

Datum : 15 september 2009  
Aan : Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

## Houdbaarheidsmaatregelen curatieve zorg

### Samenvatting

*De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het Centraal Planbureau gevraagd een pakket structuurversterkende maatregelen voor de curatieve zorg te analyseren. Ze vormen de nadere uitwerking van het houdbaarheidspakket zorg dat werd aangekondigd in het aanvullend beleidsakkoord van 25 maart 2009. De maatregelen beogen de doelmatigheid in de zorg te verhogen en daarmee de houdbaarheid van de overheidsfinanciën te verbeteren.*

*Het gaat om vijf maatregelen (zie tabel 1). VWS zelf verwacht van de maatregelen een kostenbesparing van 1,0 mld euro in 2018. Dat wil zeggen dat de kosten voor de gezondheidszorg in 2018 1,0 mld euro lager uit zullen komen als deze maatregelen wel genomen worden, in vergelijking met een tijdpad waarin deze maatregelen niet genomen worden. In deze notitie gaat het CPB na of dat plausibel is.*

*Een definitieve beoordeling is niet te maken, aangezien sommige maatregelen nog nader geconcretiseerd moet worden, terwijl andere nog voorwaardelijk zijn. Bovendien gaat het om systeemwijzigingen. Het effect daarvan op de kosten is notoir moeilijk aan te geven. De literatuur van de gezondheidseconomie geeft op dit punt ook weinig empirisch houvast. Tenslotte moeten we bij elke verandering rekening houden met kinderziekten die doorgaans geld kosten. Om al deze redenen zal het CPB zich beperken tot een globale beoordeling van het budgettaire effect.*

*De uitbreiding van het B-segment en het versoepelen van de budgettering in het A-segment (behoudens het A0-segment met acute zorg en de academische component) biedt ziekenhuizen, medisch specialisten en zorgverzekeraars veel ruimte om een gedifferentieerd aanbod van kwalitatief goede zorg te leveren. Het effect op de kwaliteit van zorg is positief (zie de CPB-scores in tabel 1). De conclusie dat het versoepelen van de budgettering ook kostenbesparend*

*zou werken ligt niet voor de hand. In beginsel kan men juist met een strakke budgettering de kostenniveaus laag houden, althans als men bereid is wachtlijsten en ander ongerief op de koop toe te nemen. De eerste ervaringen met het B-segment wijzen ook niet op een gematigde ontwikkeling van het totaal van de uitgaven. Wel moet gezegd worden dat de interpretatie van de data door alle wijzigingen die zijn opgetreden, erg moeilijk is.*

*Er bestaat brede consensus dat een geïntegreerde aanpak van de zorg voor vier niet-complexe chronische aandoeningen (diabetes, COPD, hartfalen en CVR) de kwaliteit van zorg voor betrokkenen sterk verbetert. Er zijn wel twijfels of het verplicht voorschrijven van keten-DBC's wel zo nodig is om dit doel te bereiken. Er zijn immers al veel positieve ontwikkelingen gaande op dit vlak. Het tijdelijk voortzetten van de financiering van de huidige experimenten is wellicht effectiever. Gezien ook de ervaring in Duitsland zijn er serieuze twijfels of de voorgestelde maatregel überhaupt kostenbesparend zal zijn. Meer fundamenteel kan men de vraag stellen of de weg die hiermee wordt ingeslagen richting prestatiebekostiging wel de juiste richting is voor de eerstelijnszorg. Zou een vergoeding per verzekerde ('fundholding') niet beter zijn dan een vergoeding per aandoening?*

*Het voorstel om in het kader van nieuwe rechtsvorm van de Maatschappelijke Onderneming privaat kapitaal toe te staan in de ziekenhuissector heeft vanwege de eraan verbonden beperkingen op het vlak van zeggenschap materieel weinig of geen betekenis voor de algemene ziekenhuizen. Zij zullen in praktijk nog steeds nagenoeg geen privaat kapitaal aan kunnen trekken. Voor de zelfstandige behandelcentra wordt het in praktijk een stuk moeilijker dan nu om privaat kapitaal aan te trekken. Het wordt moeilijker om een nieuwe kliniek op te zetten. Dat verhoogt de druk op de overheid om bestaande slecht functionerende eenheden te 'redden'.*

