-ante risicovereveningssysteem, maar de compensatie is nooit perfect.

(Van Kleef et al. 2012). Risicoselectie leidt tot ondoelmatigheid omdat het prikkels wegneemt om te investeren in productiviteit of kwaliteit van de zorg.

Randvoorwaarden voor doelmatigheid

Kort samengevat, op de zorgverzekeringsmarkt spelen vier vormen van marktfalen: marktmacht, beperkte rationaliteit van verzekerden, moreel risico en risicoselectie. Ook voor de verzekeringsmarkt zijn een aantal randvoorwaarden te benoemen om de gevolgen van marktfalen tegen te gaan. Tabel 4.2 geeft de marktfalens, het gevolg voor doelmatigheid en de randvoorwaarden weer. Belangrijk marktfalen op de verzekeringsmarkt is bijvoorbeeld marktmacht bij verzekeraars, wat kan leiden tot hoge premies en lage kwaliteit. Randvoorwaarden om marktmacht tegen te gaan zijn keuzevrijheid voor verzekerden en een betwistbare verzekeringsmarkt. De beperkte rationaliteit van verzekerden kan de marktmacht van verzekeraars vergroten, bijvoorbeeld omdat verzekerden niet in staat zijn een verzekeraar te vinden die past bij de persoonlijke voorkeuren. Transparantie in verzekeringspolissen en het helpen van verzekerden bij het maken van hun keuze kan dan ook marktmacht van verzekeraars verminderen.

Tabel 4.2 Randvoorwaarden voor doelmatigheid op de zorgverzekeringsmarkt

Marktfalen	Gevolg	Randvoorwaarden
Marktmacht	Hoge premies, lage kwaliteit	Voldoende keuzevrijheid verzekerden Betwistbare verzekeringsmarkt
Beperkte rationaliteit	Verkeerde keuzes	Verzekerde in staat keuzes te maken Transparantie in verzekeringspolissen
Moreel risico	Overconsumptie, onderinvestering in preventie	Prikkels tegen overconsumptie Preventie van zorgvraag
Risicoselectie	Lage kwaliteit, onderbehandeling	Risicoverevening

4.3 Zorginkoopmarkt

Zorgverzekeraars hebben, in tegenstelling tot verzekeraars op andere markten, ook een inkooprol. Zorgverzekeraars kopen zorg in bij aanbieders ten behoeve van hun verzekerden (dit is een rol die de verzekerde op andere markten zelf uitvoert). Verzekeraars sluiten contracten met aanbieders om hun verzekerden toegang tot zorg te garanderen. Verzekeraars mogen hierin selectief zijn zolang dit de toegang tot zorg niet beperkt. De inkoopcontracten bevatten afspraken over de kwaliteit, het volume en de prijs van zorg (zie Ruwaard et al. 2014 voor een analyse van de zorginkoop). Op de inkoopmarkt spelen twee vormen van marktfalen; informatieproblemen en marktmacht.

Asymmetrische informatie

Aanbieders hebben vaak een informatievoorsprong op de verzekeraars. Aanbieders van zorg hebben direct contact met de patiënt en zijn dus beter in staat om de noodzaak van zorg te beoordelen. Voor verzekeraars is dit moeilijker te beoordelen, wat het opsporen van overconsumptie van zorg bemoeilijkt. Het risico op onderconsumptie is lager omdat er immers nog de consument is die voor zijn eigenbelang opkomt. Verzekeraars hebben een

prikkel om overconsumptie tegen te gaan omdat minder uitgaven aan zorg leidt tot een beter financieel resultaat bij verzekeraars.

Aanbieders zijn ook beter in staat om de kwaliteit van de zorg te beoordelen. Verzekeraars zijn vaak afhankelijk van kwaliteitsindicatoren die door de aanbieders gedefinieerd en geleverd worden. Verzekeraars zijn wel in staat om een betere inschatting te maken van de kwaliteit van zorg dan de gebruikers, omdat verzekeraars de middelen hebben om specialistische kennis in huis te halen voor het beoordelen van kwaliteit. Daarnaast kunnen verzekeraars informatie verzamelen van grote groepen patiënten over de ervaringen met een bepaalde aanbieder.

Marktmacht

Het is voor verzekeraars belangrijk dat er voldoende aanbieders zijn om bij in te kopen. Wanneer er onvoldoende aanbod is moeten verzekeraars een contract afsluiten met elke aanbieder om de verzekerde toegang tot zorg te garanderen. Aan de andere kant is het ook belangrijk dat een aanbieder niet volledig afhankelijk is van één verzekeraar, want dan moet de aanbieder van de verzekeraar elk aanbod accepteren (weigeren betekent geen inkomsten). De verhouding in marktmacht tussen de aanbieder en verzekeraar bepaald in grote mate de uitkomst van de inkooponderhandelingen. Hierbij geldt dat te veel marktmacht voor de aanbieder of voor de verzekeraar beide een nadelig effect op doelmatigheid kan hebben. Wanneer de aanbieder teveel marktmacht heeft leidt dit mogelijk tot hogere prijzen. Teveel marktmacht bij de verzekeraars leidt mogelijk tot lagere prijzen maar heeft als gevaar dat zorgaanbieders te veel gaan bezuinigingen op investeringen in kwaliteit en innovatie.

De verhouding in marktmacht tussen de aanbieder en de verzekeraar kan verschillen tussen verschillende soorten aanbieders. Ziekenhuizen zijn van nature grote instellingen met een groot verzorgingsgebied. Individuele fysiotherapeuten of GGZ-aanbieders hebben minder onderhandelingsmacht omdat het aanbod veel meer versnipperd is.

Randvoorwaarden voor doelmatigheid

De uitkomst van de onderhandelingen tussen verzekeraars en aanbieders zijn van belang voor de doelmatigheid van de gezondheidszorg. Cruciaal is dat zowel de aanbieders als de verzekeraars instrumenten hebben om hun belangen te behartigen. Een te sterke onderhandelingspositie voor aanbieders kan leiden tot hoge prijzen. Andersom kan een te sterke onderhandelingspositie voor verzekeraars leiden tot tekorten bij aanbieders, met als gevolg lager volume en lagere kwaliteit (Varkevisser en Schut 2014). Tabel 4.3 vat de marktfalens samen en toont de randvoorwaarden voor doelmatigheid op de inkoopmarkt.

Tabel 4.3 Randvoorwaarden voor doelmatigheid op de inkoopmarkt

Marktfalen	Gevolg	Randvoorwaarden
Asymmetrische informatie	Overbehandeling, hoge prijzen, lage kwaliteit, verkeerde behandelingen	Transparantie kosten en zorgkwaliteit
Marktmacht	Hoge prijzen, lage kwaliteit	Balans in marktmacht tussen verzekeraars en aanbieders

Marktfalen in de Cure en Care

De zorg is op te delen in twee typen zorg; de curatieve zorg (cure) en de langdurige zorg (care). De curatieve zorg valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de langdurige zorg viel tot 2015 onder de AWBZ. Sinds 1 januari 2015 hebben gemeenten (Wmo) en zorgverzekeraars (Zvw), door de decentralisatie, een grotere rol in de langdurige zorg. Gemeenten zijn naast het leveren van huishoudelijke hulp ook verantwoordelijk voor begeleiding en een klein deel van de persoonlijke verzorging. Zorgverzekeraars dragen de verantwoordelijkheid voor het resterende deel van persoonlijke verzorging en verpleging. Het rijk blijft, via de Wet langdurige zorg (Wlz) verantwoordelijk voor de intensieve zorg.

Er zijn een aantal verschillen in marktfalen tussen de cure en care.

Informatieproblemen spelen ook een rol in de langdurige zorg. De langdurige zorg is een ervaringsgoed, wat betekent dat consumenten een beter beeld van kwaliteit krijgen na het gebruik. Consumenten maken niet altijd gebruik van deze nieuwe informatie. Het is bijvoorbeeld lastig om van verpleeghuis te wisselen na een slechte ervaring. Een overeenkomst tussen cure en care is dat het voor beide typen zorg lastig is om objectieve maatstaven van kwaliteit te definiëren. Ervaringen van gebruikers zijn dus nuttige kwaliteitsindicatoren in de care.

Beperkte rationaliteit speelt ook een rol bij het verzekeren van langdurige zorg. Tijdsaspecten zijn belangrijker in de langdurige zorg omdat deze zorg grotendeels aan het einde van het leven wordt geconsumeerd. Zonder verzekering moeten mensen hun gehele leven sparen voor mogelijke kosten aan het einde van het leven. Gedragseconomie laat echter zien dat mensen de kans op zorggebruik en de baten van toekomstige zorg onderschatten (Stevenson et al. 2009).

Risicoselectie kan ook in de langdurige zorg optreden. De mate van risicoselectie hangt sterk af van de institutionele vormgeving van de langdurige zorg. Bijvoorbeeld het overhevelen van de langdurige zorg naar de Zvw kan leiden tot risicoselectie als verzekeraars wel financieel verantwoordelijk zijn voor de zorg maar de risicoverevening niet goed werkt. Voor verzekeraars zijn langdurige zorggebruikers gemakkelijk te identificeren waardoor de kans op risicoselectie en ondoelmatige zorg groot is. Risicoverevening lijkt lastiger voor de langdurige zorg dan curatieve zorg (Besseling et al. 2011, Bakx et al. 2015). Risicoselectie kan ook optreden bij zorgaanbieders. Bijvoorbeeld, voor een verpleeghuis kan het aantrekkelijker zijn om vooral cliënten te selecteren die (bij dezelfde vergoeding) minder zware zorg nodig hebben.