*De versterking van de positie van de raad van bestuur van ziekenhuizen ten opzichte van de medisch specialisten en andere betrokkenen kan vergaande consequenties hebben voor de ordening van de ziekenhuiszorg. Een meer gestroomlijnde ziekenhuisorganisatie heeft waarschijnlijk een positief effect op de kwaliteit van de geleverde zorg. Of het ook kostenbesparend werkt is niet helemaal zeker. Het bestrijden van verspilling langs deze weg, zonder externe druk van bijvoorbeeld private kapitaalverschaffers, brengt ook kosten met zich mee.*

*Als men kiest voor een stelsel waarin zorgverzekeraars een centrale rol spelen dan is het van cruciaal belang dat juist ook die verzekeraars de juiste prikkels krijgen. Dit vereist vergroting van hun risicodragendheid. Weliswaar zullen de verzekeraars een grotere solvabiliteitsbuffer aan moeten houden, maar op termijn betaalt het zich uit in de vorm van een grotere efficiëntie in de zorg. De mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om een doelmatige zorgverlening af te dwingen moeten niet te hoog ingeschat worden, vooral omdat veel verzekerden weinig voelen voor 'gestuurde zorg'. Daarom moeten de beperkte mogelijkheden die er zijn ten volle benut worden. De ervaring leert dat er wel degelijk mogelijkheden zijn.*

**Tabel 1** Effect van de maatregelen op de kwaliteit en op de kosten van zorg

Maatregel	Inschatting VWS	Inschatting CPB	
	Besparing op kosten (mld euro in 2018)	Besparing op kosten <sup>a)</sup>	Effect op kwaliteit
Prestatiebekostiging ziekenhuizen (uitbreiding B-segment, aanpassing A-segment)	0,4	-/0	+
Prestatiebekostiging eerstelijnszorg (keten-DBC's vier chronische aandoeningen)	0,4	-/+	+
Aantrekken van privaat kapitaal (maatschappelijke onderneming)	pm	0	0
Ordering medisch specialistische zorg (governance)	0,2	0/+	0/+
Vergroting risicodragendheid verzekeraars	pm	+	-/0

<sup>a)</sup> + betekent besparing op kosten

*Als het pakket de door VWS verwachte besparing van 1,0 mld euro genereert zal het houdbaarheidstekort met 0,16% BBP verbeteren. Maar alles overziend is het waarschijnlijker dat de besparing kleiner is dan 1 mld euro. Daar staat tegenover dat er goede redenen zijn om aan te nemen dat de maatregelen ruimte scheppen voor betere, op de behoefte van patiënten toegesneden zorg.*

# 1 Inleiding

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in een brief van 10 juli 2009 het Centraal Planbureau gevraagd een pakket structuurversterkende maatregelen voor de curatieve zorg te analyseren. De minister vraagt het CPB concreet “om de individuele voorstellen die ik u met deze brief doe toekomen kritisch te beschouwen en aan te geven of, en zo ja in welke mate, deze maatregelen in samenhang bij kunnen dragen aan kostenbeheersing in de zorg in het algemeen, in hoeverre ze op (middel)lange termijn budgettaire gevolgen kunnen hebben ten opzichte van ongewijzigd beleid en hoe de collectieve uitgaven in termen van houdbaarheid door deze maatregelen worden beïnvloed.”

De maatregelen beogen de kosten van de zorg te beperken zonder het verzekerde pakket in te krimpen en zonder de eigen betalingen van verzekerden te verhogen. De doelmatigheidsprikkels voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden versterkt onder gelijktijdige terugdringing van de budgettering van ziekenhuizen.

De maatregelen behelzen allereerst een aanpassing van de bekostiging van de tweedelijnszorg en van de manier waarop ziekenhuizen georganiseerd zijn. Het gaat daarbij om de mogelijkheid om privaat kapitaal aan te trekken onder de rechtsvorm van de maatschappelijke onderneming en om vergroting van de bevoegdheden van de Raad van Bestuur in de relatie met de medisch specialisten en andere betrokkenen. Verder gaat het om aanpassing van de bekostiging van de eerstelijnszorg, in eerste aanleg de behandeling van vier niet-complexe chronische aandoeningen. Tenslotte stelt de minister voor de risicodragendheid van verzekeraars te vergroten.