Moreel gevaar komt ook voor in de langdurige zorg. Ex-post moreel gevaar speelt een belangrijke rol wanneer de indicatiesteller of de zorgaanbieder zorg ruim indiceren. Doelmatig indiceren in de care is lastig omdat de zorg die mensen nodig hebben niet helder te definiëren is. De hoeveelheid persoonlijke verzorging na een heupoperatie (care) is bijvoorbeeld lastiger te bepalen dan de noodzaak tot een heupoperatie (cure). Omdat de care veelal uit langdurige zorg bestaat is de kans op ex-ante moreel gevaar ook groter. Zorgverzekeraars investeren mogelijk minder in preventie of in doelmatige zorgverlening van langdurige zorg omdat verzekerden in latere jaren kunnen switchen naar een andere verzekeraar, die vervolgens de vruchten plukt van de doelmatigheidsinspanningen.

Marktmacht komt in de care in andere vormen voor dan in de cure. In de Wmo zijn gemeenten de enige inkopers en hebben dus monopsony macht. Zij domineren in de zorgmarkt en hebben dus een grote invloed op de hoeveelheid zorg die wordt geleverd en tegen welke prijs. In de Wlz is de overheid een monopsonist. In beide gevallen kan dit leiden tot lagere prijzen, volumes én lagere kwaliteit dan in een marktomgeving.

5 Rol van de overheid

De aanwezige marktfalens in de gezondheidszorg creëren een rol voor de overheid om de zorg naar een meer doelmatige uitkomst te sturen en zo de welvaart van de samenleving te vergroten. Concreet zijn er twee doelstellingen voor de overheid: het verbeteren van de randvoorwaarden voor doelmatigheid in de zorg en sturen op allocatieve doelmatigheid van de totale collectieve uitgaven.

De overheid heeft gekozen voor een systeem van gereguleerde concurrentie, dit betekent dat het verbeteren van de (technische, allocatieve en dynamische) doelmatigheid in de curatieve zorg vooral bij de spelers in de zorg ligt. De inspanningen van zorgverzekeraars om betaalbare zorg van hoge kwaliteit te contracteren en de inspanningen van aanbieders om betere kwaliteit zorg te bieden tegen lagere kosten bepalen voor een groot deel de doelmatigheid. De rol van de overheid is beperkt tot het bepalen van de randvoorwaarden waarbinnen de spelers op de zorgmarkten opereren.

5.1 Randvoorwaarden voor doelmatigheid

In de vorige sectie zijn bij elk marktfalen en bij elke markt een aantal randvoorwaarden voor doelmatigheid geformuleerd. Tabel 5.1 vat de verschillende marktfalens en randvoorwaarden samen.[24]

Tabel 5.1 Overzicht randvoorwaarden voor doelmatige zorg

Marktfalen	Randvoorwaarden
Informatieproblemen	Transparantie kosten en zorgkwaliteit Prikkels tegen onder/overbehandeling
Moreel risico	Prikkels tegen overconsumptie Preventie van zorgvraag
Risicoselectie	Voorkomen risicoselectie
Marktmacht	Transparantie kosten en zorgkwaliteit Voldoende keuzevrijheid patiënt/verzekerden Beperkte schaalgrootte Betwistbare aanbodmarkt/verzekeringsmarkt Balans in marktmacht tussen verzekeraars en aanbieders
Beperkte rationaliteit	Patiënt/verzekerde in staat keuzes te maken

Alle randvoorwaarden zijn belangrijk voor het verbeteren van doelmatigheid. Echter sommige randvoorwaarden zijn belangrijker dan andere. Daarnaast verschillen randvoorwaarden in de mate waarin er aan voldaan is (zie ook RIVM 2014 en Van Kleef et al. 2014). Er is meer exploratief onderzoek nodig naar in welke mate aan elke randvoorwaarde is voldaan. Exploratief onderzoek geeft de overheid meer inzicht met welk beleid en op

[24] Ook andere studies hebben randvoorwaarden voor doelmatigheid geformuleerd voor in een systeem van gereguleerde concurrentie (zie bijvoorbeeld Enthoven 1978, 1988a en 1988b, ZonMW 2009, Van de Ven en Schut 2012 en Van Kleef et al. 2014). De randvoorwaarden zoals hieronder beschreven overlappen deels met de randvoorwaarden die in de eerdere studies zijn benoemd.

welke randvoorwaarde er nog veel te winnen is. Vaker evalueren van beleid met een focus op het effect van beleid op de verschillende randvoorwaarden kan hier ook aan bijdragen. Hieronder worden alle randvoorwaarden kort besproken.

Transparantie kosten en zorgkwaliteit

Transparantie van de kosten en de zorgkwaliteit is een cruciale randvoorwaarde voor doelmatigheid in de zorg. Transparantie helpt een patiënt bij het besluit om een behandeling te ondergaan en bij het maken van de afweging bij welke aanbieder de behandeling te ondergaan. Transparantie helpt verzekeraars bij de zorginkoop voor hun verzekerden en geeft zorgaanbieders meer kansen om van elkaar te leren. Meer transparantie in kosten en zorgkwaliteit helpt ook bij het boeken van vooruitgang op de andere randvoorwaarden.

De afgelopen jaren zijn veel initiatieven ontplooid om de kosten en zorgkwaliteit meer transparant te maken. Denk bijvoorbeeld aan het traject zichtbare zorg, wat als doel had om de kwaliteit van zorg meer inzichtelijk te maken. Verder is 2015 uitgeroepen tot het jaar van de transparantie. In het kader van het jaar van de transparantie zijn verschillende initiatieven ondernomen om patiënten te voorzien in betrouwbare en begrijpbare informatie over de kwaliteit en kosten van zorg.[25] Het RIVM (2014) signaleert dat er al veel vooruitgang geboekt is, maar ook dat er nog veel te winnen is op transparante kwaliteit. Er is bijvoorbeeld een wildgroei aan indicatoren ontstaan, waarbij alleen al in de curatieve zorg vele honderden verschillende indicatoren zijn (Algemene rekenkamer 2013).

Daarnaast lijken de indicatoren nog weinig bruikbaar. Onderzoek door de NZA (2014d) laat zien dat patiënten en verzekerden grote behoefte hebben aan informatie over de kosten en zorgkwaliteit. Een ruime meerderheid van de respondenten geeft aan meer informatie nodig te hebben over het verzekerde pakket, de gecontracteerde zorg en de kosten. Ook gebruikt slechts 7% van de patiënten kwaliteitsinformatie bij het maken van een keuze voor een aanbieder (Van der Geest en Varkevisser 2012), en maken verzekeraars nog relatief weinig gebruik van kwaliteitsindicatoren bij de inkoop van zorg (Ruwaard et al. 2014 en RIVM 2014).

Prikkels tegen onder/overbehandeling

De informatievoorsprong van de aanbieder op de patiënt en verzekeraar heeft als gevolg dat de aanbieder in grote mate de vraag naar zorg kan bepalen. Dit kan zowel leiden tot onderbehandeling (extra zorg heeft meer baten dan kosten) als tot overbehandeling (extra zorg heeft meer kosten dan baten). Prikkels tegen onder- of overbehandeling zijn daarom een belangrijke voorwaarde voor doelmatige zorg. Meer transparantie in de kosten en zorgkwaliteit draagt bij aan het verbeteren van de prikkels.
Het is empirisch lastig aan te tonen of er sprake is van onder- of overbehandeling omdat de baten van de zorg vaak niet transparant zijn.[26] Praktijkvariatie kan een indicatie zijn van

[25] Zie https://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/jaar+van+de+transparantie (3 juni 2015).
[26] Een interessant en recent voorbeeld uit de VS van een studie naar overbehandeling is Schwartz et al. (2014). Zij stellen 26 maatstaven op voor zorg met weinig toegevoegde waarde. Ruim 42% van de totale patiëntenpopulatie maakte gebruik van zorg met weinig toegevoegde waarde en de uitgaven aan deze zorg lag tussen de 0,6% en 2,7% van de totale zorguitgaven.

onder- of overbehandeling. Er is veel evidentie van onnodige zorg vanuit de VS (zie bijvoorbeeld Chandra et al. 2012). Het RIVM (2014) stel dat er ook in Nederland grote verschillen zijn tussen aanbieders in de behandeling die ze aan hun patiënten bieden en dat het voorschrijfgedrag van medicijnen tussen artsen verschilt. De vergoedingssystematiek voor aanbieders kan onder of overbehandeling versterken. Douven et al. (2015b) laten zien dat er meer behandelingen plaatsvinden in regio's waar veel vrijgevestigde specialisten zijn (die betaald krijgen per verrichting) dan in regio's waar veel specialisten in loondienst zijn (die een vast loon krijgen). Douven et al. (2015a) laten zien dat aanbieders in de GGZ sterk reageren op de wijze van vergoeden. Aanbieders stemden de behandelduur van hun patiënten af op het vergoedingssysteem om zo de vergoeding te maximaliseren.

Om vooruitgang te boeken bij het tegengaan van onder- of overbehandeling is het essentieel dat er meer aandacht komt voor de evaluatie van nieuwe bekostigingssystemen. Aandachtspunten hierbij zijn het effect op de totale zorgvraag, de kwaliteit van zorg en op zorgmijding.

Prikkels tegen overconsumptie

Een verzekering verlaagt de kosten van zorggebruik voor de consument. Het gevolg is dat consumenten een sterke prikkel hebben om meer zorg te gebruiken dan doelmatig is (zorg waarvan de kosten voor de samenleving hoger zijn dan de baten). Prikkels voor de consument tegen overconsumptie van zorg zijn daarom van belang.