Het ministerie schat in dat het pakket van maatregelen, in samenhang, de kosten reduceert met 1,0 mld euro in 2018 (zie tabel 1). Dat wil zeggen dat de kosten voor de gezondheidszorg in het jaar 2018 1,0 mld euro lager uit zullen komen indien de maatregelen wel worden genomen, in vergelijking met een tijdpad waarin deze maatregelen in het geheel niet worden genomen.

Voorafgaand aan de bespreking van de afzonderlijke voorstellen is het nodig om een voorbehoud te maken bij de inschatting van de financiële effecten in 2018. Een deel van de maatregelen is nog voorwaardelijk is, namelijk afhankelijk van de uitkomsten van lopend onderzoek. Strikt genomen kunnen ze daarom niet beoordeeld worden, omdat niet zeker is of ze wel uitgevoerd kunnen worden. Enkele maatregelen zijn op cruciale punten ook nog niet zijn geconcretiseerd. Verder blijkt dat een deel van de maatregelen, zoals afschaffing van de functionele bekostiging van ziekenhuizen en vergroting van de risicodragendheid van verzekeraars, feitelijk een uitwerking is van het Coalitie Akkoord. Het is dus niet allemaal ‘nieuw beleid’. Merk verder op dat besparingsmogelijkheden afhankelijk zijn van de

ontwikkelingen in de zorg zonder uitvoering van deze maatregelen. Hoe doelmatig of ondoelmatig is de zorg in 2018? Daar hebben we vooralsnog geen goed beeld van. Zelfs over de vraag hoe doelmatig de zorgverlening anno 2009 is lopen de meningen uiteen. Dit maakt het moeilijk, zo niet onmogelijk, om een precieze uitspraak te doen over het financiële effect in 2018.

Daar komt bij dat het maatregelen zijn die de governance structuur van de sector veranderen. We moeten constateren dat in de economische literatuur weinig empirische vergelijkende studies beschikbaar zijn om het kwantitatieve effect van structuurmaatregelen zoals deze in te kunnen schatten. Een laatste complicatie is dat niet altijd op voorhand duidelijk is of de eventuele doelmatigheidswinst zich zal vertalen in lagere kosten of in hogere kwaliteit. We zullen ons daarom bij de bespreking van de afzonderlijke maatregelen beperken tot een plausibiliteitstoets op de raming van VWS.

In de volgende vijf paragrafen worden de afzonderlijke voorstellen kritisch beoordeeld. We hanteren daarbij het theoretische kader van eerdere analyses.<sup>1</sup> Hoewel de aandacht primair uitgaat naar het effect op de doelmatigheid wordt waar nodig gewezen op eventuele gevolgen voor de toegankelijkheid en selectie. Bij elke maatregel wordt gekeken hoe plausibel de inschatting van het financiële effect door VWS is. In de slotparagraaf gaan we in op het effect van de maatregelen op het houdbaarheidstekort. De samenvatting van de analyse staat voorin deze notitie.

## **2 Prestatiebekostiging ziekenhuizen (uitbreiding B-segment, afschaffen functionele bekostiging)**

### **De maatregel**

Bij de introductie van het nieuwe zorgstelsel is wat betreft aanpassingen van de ziekenhuiszorg gekozen voor een stapsgewijze aanpak. De minister stelt nu voor om een volgende belangrijke stap te zetten, door het B-segment uit te breiden van 34% naar 50% (en op termijn mogelijk naar 70%) en door de prijsregulering in het A-segment te vervangen door een systeem van maximumprijzen.<sup>2</sup>

Feitelijk betekent het dat verzekeraars en ziekenhuizen over 50% van de totale ziekenhuiskosten van circa 15 mld euro vrij zullen onderhandelen over prijs, volume en kwaliteit, het nieuwe B-segment. Over 40% van de ziekenhuiskosten kunnen ze ook onderhandelen, maar wel onder de voorwaarde van gereguleerde maximumprijzen. Deze voorstellen zijn deels een nadere uitwerking van afspraken die gemaakt zijn in het Coalitie

<sup>1</sup> CPB, 2003, *Zorg voor concurrentie; een analyse van het nieuwe zorgstelsel*, CPB Document 28.

<sup>2</sup> Behoudens het zogeheten A0-segment, bestaande uit de academische component van zorg, acute zorg en trauma zorg, welke 10% van de ziekenhuiskosten beslaat.

Akkoord, maar deels gaan ze ook verder dan dat. Zo was in het Coalitie Akkoord nog sprake van de introductie van maatstafconcurrentie in het A-segment. Of de huidige voorstellen werkelijk ingediend gaan worden, hangt overigens nog af van de uitkomsten van een evaluatie van de ervaringen tot nu toe door de NZa

### **De ontwikkelingen tot nu toe**

Onder het regime van de Zorgverzekeringswet wordt de lump sum bekostiging van ziekenhuizen geleidelijk vervangen door bekostiging op basis van DBC's. De budgettering van een deel van de behandelingen, het zogeheten B-segment, is los gelaten om plaats te maken voor vrije onderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars over prijs en volume van de DBC's. In het A-segment werd een systeem van gereguleerde prijzen van kracht. De aangekondigde evaluatie van deze veranderingen is zeer welkom, want ook al is wel duidelijk dat de effecten aanmerkelijk zijn, toch bestaat er nog veel verschil van inzicht over richting en de precieze omvang.

Een eerste inzicht van de verandering is dat de structuur van de sector is veranderd. Aan de ene kant zijn diverse ziekenhuizen gaan samenwerken, anderzijds hebben zich zelfstandige behandel centra (ZBC) afgesplitst die zich richten op minder complexe behandelingen.

Verder bleek het ontworpen DBC-systeem in praktijk te ingewikkeld. Er wordt nu gewerkt aan een minder fijnmazig systeem (DOT). Hoe dit nieuwe systeem in de praktijk zal uitpakken is moeilijk te zeggen. In het algemeen geldt dat een grovere indeling de administratieve rompslomp beperkt en de doelmatigheidsprikkel versterkt, maar de kans vergroot dat ziekenhuizen/specialisten gaan beknibbelen op dure behandelingen (CPB, 2003, p. 191). Of dat bij introductie van DOT ook zal gebeuren is nu nog moeilijk te zeggen.

De eerste ervaringen met onderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen laten zien dat de onderhandelingen vooral over de prijzen van DBC's gaan. Er zijn nog geen tekenen dat de verzekeraars proberen de volumegroei af te remmen, iets wat wel nodig zou zijn om tot een beheerste groei van de totale uitgaven te komen. Zo wordt wel geopperd dat verzekeraars met degressieve tarieven zouden kunnen werken, maar voor zover bekend wordt dat nog niet toegepast.<sup>3</sup>

De verwachting is dat prijsonderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen ook in de toekomst zullen plaatsvinden, waardoor de prijsstijgingen wellicht beperkt zullen blijven. De hoge inkomens van Nederlandse specialisten lijken er ook op te wijzen dat er nog ruimte is voor verzekeraars om lagere prijsniveaus uit te onderhandelen. In het A-segment zou de overheid lagere inkomens van specialisten af kunnen dwingen via de gereguleerde maximumprijzen, in

<sup>3</sup> Zie bijvoorbeeld RVZ, 2008, *Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg*.

het B-segment zal het een en ander gestalte moeten krijgen via lagere DBC-prijzen als resultaat van de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

Uit de beschikbare data is niet op te maken of vrije onderhandelingen inderdaad tot lagere prijs(stijgingen) leiden, en zo ja met hoeveel. VWS meent op basis van NZa berekeningen dat de prijsontwikkeling in het B-segment de afgelopen jaren achter is gebleven bij die in het A-segment.<sup>4</sup> De geraamde besparing van 0,4 mld euro voor deze maatregel is daarop gebaseerd. In de betreffende tabel vergelijkt de NZa echter de ontwikkeling van inputprijzen (zoals lonen per medewerker) voor het A-segment met outputprijzen (prijs per DBC) voor het B-segment (NZa, 2009, p. 70). Dat is geen correcte vergelijking. Daarvoor zou men een en hetzelfde prijsbegrip voor beide segmenten moeten hanteren.