In het Nederlandse stelsel zijn al prikkels tegen overconsumptie aanwezig. Denk bijvoorbeeld aan het eigen risico. Er is nog weinig onderzoek (ook met Nederlandse data) naar het effect van een eigen risico of een eigen bijdrage op doelmatig zorggebruik. Remmerswaal et al. (2015) geven een overzicht van de Nederlandse literatuur over het effect van een eigen bijdrage. Een groot aantal studies laat zien dat een hogere eigen bijdrage of eigen risico leidt tot lager zorggebruik. Hierbij wordt echter geen rekening gehouden met het verschil in doelmatige en ondoelmatige zorg. Uitzondering is Newhouse (1993), hij laat zien dat een eigen betaling zowel nodige als onnodige zorg remt. Vooral voor verzekerden met een laag inkomen en een slechte gezondheid leidde dit tot verdere verslechtering van de gezondheid.

De huidige prikkels tegen overconsumptie houden geen rekening met het verschil tussen doelmatige en ondoelmatige zorg. Door het eigen risico afhankelijk te maken van de toegevoegde waarde van de geconsumeerde zorg kan overconsumptie verminderd worden zonder dat dit doorslaat in onderconsumptie (zorgmijding van doelmatige zorg). Hiervoor is nodig dat de toegevoegde waarde van zorg meetbaar is. Met de huidige stand van kennis is dat nog niet mogelijk, maar als vooruitgang geboekt wordt op het transparant maken van de kosten en zorgkwaliteit kunnen ook de prikkels tegen overconsumptie verbeteren.

Preventie van zorgvraag

Preventie is een belangrijk substituut voor zorggebruik. Preventie is gedrag wat zorggebruik voorkomt of de gevolgen ervan beperkt. Investeren in meer preventie is doelmatig als de

preventieve maatregel goedkoper is dan het behandelen van een aandoening. Een gezonde levensstijl verkleint bijvoorbeeld de kans op ziekte.

Er is nog veel te winnen door de levensstijl te verbeteren (van der Horst en de Jong 2013). Mackenbach (2010) schat dat zelfs de helft van alle ziektes potentieel vermijdbaar is met behulp van preventie. Belangrijkste oorzaken van een gebrek aan preventie zijn te weinig kennis, beperkte rationaliteit (de baten van preventie zijn onzeker en soms ver in de toekomst) en de grote rol van opvoeding op levensstijl (van der Horst en de Jong 2013). Het individu is bepalend voor de mate van preventie, maar de overheid kan preventie stimuleren via collectieve programma's ter bestrijding van obesitas, roken en overmatig drugs of drankgebruik.

Tabel 5.2 geeft een overzicht van ongezond gedrag in Nederland. Veel genoemde vormen van ongezond gedrag zijn roken, overmatig drinken en het aanhouden van een ongezond voedingspatroon (wat kan leiden tot overgewicht). Ongeveer 23% van de bevolking rookt, waarvan 4% als zware roker geclassificeerd is. Het aantal alcohol drinkers betreft 81% van de bevolking, 21% hiervan wordt als zware of overmatige drinker aangemerkt. Van alle Nederlanders leidt 42% aan overgewicht, waarvan 10% aan ernstig overgewicht.

Tabel 5.2 Ongezond gedrag en ongezonde eigenschappen van Nederlanders

Gezondheid	% van de bevolking
Rokers (12 jaar en ouder)	23
- Zware rokers	4
Alcoholgebruiker (12 jaar en ouder)	81
- Zware/overmatige drinker	21
Overgewicht (4 jaar en ouder)	42
- Ernstig overgewicht	10

Bron: CBS (2014).

Voorkomen risicoselectie

Het voorkomen van risicoselectie draagt bij aan meer doelmatigheid op de zorgverzekeringsmarkt. Risicoselectie is te voorkomen via een goed systeem van ex-ante risicoverevening. Wanneer dit stelsel goed werkt, hebben verzekeraars geen prikkel tot het selecteren van verzekerden met een laag risico op zorggebruik.

Van Kleef et al. (2014) bestuderen de risicoverevening in de Zvw en concluderen dat de risicoverevening sterk verbeterd is en het huidige risicovereveningsmodel grotendeels compenseert voor voorspelbare verschillen in risico's. Zij merken echter ook op dat er nog verbetering mogelijk is. Zo laten Duijmelinck et al. (2013) zien dat er nog wel degelijk risicoselectie voorkomt door verzekeraars. Verdere doelmatigheidswinsten zijn mogelijk door het risicovereveningsmodel verder te verbeteren.

Er vindt nauwelijks evaluatie plaats op wat de invloed is van de risicoverevening op doelmatige zorgverlening. De risicoverevening compenseert bijvoorbeeld farmaceutische kostengroepen (FKG's) en diagnose kostengroepen (DKG's) op basis van zorgkosten uit het

verleden. Een belangrijke beleidsvraag, die empirisch te onderzoeken is, is of deze wijze van compenseren prikkelt om juist meer onnodige zorg te leveren om zo een hogere bijdrage uit het risicovereveningsfonds te krijgen. Dit aspect speelt een nog belangrijkere rol wanneer de overheid besluit om in de risicoverevening chronisch zieken te gaan overcompenseren (VWS 2014).

Voldoende keuzevrijheid patiënt/verzekerden

Om patiënten en verzekerden vrij te laten kiezen is het nodig dat er voldoende aanbod is om uit te kiezen. Wanneer er voldoende aanbod is moeten aanbieders (of verzekeraars) concurreren om de patiënt (of verzekerde) met als gevolg dat individuele aanbieders geen invloed hebben op de prijs van zorg (marktmacht).

Het aantal aanbieders op een markt en de regionale concentratie van aanbieders kan een goede indicatie zijn voor de keuzemogelijkheid voor een patiënt. Figuur 5.1 toont de inverse LOCI (Logit Competition Index) van alle individuele ziekenhuizen in 2012. De inverse LOCI is een maatstaf van concurrentie. Een LOCI van 1 geeft perfecte concurrentie aan en hogere waardes geven grotere marktmacht aan (NZA 2014c). De NZA gebruikt de inverse LOCI voor het onderzoeken van aanmerkelijke marktmacht bij ziekenhuizen. Een inverse LOCI van 2,22 of hoger is een sterke aanwijzing voor marktmacht (Canoy en Mikkers 2012). Figuur 5.1 laat zien dat een groot deel van alle ziekenhuizen aanzienlijke (regionale) marktmacht heeft. Belangrijke noot bij deze observatie is dat geen rekening is gehouden met het type zorg. Bij hoogspecialistische zorg is een groter marktaandeel mogelijk minder schadelijk dan bij electieve zorg (zie ook de sectie over schaalgrootte hieronder).

Figuur 5.1 Inverse LOCI ziekenhuizen (gesorteerd)

Bron: figuur gerepliceerd uit NZA (2014c) met data ontvangen van de NZA over 2012.

Op vergelijkbare wijze kan de concentratie van verzekeraars en het aantal polissen een goede indicatie zijn voor de keuzemogelijkheid van een verzekerde. Tabel 5.3 laat de ontwikkeling in concentratie van verzekeraars zien en het aantal verzekeringspolissen. De concentratie is gemeten aan de hand van de Herfindahl Hirschmann Index (som van gekwadrateerde marktaandelen van alle zorgverzekeraars). De tabel laat zien dat de

concentratie op de zorgverzekeringsmarkt stabiel is tussen 2010 en 2014. De concentratie is wel hoog, een concentratie index van boven de 2.000 staat voor een geconcentreerde markt (NZA 2014b). Regionaal (op provincieniveau gemeten) is de concentratiegraad soms vele malen hoger omdat verzekeraars historisch gezien soms sterke posities hebben in specifieke regio's. Ondanks de stabiele concentratie over tijd stijgt het aantal polissen wel, van 56 in 2010 tot 70 in 2014.

Tabel 5.3 Concentratie (HHI) en aantal polissen op de zorgverzekeringsmarkt

	2010	2011	2012	2013	2014
Marktconcentratie zorgverzekeraars	2.111	2.105	2.277	2.264	2.240
Aantal polissen zorgverzekeraars	57	56	60	67	70

Bron: NZA (2014b).

Betwistbare aanbodmarkt/verzekeringsmarkt

Wanneer concurrentie op de markt niet mogelijk is kan concurrentie om de markt een belangrijke randvoorwaarde voor doelmatigheid zijn. De dreiging van nieuwe toetreders tot de markt beperkt de speelruimte van spelers op de markt. Daarnaast is de dreiging van een faillissement een prikkel voor aanbieders om zo doelmatig mogelijk te werken.

Van Kleef et al. (2014) stellen dat op de aanbodmarkt en op de verzekeringsmarkt in grote mate voldaan is aan de randvoorwaarde voor een betwistbare markt. De toetredingsmogelijkheden voor aanbieders in de Zvw zijn groter dan voor de invoering van de Zvw en ook op de verzekeringsmarkt is toetreding en faillissement wettelijk verankerd. Ze benoemen wel dat het voor nieuwe aanbieders niet aantrekkelijk is om toe te treden tot de markt. De nog resterende toetredingsdrempels op de verzekeringsmarkt zijn de solvabiliteitseisen, hoge aanvangsinvesteringen en de gevolgen van de risicoverevening (NZA 2012a).

Tabel 5.4 Aantal ziekenhuizen en aantal bedden per ziekenhuis

	2009	2010	2011	2012	2013
Aantal ziekenhuizen	93	91	91	91	91
<300 bedden	24	20	23	25	24
300-400 bedden	22	23	20	19	21
400-600 bedden	18	18	19	20	18
>600 bedden	21	22	21	19	20
UMC's>600 bedden	8	8	8	8	8

Bron: Dutch Hospital Data (2015).

Beperkte schaalgrootte

Nederlandse ziekenhuizen zijn relatief groot. Blank et al. (2008) hebben onderzoek gedaan naar schaalgrootte van Nederlandse ziekenhuizen en vinden dat de meeste ziekenhuizen in Nederland schaalnadelen in plaats van schaalvoordelen ervaren. Voor een doelmatige ziekenhuiszorg schatten Blank et al. de optimale grootte van een ziekenhuis op ongeveer 200 bedden (al stellen Blank et al. dat sommige andere studies een andere inschatting geven).

Het merendeel van de ziekenhuizen in Nederland heeft echter meer dan 300 bedden (zie tabel 5.4).

Het aantal bedden bepaalt de schaal van een ziekenhuis. De schaalgrootte van een ziekenhuis bepaalt voor een belangrijk deel de marktmacht van ziekenhuizen. De grote schaal van Nederlandse ziekenhuizen kan dus enerzijds leiden tot een ondoelmatigere zorgverlening en anderzijds tot meer marktmacht. Het grote aantal fusies tussen aanbieders heeft bijgedragen aan de toegenomen schaalgrootte. Bij andere aanbieders (zoals in de eerste lijn) zijn geen vergelijkbare trends ontdekt (zie NZA 2012b voor een marktscan van de huisartsenzorg).

Balans in marktmacht tussen verzekeraars en aanbieders

Om te komen tot doelmatige zorginkoop te komen moeten zowel aanbieders als verzekeraars vergelijkbare onderhandelmacht hebben. Verhoudingen in onderhandelmacht tussen aanbieders en verzekeraars is moeilijk te meten. Het is dan ook onduidelijk hoe de balans in marktmacht tussen verzekeraars en aanbieders precies ligt (Ruwaard et al. 2014 en RIVM 2014). Marktaandeel is een bron van onderhandelmacht. Een aanbieder met een groot marktaandeel kan essentieel zijn voor de verzekeraars om te voldoen aan de zorgplicht en een verzekeraar met een groot regionaal marktaandeel kan essentieel zijn voor een aanbieder om aan voldoende middelen te komen.

Tabel 5.5 vat de concentratie bij verzekeraars en aanbieders samen op provincieniveau. De concentratie bij verzekeraars en bij aanbieders verschilt sterk tussen de provincies. Er is geen duidelijk verband tussen de concentratie van verzekeraars en aanbieders. Er zijn provincies waarbij de concentratie van verzekeraars hoog is, maar niet van aanbieders (Groningen, Noord-Holland en Utrecht), maar ook provincies waarbij dit juist andersom is (Gelderland, Overijssel). Alleen in Zuid-Holland is de concentratiegraad zowel voor aanbieders als verzekeraars laag. In de overige provincies is de concentratie bij beide partijen hoog. Om beter inzicht te krijgen in de verhouding in marktmacht tussen verzekeraars en aanbieders kan op aanbiedersniveau gekeken worden of hogere concentratie bij de aanbieder samen gaat met hogere concentratie bij verzekeraars en vice-versa.

Tabel 5.5 Regionale concentratie verzekeraars en aanbieders

Provincie	Verzekeraars (HHI)	Aanbieders (inverse LOCI)
Drenthe	3.539	2,690
Flevoland	3.555	2,459
Friesland	6.028	2,244
Gelderland	2.318	2,579
Groningen	3.486	1,828
Limburg	3.456	2,825
Noord-Brabant	3.191	2,389
Noord-Holland	2.973	2,062
Overijssel	2.558	2,807
Utrecht	2.808	1,546
Zeeland	3.949	5,479
Zuid-Holland	1.878	1,829

Bron: data verzekeraars (NZA 2014b), data aanbieders over 2012 aangeleverd door de NZA.

Een belangrijke trend op deze randvoorwaarde is de toenemende verticale integratie. Recent zijn in het buitenland initiatieven gestart om zorgaanbieders te belonen op basis van populatiebekostiging (McLellan et al. 2014). Doordat mensen langer leven neemt bijvoorbeeld het aantal chronische patiënten toe. Deze patiënten hebben geen eenmalig ingreep nodig (zoals bij botbreuken) maar krijgen vaak intensieve begeleiding gedurende een langdurig ziekteproces. Die begeleiding komt van verschillende zorgaanbieders, zoals de huisarts, verpleegkundigen, de fysiotherapeut, de farmacie en het ziekenhuis. Een voorbeeld uit Nederland is de proeftuinen, waar chronische patiënten (diabetes, COPD, hartfalen) door verschillende zorgorganisaties worden geholpen. Ook de financiering is hierbij aangepast en is gebaseerd op populatiebekostiging (Drewes et al. 2014). Bij deze nieuwe zorgvormen integreren verschillende zorgorganisaties verticaal en zijn ze gezamenlijk verantwoordelijk voor de geleverde zorg. Afhankelijk van de precieze vormgeving kan verticale integratie van zorgaanbieders de marktmacht van zorgaanbieders tegenovers verzekeraars versterken.[27]

Er is meer onderzoek nodig naar het effect van inkoopcontracten op de doelmatigheid van de zorglevering. Onderzoek naar het effect van inkoop op doelmatigheid moet ook rekening houden met heterogeniteit tussen aanbieders. Een ziekenhuis met veel marktaandeel heeft meer onderhandelmacht dan een kleine aanbieder of een individuele huisarts of psycholoog. Meer experimenteren met contractvrijheden en met verschillende vormen van verticale integratie van zorgorganisaties kan bijdragen aan een meer doelmatige inkoop.

Patiënt/verzekerde is in staat keuzes te maken

Wanneer patiënten en verzekerden weloverwogen keuzes maken in de zorg levert dit een bijdrage aan doelmatigheid. Patiënten en consumenten kunnen zo kiezen voor zorg en een verzekering die beter aansluit bij hun voorkeuren. Recente gedragseconomische studies laten echter zien dat er vele verschillende redenen zijn waarom consumenten niet in staat zijn de juiste keuze te maken (zie tekstkader gedragseconomie op pagina 24). Meer onderzoek naar de mate waarin spelers in de zorg keuzes kunnen maken in het eigen belang kan daarom bijdragen aan meer doelmatige keuzes. Gedragseconomische studies geven ook een aantal aanknopingspunten om het voor de consument makkelijker te maken op goede keuzes te nemen, zoals het aanpassen van de keuzestructuur, de presentatie van de keuze en het instellen van een goede default optie (Madrian 2014).

De keuze voor een zorgaanbieder of behandeling is lastig voor patiënten. Medische informatie is complex, kansen van slagen zijn moeilijk te interpreteren en niet alle gevolgen zijn voor de patiënt te overzien. Dit betekent dat patiënten soms kiezen voor een optie die toch niet bij hun voorkeuren past. Bijvoorbeeld, Halpern et al. (2013) hebben onderzocht of de manier waarop de arts een keuze presenteert invloed heeft op de keuze van de patiënt voor een behandeling aan het einde van het leven. In hun experiment werden patiënten in drie groepen opgedeeld. De eerste groep kreeg als default een agressieve behandeling met een kans op een langere levensduur, de tweede groep kreeg als default palliatieve zorg

[27] In hoeverre verticale integratie een rol gaat spelen in Nederland is nog moeilijk te voorspellen (zie ook Eijkenaar en Schut 2015).

zonder agressieve behandeling en de derde groep kreeg geen default optie.[28] De resultaten laten zien dat de tweede groep twee keer zo vaak koos om af te zien van de agressieve behandeling (en alle bijwerkingen die bij zo een behandeling horen) als de andere groepen. Dit geeft aan dat patiënten niet precies kunnen inschatten wat het beste bij hun voorkeuren past, waardoor de keuzestructuur invloed heeft op hun keuze.

Complexe medische informatie kan ook een barrière zijn voor het maken van de juiste keuze. Van der Geest en Varkevisser (2012) laten bijvoorbeeld zien dat patiënten nog maar weinig gebruik maken van kwaliteitsinformatie bij het kiezen van een aanbieder (wat zowel een gevolg kan zijn van gebrekkige informatie of een gebrek aan kunde om de informatie te interpreteren en te gebruiken). De huisarts of ervaringen van familie en vrienden zijn de voornaamste factoren voor de keuze van een aanbieder (Van der Geest en Varkevisser 2012, Wolter en Lako 2012). De reputatie van aanbieders doet er ook toe. Ruwaard en Douven (2014) vinden bij cataractoperaties dat gespecialiseerde ziekenhuizen met een goede reputatie patiënten aantrekken vanuit het hele land.

Ook op de verzekeringsmarkt is de vraag of verzekerden de juiste keuzes maken. Bhargava et al. (2015) laten, op basis van een studie in de VS, zien dat verzekerden vaak niet in staat zijn de juiste polis te kiezen. Veel verzekerden kozen vaak voor een polis met hogere kosten maar een zelfde dekking als goedkopere polissen, vooral onder ouderen, vrouwen en lager opgeleiden kwam dit vaak voor. Als reden voor de lage kwaliteit van keuzes geven zij het hoge gebruik van vuistregels bij het kiezen, de complexiteit van het uitkiezen van een polis en de beperkte kennis van de werking van verzekeringen. In Nederland is een veel genoemde reden waarom verzekerden niet overstappen dat het veel tijd en moeite kost om polissen te vergelijken (NZA 2013), wat ook de kans op het vinden van de juiste verzekering lastiger maakt. Dat verzekerden wel te bewegen zijn tot overstappen toonde de overgang naar het nieuwe zorgstelsel in 2006. Ongeveer 18% van de consumenten wisselden van verzekeraar (of van polis binnen een verzekeraar) en bespaarde daarmee gemiddeld een bedrag van 60 euro (Douven et al. 2007).