Om dit soort definitieproblemen te omzeilen kan men beter de ontwikkeling van de totale uitgavenniveaus met elkaar vergelijken. Volgens opgave van de NZa was over de jaren 2005 tot 2007 de groei gemiddeld 6% per jaar voor het B-segment en 5% voor het A-segment (NZa, 2009, p. 67). Volgens deze cijfers stegen de totale kosten in het B-segment dus sneller dan in het A-segment. Echter, ook aan deze cijfers kan men geen al te vergaande conclusies verbinden gezien registratieproblemen en tijdelijke ontwikkelingen zoals het wegwerken van wachtlijsten.

Men kan zich ook afvragen of de ontwikkeling in het A-segment wel de juiste basis is om de ontwikkeling in het B-segment te toetsen. Het zou kunnen dat de opwaartse druk van demografische en medisch-technologische trends voor de complexe behandelingen in het A-segment (denk aan cardiovasculair en transplantatiegeneeskunde) groter is dan voor de niet-complexe behandelingen in het B-segment (denk aan amandelen knippen)

Kwaliteit in de zorg kent meerdere dimensies. Een toename in het aantal behandelingen zal de kwaliteit verhogen omdat het de wachtlijsten doet afnemen en de toegankelijkheid bevordert. Ook wanneer het een toename van minder kosteneffectieve behandelingen betreft, dan kan dat toch kwaliteitsverhogend uitpakken voor de consument. De eerste indruk van het nieuwe zorgstelsel met betrekking tot kwaliteit en toegankelijkheid zijn goed (NZa, 2009). In de onderhandelingen met ziekenhuizen blijken zorgverzekeraars ook al te sturen op kwaliteit.

Zoals wel vaker met transitie naar een nieuw systeem trad ook bij de overgang van lump sum bekostiging op DBC-bekostiging een (tijdelijke) kostenoverschrijding op. Achteraf bleken de gekozen parameters voor vaststelling van de DBC-prijzen in het A-segment volstrekt verkeerd gekozen. Bij de overgang naar het nieuwe systeem (DOT) kan zo iets weer gebeuren. Deze omzetting kan ook indirect kosten met zich meebrengen omdat het nieuwe onzekerheden bij

<sup>4</sup> NZa, 2009, Monitor ziekenhuiszorg 2009.

marktpartijen introduceert. Het gaat hier om tijdelijke effecten, op het structurele niveau van uitgaven hoeft het geen effect te hebben.

### **Effect van de voorgenomen maatregelen op de kosten**

VWS verwacht dat door de maatregel de prijsstijgingen de komende 8 jaar gematigd worden. Voor het deel van de ziekenhuiszorg waarvoor geheel vrije onderhandelingen gaan gelden, verwacht men een prijsmatiging met 1% per jaar, voor het deel dat onderhevig zal zijn aan maximum tarieven een matiging met 0,45% per jaar. Samen is dat een matiging met 0,05 mld euro per jaar, hetgeen cumuleert tot 0,4 mld in 2018.

Het zou inderdaad kunnen dat uitbreiding van het B-segment en het loslaten van de vaste prijzen in het A-segment de prijzen per behandeling onder druk zetten, ook al zijn de data waarop VWS deze berekeningen baseert niet goed vergelijkbaar. Daartegenover staat een opwaarts effect op het volume zodat de kans groot is dat het totaal van de uitgaven hoger uitkomt.

Overigens is het voor een beoordeling van de recente ontwikkelingen in het B-segment niet juist om de ontwikkeling in het A-segment als maatstaf te nemen, zolang niet duidelijk is hoe demografische en medisch-technologische ontwikkelingen invloed hebben op elk van de twee.

Uitbreiding van het B-segment impliceert automatisch ook een grotere risicodragendheid voor de verzekeraars. De mate van risicodragendheid bij uitbreiding van het B-segment neemt echter slechts licht toe (wanneer we als maat het individuele kosteneffect uit paragraaf 6 gebruiken). Een beduidende vergroting van de risicodragendheid treedt pas op als de ex-post correcties in beide segmenten worden afgebouwd. Het effect daarvan wordt in paragraaf 6 besproken.