Door gedragseconomie een prominentere rol te geven bij het opstellen en evalueren van beleid kunnen de keuzes van consumenten verbeteren (en daarmee ook de doelmatigheid). Een voorbeeld hiervan komt uit de VS. In 2015 zijn er in de staat Massachusetts 11 verzekeraars die samen 126 verschillende polissen aanbieden. Dit wordt gezien als te veel keuze en men wil het aantal polissen dat verzekeraars mogen aanbieden dan ook terugbrengen (Freijer 2015). Daarnaast zijn in de VS gereguleerde keuzeplatforms (Health Exchanges) voor consumenten opgesteld, die consumenten moeten helpen bij het vinden van de juiste verzekering.

[28] Een default optie betekent dat de patiënt actief moet vragen om de andere optie wanneer een andere optie de voorkeur heeft.

5.2 Allocatieve doelmatigheid van de collectieve uitgaven

Naast het verbeteren van de randvoorwaarden voor doelmatigheid in de zorg kan de overheid ook de allocatieve doelmatigheid van collectieve uitgaven beïnvloeden. Zo kan de overheid maatregelen nemen om de totale uitgaven aan zorg te verhogen of te verlagen. Een voorbeeld is het aanpassen van het basispakket. De overheid kan het basispakket verkleinen of uitbreiden. Als de technische doelmatigheid van behandelingen goed te evalueren is, kunnen de behandelingen die het minst technisch doelmatig zijn als eerst uit het basispakket gehaald worden. Echter, allocatieve maatregelen kunnen ook een effect hebben op de technische doelmatigheid. Bijvoorbeeld, wanneer aanbieders de terugloop in inkomsten compenseren door meer verzekerde zorg te leveren, dan heeft dat een nadelig effect op technische doelmatigheid.

De overheid kan het aanpassen van allocatieve doelmatigheid ook aan de spelers op de markt overlaten, door bijvoorbeeld hogere bijdragen te vragen aan gebruikers, doelmatigheidskortingen op te leggen aan aanbieders, de hoogte van de verzekeringspremie te maximeren of via een macrobeheersinstrument. Deze maatregelen kunnen een effect op technische doelmatigheid hebben (zie tekstkader over "Doelmatigheid of herverdeling?")

Doelmatigheid of herverdeling?

Meer doelmatige zorg levert welvaartswinst op voor de samenleving. Doelmatigheid in de zorg is op meerdere manieren te vergroten. Bijvoorbeeld als verzekeraars scherper zorg inkopen als reactie op concurrentie waardoor de doelmatigheid toeneemt in de zorgsector. Bij een verbetering in doelmatigheid wordt de totale 'taart' groter en kan een individu (in principe) een 'groter stuk taart' ontvangen (in economische termen is dit is een Pareto efficiënte verbetering).

Meer concurrentie tussen verzekeraars kan ook leiden tot andere vormen van besparingen zoals lagere winstmarges bij verzekeraars of aanbieders. Lagere winstmarges zijn niet noodzakelijk een teken van meer doelmatigheid (lagere kosten tegen dezelfde kwaliteit zijn uiteraard wel een teken van doelmatigheid). Wanneer de lagere winstmarges niet prikkelen tot doelmatiger werken is het effect een herverdeling in plaats van een doelmatigheidswinst. Een lagere premie zonder een prikkel tot doelmatigheid bij de verzekeraar is bijvoorbeeld een herverdeling van verzekeraars naar verzekerden (verzekerden houden meer over en verzekeraars minder). De 'taart' is dus niet groter, maar is anders verdeeld.

Veel beleid in de zorg komt overeen met herverdeling. Het afromen van reserves is een herverdeling van de aanbieder of verzekeraar naar de consument, tenzij dit de aanbieder of verzekeraar prikkelt tot meer of minder doelmatig werken. Het macrobeheersingsinstrument is een voorbeeld van een instrument waarmee wordt herverdeeld van de aanbieders naar de consument. Ook een verlaging van de verzekeringspremie kan een herverdeling zijn als de lagere premies niet leiden tot meer of minder doelmatig werken door de verzekeraar. De lagere premie herverdeelt dan simpelweg de winst bij verzekeraars naar de consument.

Een vaak terugkerende vraag is of herverdelingsbeleid in de zorg ook de technische doelmatigheid beïnvloedt. Het afromen van reserves of het opleggen van maximumpremies kan de doelmatigheid vergroten maar ook verslechteren, als goed presterende aanbieders of verzekeraars minder over houden aan hun inspanningen. Het macrobeheersingsinstrument is bedoeld als belasting op productie, waardoor de prikkels voor productie afnemen. Of dit de technische doelmatig vergroot of verkleind hangt af van de (kosten)effectiviteit van de behandelingen die de zorgaanbieders niet langer uitvoeren. De individuele prikkel voor aanbieders om de productie te verminderen of te vergroten lijken echter gering bij het macrobeheersinstrument waardoor het instrument vooral een herverdelingsinstrument lijkt.

5.3 Instrumenten voor doelmatigheid

De overheid heeft verschillende instrumenten waarmee het de randvoorwaarden voor de zorg of de collectieve uitgaven kan beïnvloeden. Tabel 5.6 geeft een overzicht van de verschillende instrumenten en de marktfalens die met deze instrumenten kunnen worden aangepakt (sommige instrumenten zijn op meerdere marktfalens van toepassing).[29]

Tabel 5.6 Overheidsinstrumenten voor het stellen van de randvoorwaarden

Marktfalen	Randvoorwaarden	Instrument
Informatieproblemen	Transparantie kosten en zorgkwaliteit Prikkels tegen onder/overbehandeling	Openbaar maken kwaliteitsinformatie, vrijheid sturen van patiëntstromen, richtlijnen, capaciteitsregulering(a), prijsregulering(a), hoeveelheidsregulering(a), pakketbeheer(a), kwaliteitstoezicht, beloningssystematiek, splitsen indicatie en behandeling.
Moreel risico	Prikkels tegen overconsumptie Preventie van zorgvraag	Eigen betalingen, risicodragende zorgverzekeraars, regulering contracten (artsen in loondienst), langdurige verzekeringscontracten.
Risicoselectie	Voorkomen risicoselectie	Risicoverevening, beperken contractvrijheid.
Marktmacht	Transparantie kosten en zorgkwaliteit Voldoende keuzevrijheid patiënt/verzekerden Beperkte schaalgrootte Betwistbare aanbodmarkt/verzekeringsmarkt Balans in marktmacht tussen verzekeraars en aanbieders	Markttoezicht, versoepelen toetredingseisen, vrijheid sturen van patiëntstromen, openbaar maken kwaliteitsinformatie, macrobeheersingsinstrument(a), prijsregulering(a), hoeveelheidsregulering(a).
Beperkte rationaliteit	Patiënt/verzekerde in staat keuzes te maken	Openbaar maken kwaliteitsinformatie, pakketbeheer(a), e-health, reguleren polissen.

(a) instrumenten zijn ook toepasbaar voor bepalen niveau collectieve uitgaven.

Openbaar maken kwaliteitsinformatie

Het transparant en openbaar maken van kwaliteitsinformatie door de overheid vermindert informatieproblemen. Hierdoor kunnen gebruikers een betere overweging maken voor zorggebruik en kunnen aanbieders zich onderscheiden op kwaliteit. Het kan verzekeraars ook helpen bij het inkopen en het transparant maken van de inkoop van zorg. Het meten van kwaliteit is echter kostbaar, vooral omdat de kwaliteit van zorg niet eenduidig te definiëren is en niet alle facetten van kwaliteit even goed meetbaar zijn. Dit kan leiden tot een wildgroei aan gemakkelijk te construeren en minder goede kwaliteitsindicatoren, wat een negatief effect heeft op de vergelijkbaarheid van kwaliteit en de geloofwaardigheid van de indicatoren (zie ook Algemene Rekenkamer 2013). Het Kwaliteitsinstituut (Zorginstituut Nederland) richt zich op het verbeteren van de kwaliteit en kwaliteitsinformatie van de gezondheidszorg in Nederland.

Vrijheid sturen van patiëntstromen

Verzekeraars kunnen marktmacht van aanbieders beperken door patiënten sterker te sturen in hun keuze voor een aanbieder, bijvoorbeeld via selectieve contracten. Verzekeraars

[29] Zie ook Zorgkeuzes in Kaart (2015) voor een overzicht van instrumenten en maatregelen.

kunnen de aanbieders met een goede prijs-kwaliteit verhouding belonen met een hogere aanwas van patiënten. Dit stimuleert goede aanbieders in het transparant maken en verbeteren van kosten en kwaliteit. De overheid kan daarbij helpen door wet- en regelgeving aan te passen. Bijvoorbeeld, de overheid kan (binnen de Europees geldende regels) vastleggen in hoeverre de verzekeraar de aanbieder moet compenseren wanneer zijn verzekerde toch voor een niet-geselecteerde aanbieder kiest. Een andere beleidsoptie om het sturen van patiënten te stimuleren is dat de overheid toestaat dat verzekeraars geld uitkeren (vast bedrag of een korting op de eigen betalingen) wanneer verzekerden kiezen voor een door de verzekeraar geselecteerde zorgaanbieder.