Los van al deze becijfering kan men zich afvragen welk regime het meest geschikt zou zijn *als men enkel en alleen uit zou zijn op kostenbeheersing*. Zou men, als het alleen zou gaan om kostenbeheersing, niet beter vast kunnen houden aan een vorm van budgettering? Peter Smith (2008) stelt dat budgettering wel degelijk ook prikkels geeft voor kostenbeheersing en daarnaast de mogelijkheid biedt om strak vast te houden aan een vooraf afgesproken uitgavenplafond. Prestatiebekostiging prikkelt tot kostenverlaging per behandeling, maar ook tot toename van het aantal behandelingen.<sup>5</sup> Farrar et al (2009) constateren dat overstap van lump sum bekostiging op bekostiging per DBC (met vaste prijzen) gunstig bleek te zijn voor de verkorting van de ligduur, maar ook dat er “some evidence” is dat het aantal behandelingen toenam.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Zie Peter Smith, 2008, *Can market-type mechanisms lead to more rational health care resource use?*, EC/OECD conference on Improving health-system efficiency: achieving better value for money, Brussel, september 2008.

<sup>6</sup> Farrar, Yi, Sutton, Chalkley, Sussex and Scott, 2009, *Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? difference-in-difference analysis*, www.bmj.com.



Vanwege maatschappelijke ontwikkelingen is het wellicht noodzakelijk om uit te zien naar andere mechanismen om de kosten te beheersen, bijvoorbeeld langs de lijnen die de minister nu schetst. Maar dat het ook zou leiden tot *lagere* kosten dan onder een regime met meer budgetdiscipline ligt niet voor de hand.

De eerste ervaringen met het B-segment laten ook zien dat de dynamiek in de ziekenhuissector toeneemt, wat in het algemeen gunstig is voor de verzekerden: meer keuzemogelijkheden, zorg die beter aansluit bij de behoeften en kortere wachttijden. Niet alleen de relatief sterke stijging van het volume, ook deze grotere dynamiek impliceert een hogere kwaliteit van zorg.

### **3 Prestatiebekostiging eerstelijnszorg (keten-DBC's chronische aandoeningen)**

#### **De maatregel**

De minister stelt voor om 'keten-DBC's' in te voeren voor vier niet-complexe chronische aandoeningen: diabetes, COPD, hartfalen en CVR. Het betekent dat een hoofdcontractant de regie over de te leveren zorg volgens de zorgstandaard voor de betreffende aandoening op zich neemt. De hoofdcontractant ontvangt het gehele bedrag voor de DBC en contracteert vervolgens waar nodig de overige zorgverleners, zoals medisch specialisten, fysiotherapeuten, diëtisten, enz.

Volgens het voorstel kunnen ook anderen dan huisartsen optreden als hoofdcontractant, denk bijvoorbeeld aan gespecialiseerde diabetesklinieken. In 2010 en 2011 zal deelname nog facultatief zijn, daarna niet meer. Op termijn zouden ook voor andere aandoeningen zoals depressie keten-DBC's in het leven geroepen kunnen worden.

Overigens schrijft de minister in een brief aan de Tweede Kamer dat hij voornemens is om voor de gehele eerstelijnszorg over te stappen naar een systeem van "loon naar prestatie".<sup>7</sup> Dat is een veelomvattend proces dat nog niet erg concreet is uitgewerkt. In de vraag die aan het CPB is voorgelegd wordt alleen gerept over de introductie van keten-DBC's. Daarom gaan wij in onderhavige analyse uit van de technische veronderstelling dat sprake zal zijn van een gemengd stelsel van bekostiging: enerzijds keten-DBC's met vrij onderhandelbare prijzen voor de vier genoemde aandoeningen, anderzijds inschrijf- en consulttarieven voor de overige verrichtingen van huisartsen. Niettemin is de introductie van keten-DBC's een beslissende stap in de richting van prestatiebekostiging voor de eerste lijn. Men kan zich de fundamentele vraag stellen of prestatiebekostiging wel de juiste aanpak is voor de eerstelijnszorg. Zou een budget per patiënt

<sup>7</sup> Voorhangbrief keten-DBC's en huisartsenbekostiging d.d. 13 juli 2009 (TK 29 247, nr. 95)

(‘fundholding’) niet beter passen binnen de eerstelijnszorg dan een budget per ziekte? Op deze plaats zullen wij hier niet verder op ingaan.