Richtlijnen

Informatieproblemen kunnen leiden tot ineffectieve en lage kwaliteit zorg. Richtlijnen voor goede zorg kunnen dit voorkomen. Richtlijnen geven artsen meer sturing in hun wijze van behandelen en kunnen zo de kwaliteit en effectiviteit van zorg bevorderen (of minimale kwaliteit borgen). Nadeel van richtlijnen is dat de focus op richtlijnen kan leiden tot een situatie waarbij de richtlijn in plaats van de patiënt centraal staat. Daarnaast is het opstellen, onderhouden en up-to-date houden van richtlijnen kostbaar net als controleren of artsen zich wel houden aan de richtlijnen.[30] Interessante buitenlandse voorbeelden over hoe met richtlijnen om te gaan zijn het Engelse NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) en het Gemeinsamer Bundesausschuss in Duitsland.[31]

Capaciteitsregulering

De overheid kan de totale uitgaven aan zorg beperken door de input voor zorg te beperken. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld het beperken van innovaties (zoals apparatuur), het aantal opleidingsplaatsen voor specialisten of het aantal spoedeisende eerste hulp afdelingen. Capaciteitsregulering is niet zonder risico. Het beperken van input kan de ontwikkeling in doelmatigheid afremmen. Het niet toelaten van nieuwe technologie tot het basispakket kan gewenst zijn, maar wanneer dit nieuwe kosteneffectieve technologie betreft is het wellicht beter om andere behandelingen te schrappen uit het pakket. Een reductie van het aantal opleidingsplaatsen kan op termijn leiden tot meer marktmacht bij zittende specialisten, of langere wachtlijsten. Het beperken van de capaciteit door het sluiten van een aantal spoedeisende eerste hulp afdelingen bij ziekenhuizen tast ook de concurrentiepositie van die ziekenhuizen aan en versterkt die van andere ziekenhuizen.

Prijsregulering

De overheid kan via prijsregulering te hoge prijzen van zorg als gevolg van informatieproblemen of marktmacht proberen tegen te gaan. De overheid kan bijvoorbeeld (maximum) prijzen opleggen. Prijsregulering remt de zorguitgaven, maar het vinden van de doelmatige prijs voor een behandeling is lastig waardoor er allerlei ongewenste effecten

---

[30] Chandra et al. (2012) geven aan dat er in de VS voor de behandeling van borstpijn meer dan 7000 cardiologische richtlijnen zijn. Van alle richtlijnen is 48% gebaseerd op opinies, cases of verouderde standaarden. Voor eenvoudige kuchen bestaan meer dan 4000 richtlijnen, waarvan 55% gebaseerd op opinies en cases.
[31] Voor meer informatie over NICE zie: https://www.nice.org.uk/ en over Gemeinsamer Bundesausschuss zie: https://www.g-ba.de/.

kunnen optreden. Zo kan prijsregulering leiden tot een afname van de doelmatigheid omdat aanbieders alleen nog die goederen gaan produceren die voldoende winstgevend zijn.[32] Daarnaast remt het de investeringen in kostenreductie, omdat kostenreductie via het "ratchet"-effect vaak leidt tot neerwaartse aanpassingen in de prijs.[33]

Hoeveelheidsregulering

Naast de prijs kan de overheid ook de hoeveelheid zorg reguleren. Ook dit heeft een remmend effect op de uitgaven aan zorg. Net als bij prijsregulering is het lastig om de doelmatige hoeveelheid zorg op macro niveau te bepalen.[34] Daarnaast is het door informatieproblemen moeilijk om de nodige zorg en onnodige zorg te onderscheiden. Hoeveelheidsregulering remt mogelijk beide typen van zorg. In het geval van nodige zorg is dit ondoelmatig.

Pakketbeheer

De overheid bepaalt welke zorg onderdeel uitmaakt van het basispakket. Het beperken (of uitbreiden) van het verzekerde pakket heeft een belangrijk effect op de collectieve uitgaven aan zorg. De overheid kan, bij pakketbeheer, extra aandacht geven aan het uitsluiten van ondoelmatige zorg en het insluiten doelmatige, effectieve en noodzakelijke zorg. Door wettelijke eisen te stellen aan het pakket kan bijvoorbeeld risicoselectie worden tegengegaan (bijvoorbeeld als verzekeraars pakketten ontwerpen die alleen gezonde mensen aantrekken). Pakketbeheer kan ook normstellend zijn voor goede zorg. Dit verlaagt transactiekosten van gebruikers omdat ze zelf niet meer hoeven te bepalen wat goede zorg is. Het voorkomt ook onderverzekering, wanneer gebruikers hun kans op zorggebruik slecht kunnen schatten. De overheid kan pakketbeheer ook gebruiken om solidariteit tussen zieken en gezonden te bewerkstelligen.

Kwaliteitstoezicht

De overheid kan centraal kwaliteitseisen opleggen en de naleving van deze eisen controleren. Een centraal orgaan, zoals de inspectie van de gezondheidszorg (IGZ), heeft mogelijk betere informatie en capaciteiten voor het beoordelen van kwaliteit van behandelingen dan individuele gebruikers. Ook verzekeraars kunnen deze rol invullen. Nadeel van centraal kwaliteitstoezicht zijn de uitvoerings-, administratie en overheadkosten. Aan de andere kant kunnen verzekeraars verschillende kwaliteitseisen hanteren waardoor het voor zorgaanbieders onoverzichtelijk is aan welke kwaliteitseisen ze moeten voldoen.

---

[32] Een recent voorbeeld is de huisarts die geen spiraaltjes meer plaatst omdat de prijs te laag is, zie bijvoorbeeld http://www.volkskrant.nl/dossier-het-eeuwige-leven/huisartsen-dreigen-geen-spiraaltjes-meer-te-plaatsen~a3787438/ (11 november 2014).

[33] Charness et al. (2010) geven een voorbeeld waarbij arbeiders besluiten om minder hard te gaan werken omdat harder werken alleen maar leidt tot een hogere standaard voor de productie zonder dat het leidt tot hoger loon. Prijsregulering in de zorg kan er toe leiden dat aanbieders zich minder gaan inspannen voor doelmatige zorg omdat ze anticiperen dat de overheid de prijs dan ook naar beneden aanpast.

[34] In de jaren 1980-2000 kende Nederland een sterke aanbod- en hoeveelheidsregulering wat leidde tot wachtlijsten in de zorg (Douven et al. 2006).

Beloningssystematiek

Informatieproblemen kunnen leiden tot overbehandeling of opwaartse prijsdruk. De beloning van aanbieders is een belangrijk instrument waarmee overbehandeling of te hoge prijzen kunnen worden tegengegaan. Een eerste optie is het belonen van input. Dit vermindert de prikkel tot overbehandeling maar ook de prikkels voor doelmatig werken. Ten tweede kan er beloond worden op output. Dit geeft een prikkel tot het snel afronden van een behandeling maar stimuleert overbehandeling. Daarbij staat bij dit type beloning de voorkeur van de patiënt niet centraal. Als laatste kan beloond worden op uitkomsten. Hierbij staan de voorkeuren van de patiënt centraal en wordt het creëren van waarde gestimuleerd. Nadeel is dat het inzichtelijk maken van uitkomsten kostbaar is.[35]

Markttoezicht

Het toezien op een gelijk speelveld in de zorg is zowel op de zorgverleningsmarkt als op de zorgleveringsmarkt belangrijk. De Inspectie van de gezondheidszorg (IGZ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) houden toezicht op de zorg. De Autoriteit Consument en Markt (ACM) houdt toezicht op grond van de Mededingingswet. Toezicht is kostbaar en kan ook falen; toezichthouders moeten immers beslissingen nemen op basis van beperkte informatie.

Versoepelen toetredingseisen

Toetredingsbarrières zijn een bron van marktmacht. Het wegnemen van toetredingsbarrières door aanpassing van wet- en regelgeving stimuleert nieuwkomers om de markt te betreden en draagt bij aan het voorkomen van hoge concentratie van aanbieders of verzekeraars. Belangrijke afweging hierbij is dat toetredingseisen aan nieuwkomers wel de stabiliteit van de markt verhogen. Denk bijvoorbeeld aan de solvabiliteitseisen die aan verzekeraars gesteld worden.

Macrobeheersingsinstrument

Naast prijs, hoeveelheid en capaciteit regulering kan de overheid ook proberen om de zorguitgaven te reguleren. Een instrument dat momenteel actief is, is het macrobeheersinstrument. Met dit instrument wil de overheid de inkomsten van aanbieders in de zorg boven een bepaald plafond afromen en teruggeven aan verzekeraars. Het instrument is vooral een herverdelingsinstrument in de zin dat het de welvaart verdeelt tussen partijen en niet zozeer een instrument om de doelmatigheid te verbeteren (zie ook het tekstkader “Doelmatigheid of herverdeling”).

Eigen betalingen

Het invoeren van eigen betalingen voor de gebruikers van verzekerde zorg is een manier om moreel risico tegen te gaan. Door gebruikers te laten delen in de kosten van de gebruikte zorg nemen zij de kosten ook mee in hun overweging voor zorggebruik. Daarnaast loont ook preventie meer, het voorkomen van zorggebruik levert een besparing op in de eigen betaling. Een eigen bijdrage kan ook nadelige gevolgen hebben voor doelmatigheid, omdat gebruikers

[35] Zie Eijkenaar en Schut (2014) voor een overzicht van nieuwe beloningsmodellen van zorgaanbieders.

niet in staat zijn nodige van onnodige zorg te onderscheiden. Dit kan gebruik van nodige zorg remmen en leiden tot hogere kosten in de toekomst. Daarnaast kan de eigen bijdrage een negatief effect hebben op de toegankelijkheid van de zorg (zie Technische werkgroep Zorgkeuzes in Kaart 2015).

Risicodragende verzekeraars

Wanneer zorgverzekeraars geen risico lopen over de zorgkosten zullen ze zich ook niet inspannen om zorg doelmatig in te kopen. Voor zorgaanbieders ontbreekt dan een belangrijke 'countervailing power' wat kan leiden tot overconsumptie van zorg. In de afgelopen jaren heeft de overheid beleid gevoerd waarbij de zorgverzekeraars steeds meer verantwoordelijk worden voor de zorginkoop (Douven 2010). Een nadeel van meer financieel risico voor zorgverzekeraars is dat het risicoselectie aantrekkelijker maakt.