De introductie van keten-DBC's beoogt om, naast verbetering van de kwaliteit van zorg, het gebruik van dure voorzieningen tegen te gaan. Zo wordt verwacht dat huisartsen een deel van de verrichtingen van medisch specialisten over zullen nemen, en verpleegkundigen, assistenten en patiënten een deel van het werk van de huisartsen.

### **Effect op de zorgverlening**

De samenwerking van zorgverleners en patiënten volgens de richtlijnen van een zorgstandaard blijkt in praktijk tot een grote kwaliteitsverbetering te kunnen leiden. Zo is bij Duitse diabetespatiënten die vrijwillig deelnemen aan het betreffende *diseasemanagement*-programma, gemiddeld sprake van 50% minder amputaties en 30% minder beroertes.<sup>8</sup> Naar verluidt is ook in Nederland bij de vele experimenten met een geïntegreerde aanpak van diabetes en andere chronische aandoeningen sprake van een aanzienlijk betere kwaliteit van zorg.

De vraag is wel waarom de rijksoverheid deze manier van werken verplicht zou moeten voorschrijven. Op basis van de beleidsregel ‘innovatie’ wordt al meer en meer volgens deze aanpak gewerkt en een enkele verzekeraar moedigt het ook aan. Zou een groot deel van de verwachte positieve effecten daarom al niet spontaan ontstaan? Als de voordelen inderdaad zo groot zijn, zouden deze ontwikkelingen dan niet bekliven, eventueel na een eenmalige verlenging van de financiering van de huidige experimenten?

Het voordeel van verplicht voorschrijven van keten-DBC's is dat er een landelijk uniforme manier van werken ontstaat. Daardoor kunnen ook de administratieve lasten van verzekeraars en zorgaanbieders beperkt blijven. Maar de zorgstandaarden leiden toch al tot een standaardisering? Het verplicht voorschrijven van één uniforme keten-DBC, met één prijs voor mensen met een licht en een zware aandoening kan ook verstarrend zijn en over- dan wel onderbehandeling in de hand werken.

Deze nieuwe aanpak kan grote gevolgen hebben voor de organisatie van de eerstelijnszorg, temeer daar de minister uitdrukkelijk de mogelijkheid open wil laten dat iemand anders dan de huisarts hoofdcontractant wordt. Volgens de NZa is dat ook nodig om te voorkomen dat de huisartsen een te dominante positie binnen de zorgverlening zouden krijgen, waardoor ze andere zorgverleners kunnen voorschrijven wat ze moeten doen en tegen welke prijs.<sup>9</sup> Het Nederlands Huisartsen Genootschap vreest echter dat toelating van anderen als hoofdcontractant een gevaar is voor de generalistische eerstelijnszorg, waarin de huisarts de

<sup>8</sup> Het verschil kan overigens ook (deels) het gevolg zijn van selectie-effecten.

<sup>9</sup> Nederlandse Zorgautoriteit, 2009, *Visiedocument Functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen*.

poortwachter is voor de hele zorg.<sup>10</sup> Die vrees is niet helemaal ongegrond. Zo blijkt uit cijfers van Van Dijk et al (2009) dat patiënten met ten minste een van de vier aandoeningen weliswaar 32% van alle patiëntcontacten van de huisarts voor hun rekening nemen, doch in slechts 1 op de 3 van deze contacten gaat het om een consult voor de ‘indexziekte’.<sup>11</sup> Er is dus veelal sprake van comorbiditeit. Is het wel zo verstandig om de ene zorgverlener (de hoofdcontractant van de keten-DBC) verantwoordelijk te maken voor behandeling van de chronische ziekte, de huisarts voor alle andere aandoeningen van de patiënt? Dit is een lastige afweging.

### **Effect op de kosten van zorg**

Het ministerie heeft een gedetailleerde berekening gemaakt van het effect op de kosten van zorg op basis van een reeks veronderstellingen over de precieze veranderingen die op zouden kunnen treden (het ‘substitutiemodel’). Per saldo resulteert het in een verwachte besparing van 385 mln euro in 2018, waaronder een verwachte besparing van 89 mln euro op AWBZ uitgaven.