Beperken/verruimen contractvrijheden

De overheid kan via wetgeving bepalen welke contractvrijheden de spelers in de zorg hebben. De overheid kan contractvrijheden beperken om ondoelmatige zorg tegen te gaan, bijvoorbeeld door loondienst te verplichten voor alle medisch specialisten. Ook verruimen kan positieve effecten hebben, door spelers meer mogelijkheden te geven voor een doelmatige zorgverlening. Bijvoorbeeld, als de overheid toestaat dat verzekeraars meer geavanceerde contracten mogen aanbieden aan aanbieders.

Splitsen indicatie en behandeling

In ziekenhuizen stelt de behandelende medisch specialist de diagnose op terwijl in een deel van de langdurige zorg een onafhankelijke indicatiesteller de diagnose stelt. Door de diagnose en behandeling te splitsen heeft de diagnosticerende arts geen persoonlijk belang bij het indiceren. Een medisch specialist die zelf de diagnose stelt heeft enerzijds voordelen, omdat de arts zelf vaak beter kan inschatten wat de noodzaak van een behandeling is dan een derde partij. Anderzijds kan het ook resulteren in moreel risico. Wanneer het voor een arts aantrekkelijker is om meer of minder zorg aan de patiënt te verlenen kan dit zijn indicatiestelling beïnvloeden.

Langdurige verzekeringscontracten

Het toestaan van langdurige verzekeringscontracten biedt verzekeraars de mogelijkheid om investeringen in preventie terug te verdienen. Het stimuleren van preventie van zorggebruik onder verzekerden kan het ex-ante moreel risico verminderen. De kosten lopen bij preventie ver voor de baten uit, wat betekent dat verzekeraars de investering in preventie niet kunnen terugverdienen (via lagere zorguitgaven) binnen korte tijd. Een nadeel van een langere contractduur is dat het de mobiliteit van verzekerden verminderd wat de marktmacht van een verzekeraar versterkt.

e-Health

De overheid kan wettelijk regels opstellen die aanbieders stimuleren om meer e-health te gebruiken. Het toepassen van e-health geeft gebruikers de mogelijkheid om vaker de arts te consulteren over hun gezondheidstoestand en de ontwikkeling in gezondheidstoestand. Dit

stelt de consument in staat veranderingen te signaleren en meer kritische vragen te stellen aan de behandelaar. Daarnaast kan e-health complexe zorgtrajecten overzichtelijker maken voor patiënten of bijvoorbeeld helpen bij het stimuleren van therapietrouw.

Reguleren polissen

Eén manier om de keuze van verzekerde te verbeteren is door de wijze van aanbieden van verzekeringspolissen te reguleren. Een eerste mogelijkheid is om de keuzestructuur aan te passen. Door de keuze op een specifieke manier te presenteren worden verzekerden gestimuleerd (genudgd) tot het maken van de juiste keuze. Een andere manier is om de polissen zo te reguleren dat de voorgelegde keuze voor de verzekerde eenvoudiger is, wat het voor de verzekerde makkelijker maakt om de best passende verzekering te vinden.

Risicoverevening

Een systeem voor risicoverevening voor verzekeraars is een instrument om risicoselectie tegen te gaan. Een risicovereveningsysteem compenseert de verzekeraar voor het aannemen van verzekerden met een hoog risico op zorggebruik. Nadeel is dat risicoselectie kan optreden wanneer het systeem niet optimaal compenseert voor risico's. In de praktijk is bepalen van de risicolast van een verzekerde erg complex.

Literatuur

Algemene Rekenkamer, 2013, Indicatoren voor kwaliteit in de zorg.

Arrow, Kenneth J., 1963, Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, *American Economic Review,* vol. 53(5): 941-73.

Bakx, Pieter, Erik Schut en Eddy van Doorslaer, 2015, Can Universal Access and Competition in Long-term Care Insurance be Combined?, *International Journal of Health Economics and Management*, forthcoming.

Bhargava, Saurabh, George Loewenstein en Justin Sydnor, 2015, Do Individuals Make Sensible Health Insurance Decisions? Evidence from a Menu with Dominated Options, NBER Working Paper 21160.

Besseling, Paul, Wouter Elsenburg en Casper van Ewijk, 2011, Risicodragende uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars verhoogt de kosten, *Me Judice*, 22 mei 2011.

Bijlsma, Michiel en Marc Pomp, 2008, Kwaliteitstransparantie en concurrentie in de ziekenhuiszorg, CPB Document 164.

Blank, Jos. L.T., C.M. Haelermans, P.M. Koot en O. van Putten, 2008, Schaal en Zorg - Een inventariserend onderzoek naar de relatie tussen schaal, bereikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid in de zorg, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg/IPSE Studies.

Blank, Jos L.T., Adrie Dumaij en Bart van Hulst, 2011, Ziekenhuismiddelen in verband: Een empirisch onderzoek naar productiviteit en doelmatigheid in de Nederlandse ziekenhuizen 2003-2009, IPSE Studies.

Brock, J. Michelle, Andreas Lange en Kenneth L. Leonard, 2014, Generosity and Prosocial Behavior in Health Care Provision: Evidence from the Laboratory and Field, mimeo.

Chandra, Amitabh, David M. Cutler en Zirui Song, 2012, Who Ordered That? The Economics of Treatment Choices in Medical Care. In Mark V. Pauly, Thomas G. McGuire en Pedro P. Barros (Eds.), *Handbook of Health Economics,* Oxford: Elsevier.

Charness, Gary, Peter Kuhn, Marie-Claire Villeval, 2010, Competition and the Ratchet Effect, NBER Working Paper 16325.

CBS, 2013, Gezondheid en zorg in cijfers 2013.

CBS, 2014, Gezondheid en zorg in cijfers 2014.

Cutler, David M. en Dan P. Ly, 2011, The (Paper) Work of Medicine: Understanding International Medical Costs, *Journal of Economic Perspectives*, vol. 25(2): 3-25.

Cutler, David M. en Mark McClellan, 2001, Is Technological Change in Medicine Worth it?, *Health Affairs,* vol. 20(5): 11-29.

Davis, Karen, Cathy Schoen en Kristof Stremikis, 2010, Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally - 2010 Update, The Commonwealth Fund.

Davis, Karen, Kristof Stremikis, David Squires en Cathy Schoen, 2014, Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally - 2014 Update, The Commonwealth Fund.

Dutch Hospital Data, 2015, Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen 2013.

Douven, Rudy, Harm Lieverdink, Marco Ligthart en Ivan Vermeulen, 2007, Measuring Annual Price Elasticities in Dutch Health Insurance: A New Method, CPB Discussion Paper 90, Den Haag.

Douven, Rudy en Arno Meijer, 2008, Prijsvorming van generieke geneesmiddelen: forse prijsdalingen in nieuw zorgstelsel, CPB Document 175.

Douven, Rudy, 2010, Ex-postcorrectiemechanismen in de Zorgverzekeringswet: hoe nu verder?, CPB Document 212.

Douven, Rudy, Marco Ligthart, Hein Mannaerts en Isolde Woittiez, 2006, Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011, CPB Document 121.

Douven, Rudy en Casper van Ewijk, 2013, Curatieve Zorg. In Casper van Ewijk, Albert van der Horst en Paul Besseling (eds), *Toekomst voor de Zorg*, Centraal Planbureau.

Douven, Rudy, Minke Remmerswaal en Ilaria Mosca, 2015a, Unintended Effects of Reimbursement Schedules in Mental Health Care, *Journal of Health Economics*, forthcoming.

Douven, Rudy, Remco Mocking en Ilaria Mosca, 2015b, The Effect of Physician Fees and Density Differences on Regional Variation in Hospital Treatments, *International Journal of Health Economics and Management*, forthcoming.

Douven, Rudy, Robin Zoutenbier en Michiel Bijlsma, 2015c, Vijf aanknopingspunten voor doelmatigheid in de Zvw, CPB Policy Brief.

Drewes, Hanneke, Richard Heijink, Jeroen Struijs en Caroline Baan, 2014, Landelijke monitor populatiemanagement, RIVM Rapport 133001001/2014.

Duijmelinck, Danielle, Wynand van de Ven, Rene van Vliet en Richard van Kleef, 2013, Overstapgedrag en risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt, iBMG Rotterdam.

Dulleck, Uwe, Rudolf Kerschbamer en Matthias Sutter, 2011, The Economics of Credence Goods: An Experiment on the Role of Liability, Verifiability, Reputation, and Competition, *American Economic Review*, vol. 101(2): 526-55.

Eijkenaar, Frank en Erik Schut, 2014, Honorering van zorgaanbieders. In: *Economie van de gezondheidszorg*, in: E. Schut en M. Varkevisser (eds), Amsterdam: Reed Business Education.

Eijkenaar, Frank en Erik Schut, 2015, Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg, iBMG Rotterdam.

Emmons, Winand, 1996, Credence Goods and Fraudulent Experts, *Rand Journal of Economics,* vol. 28(1): 107-119.

Enthoven, A.C., 1978, Consumer-Choice Health Plan: A National-health-insurance Proposal Based on Regulated Competition in the Private Sector, *New England Journal of Medicine*, vol. 298(13): 709-20.

Enthoven, A.C., 1988a, Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Financing. In *Professor F. de Vries Lectures in Economics*, Amsterdam: North-Holland.

Enthoven, A.C., 1988b, Managed Competition of Alternative Delivery Systems, *Journal of Health Politics, Policy and Law,* vol. 13(2): 305-21.

Europese Commissie, 2015, Efficiency Estimates of Health Care Systems in the EU.

Ford, E.S., et al., 2007, Explaining the Decrease in U.S. Deaths from Coronary Disease: 1980-2000, *New England Journal of Medicine,* vol. 356(23): 2388-98.

Freijer, Felice, 2015, To Ease Use, Massachusetts Health Connector May Cap Plan Choices, The Boston Globe, 12 maart 2015.

Garber, Alan M. en Jonathan Skinner, 2008, Is American Health Care Uniquely Inefficient? *Journal of Economic Perspectives*, vol. 22(4): 27-50.

Grossman, Michael, 1972, *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation,* NBER Books.

Hadad, Sharon, Yossi Hadad en Tzahit Simon-Tuval, 2013, Determinants of Healthcare System's Efficiency in OECD Countries, *European Journal of Health Economics*, vol. 14: 253-65.

Halpern, Scott D. et al., 2013, Default Options in Advance Directives Influence How Patients Set Goals for End-of-life Care, *Health Affairs*, vol. 32(2): 408-17.

Hancock, Ruth, Raphael Wittenberg, Bo Hu, Marcello Morciano en Adelina Comas-Herrera, 2013, Long-term Care Funding in England: An Analysis of the Costs and Distributional Effects of Potential Reforms, PSSRU Discussion Paper 2857.

Henderson, James W., 2005, *Health Economics & Policy*, Thomson.

Himmelstein, David U., Miraya Jun, Reinhard Busse, Karine Chevreul, Alexander Geissler, Patrick Jeurissen, Sarah Thomson, Marie-Amelie Vinet en Steffie Woolhandler, 2014, A Comparison of Hospital Administrative Costs in Eight Nations: US Costs Exceed All Others By Far, *Health Affairs,* vol. 33(9): 1586-94.

Hollingsworth, Bruce, 2003, Non-Parametric and Parametric Applications Measuring Efficiency in Health Care, *Health Care Management Science,* vol. 6(4): 203-18.

Hollingsworth, Bruce, 2008, The Measurement of Efficiency and Productivity if Health Care Delivery, *Health Economics,* vol. 17(10): 1107-28.

International Federation of Health Plans, 2012, IFHP 2012 Comparative Price Report.

International Federation of Health Plans, 2013, IFHP 2013 Comparative Price Report.

Journard, Isabelle, Christophe André en Chantal Nicq, 2010, Health Care Systems: Efficiency and Institutions, OECD Working Paper 769.

Kemp, Ron, Nikki Kersten en Astrid M. Severijnen, 2012, Price Effects of Dutch Hospital Mergers: An Ex-post Assessment of Hip Surgery, *De Economist,* vol. 160(3): 237-255.

King, J.S. en B.W. Moulton, 2006, Rethinking Informed Consent: the Case for Shared Medical Decision Making, *American Journal of Law and Medicine*, vol. 32(4): 429-501.

Mackenbach, J.P., 2010, *Ziekte in Nederland*, Elsevier: Amsterdam.

Mackenbach, J.P., L. Slobbe, C.W.N. Looman, A. van der Heide, J. Polder en J. Garssen, 2011, Sharp Upturn of Life Expectancy in the Netherlands: Effect of More Health Care for the Elderly?, *European Journal of Epidemiology*, vol. 26: 903–914.

Madrian, Brigitte C., 2014, Applying Insights from Behavioral Economics to Policy Design, *Annual Review of Economics*, vol. 6: 663-88.

Mas-Colell, Andreu, Michael D. Whinston en Jerry R. Green, 1995, *Microeconomic Theory*, NY: New York, Oxford University Press.

McLellan, Mark, James Kent, Stephen J. Beatles, Samuel I.A. Cohen, Michael Macdonnell, Andrea Thoumi, Mariam Abdulmalik en Ara Darzi, 2014, Accountable Care Around The World: A Framework To Guide Reform Strategies, *Health Affairs,* vol. 9: 1507-15.

Mello, M.M., A. Chandra, A.A. Gawande en D.M. Studdert, 2010, National Costs of the Medical Liability System, *Health Affairs*, vol. 29(9): 1569-77.

Mot, Esther, 2013, Het zorgstelsel in internationaal perspectief. In Casper van Ewijk, Albert van der Horst en Paul Besseling (Eds.), *Toekomst voor de Zorg*, Centraal Planbureau.

Mushkin, Selma J., 1962, Health as an Investment, *Journal of Political Economy*, vol. 70(5): 129-57.

National Research Council and Institute of Medicine, 2013, *U.S. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health*, Washington, DC: The National Academies Press.

Newhouse, Joseph P., 1992, Medicare Care Costs: How Much Welfare Loss?, *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6(3): 3-21.

Newhouse, Joseph P., 1993, *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

NZA, 2012a, Monitor toetredingsdrempels zorgverzekeringsmarkt: Onderzoek naar belemmeringen voor toetreding en de positie van kleine zorgverzekeraars.

NZA, 2012b, Marktscan en beleidsbrief huisartsenzorg 2012.

NZA. 2013, Marktscan en beleidsbrief zorgverzekeringsmarkt 2013.

NZA 2014a, Stand van de zorgmarkten 2014.

NZA, 2014b, Marktscan en beleidsbrief zorgverzekeringsmarkt 2014.

NZA, 2014c, Marktscan en beleidsbrief medisch specialistische zorg 2014.

NZA, 2014d, Monitor en beleidsbrief transparantie voor consumenten 2014.

OECD, 2006, Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper, OECD Health Working Paper 23.

OECD, 2013, Health at a Glance, OECD indicators.

OECD, 2014, Health Statistics 2014, versie 30 juni 2014.

Peacock, Stuart, Chris Chan, Melvino Mangolini en Dale Johansen, 2001, Techniques for Measuring Efficiency in Health Services, Productivity Commission Staff Working Paper, July.

Porter, Michael E., Jens Deerberg-Wittram en Clifford Marks, 2014, Martini Klinik: Prostate Cancer Care, Harvard Business Case.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004, Gepaste Zorg: Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van VWS.

Remmerswaal, Minke, Rudy Douven en Paul Besseling, 2015, Toelichting op de effecten van eigen betalingen in de zorg, CPB Achtergronddocument.

RIVM, 2014, Zorgbalans 2014: De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg.

Ruwaard, Suzanne, en Rudy Douven, 2014, Quality and Hospital Choice for Cataract Treatments: The Winner Takes Most, CPB Discussion Paper 272.

Ruwaard, Suzanne, Rudy Douven, Jeroen Struijs en Johan Polder, 2014, Hoe kopen zorgverzekeraars in bij ziekenhuizen, *TPEdigitaal*, vol. 8(2): 98-117.

Ruwaard, Suzanne, Jeroen Struijs, Rudy Douven en Johan Polder, 2015, Innovatieve contracten Amerika prikkelen tot kwaliteit en kostenbeheersing: leren van zorgbrede bekostiging 'a la VS, *Medisch Contact,* vol. 13: 628-631

Schoen, Cathy, Robin Osborn, Michelle M. Doty, Meghan Bishop, Jordon Peugh en Nandita Murukutla, 2007, Toward Higher-Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences in Seven Countries, *Health Affairs*, vol. 26(6): 717-34.

Stevenson, David G., Marc A. Cohen, Eileen J. Tell en Brian Burwell, 2010, The Complementarity of Public And Private Long-Term Care Coverage, *Health Affairs,* vol. 29(1): 96-101.

Schwartz, Aaron, Bruce Landon, Adam Elshaug, Michael Chernew en J. Michael McWilliams, 2014, Measuring Low-value Care in Medicare, *JAMA Internal Medicine,* vol. 174(7): 1067-76.

Technische werkgroep Zorgkeuzes in Kaart, 2015, Zorgkeuzes in Kaart: Analyse van beleidsopties voor de zorg van tien politieke partijen.

Van Baal, Pieter, Parida Obulqasim, Werner Brouwer, Wilma Nusselder en Johan Mackenbach, 2013, The Influence of Health Care Spending on Life Expectancy, Netspar Panel Paper 35.

Van de Ven, Wynand en Erik Schut, 2012, Gereguleerde concurrentie: de onvoltooide agenda. In Erik Schut en Marco Varkevisser (Eds.), *Een economisch gezonde gezondheidszorg*, Den Haag: Sdu uitgevers.
Van der Geest, Stephanie en Marco Varkevisser, Zorgconsumenten en kwaliteitsinformatie, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 97(4631): 174-175.

Van der Horst, Albert en Jasper de Jong, 2013, Leefstijl en preventie. In Casper van Ewijk, Albert van der Horst en Paul Besseling (Eds.), *Toekomst voor de Zorg*, Centraal Planbureau.

Van Kleef, Richard, Erik Schut en Wynand van de Ven, 2014, Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening, Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?, iBMG Rotterdam.

Varkevisser, Marco en Erik Schut, 2014, Marktordening in de gezondheidszorg. In Schut, Erik en Marco Varkevisser (Eds.), *Economie van de gezondheidszorg,* Amsterdam: Reed Business Education.

VWS, 2014, Kamerbrief over onderzoek risicoverevening, Brief van minister Schippers (VWS) aan de Tweede Kamer over vier rapporten op het gebied van de risicoverevening die zijn uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Wolter, P.J. en C.J. Lako, 2012, Hoe kiezen patiënten een ziekenhuis?, *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, vol. 90(1): 45-50.

Zweifel, Peter, Friedrich Breyer en Mathias Kifmann, 2009, *Health Economics*, Oxford University Press.

ZonMw, 2009, Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag.

Dit is een uitgave van:

Centraal Planbureau
Van Stolkweg 14
Postbus 80510 | 2508 GM Den Haag
T (070) 3383 380

info@cpb.nl | www.cpb.nl

Juni 2015