Een deel van de verwachte besparing ontstaat omdat het verschil in type bekostiging tussen medische specialistische zorg en de behandeling van chronische aandoeningen in de eerste lijn vervalt. De kans op ‘dubbele bekostiging’, alsmede de prikkel om juist de duurste vorm van zorg te leveren zou weggenomen worden. Voorts kan door de goede preventieve zorg cf. de zorgstandaard het aantal complicaties sterk afnemen.

Bij deze raming van de kostenbesparing kunnen wel enkele kritische kanttekeningen geplaatst worden. Zo heeft de vervanging van een element van lump sum bekostiging (de verlaging van het inschrijftarief) door een element van prestatiebekostiging (de keten-DBC) doorgaans tot gevolg dat het aantal behandelingen toeneemt. Voorts is het de vraag of de kostenbesparing door substitutie wel zo groot is. We moeten toch aannemen dat ook medisch specialisten en huisartsen hun werk al tamelijk efficiënt indelen en werk dat anderen binnen hun maatschap respectievelijk praktisch kunnen doen al door anderen laten doen? En zo lang de bekostiging van de eerstelijnszorg niet is aangepast zal een gemengd stelsel van bekostiging gaan ontstaan met keten-DBC's met vrij onderhandelbare prijzen voor de vier genoemde aandoeningen, consulttarieven voor de overige verrichtingen van huisartsen. Daar dreigt opnieuw gevaar van dubbele bekostiging (zie de opmerkingen ter zake aan het begin van deze paragraaf). Dat de geraamde kostenbesparing wel eens tegen kon vallen blijkt ook uit de Duitse ervaring. De met het substitutiemodel berekende besparing belooft 20% van de zorgkosten voor diabetes, COPD en hartfalen en 6% van de zorgkosten voor CVR. In Duitsland blijken deelnemers aan het diabetes programma echter 20% minder *ziekenhuiskosten* te hebben.<sup>12</sup> Daar staan hogere

<sup>10</sup> NHG, 2009, *Reactie van het NHG op de Visie 'functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen'*.

<sup>11</sup> Van Dijk, Schellevis, Rijken, De bakker, Verheij en Groenewegen, 2009, Anders is niet per se beter, *Medisch Contact*, Jaargang 64, nr. 22, pp. 973-967.

<sup>12</sup> Ullrich, W, U. Marschall & C. Graf, 2007, Versorgungsmerkmale des Diabetes Mellitus in Disease Management Programmen. *Diabetes, Stoffwechsel und Herz*. Band 16, nr. 6, pp. 407-414.

kosten voor de huisarts en geneesmiddelen tegenover. We nemen aan dat de behandeling per patiënt intensiever is en dat het aantal behandelde patiënten groter is. Bovendien schrijven de Duitse auteurs dat het verschil in kosten veroorzaakt kan zijn door selectie-effecten, dat wil zeggen doordat de vrijwillige deelnemers aan het programma beter gemotiveerd waren en daardoor meer therapietrouw vertonen dan de niet-deelnemers. Van Dijk et al (2009) menen bovendien dat ervaringen in landen als Duitsland waar de eerstelijnszorg zwak is niet zonder meer representatief zijn voor Nederland.

Al met al is het niet erg plausibel dat de maatregel tot een kostenbesparing van 0,4 mld euro zal leiden. Het is zelfs niet helemaal uitgesloten dat het per saldo de kosten van zorg zal verhogen. Wel is er consensus dat het zal leiden tot een aanzienlijke verbetering van de kwaliteit van zorg.

## **4 Aantrekken van privaat kapitaal (maatschappelijke onderneming)**

### **De maatregelen**

Het voorstel is om in de curatieve zorg de inbreng van privaat kapitaal in ziekenhuizen toe te staan, doch onder de voorwaarde dat de verschaffers van privaat kapitaal geen doorslaggevende zeggenschap krijgen. Bewust spreekt men in het voorstel niet van het toestaan van winstuitkeringen. In plaats daarvan spreekt men over een “resultatafhankelijke vergoeding” voor private kapitaalverschaffers. Daar waar in de verzekerde curatieve zorg (en thuiszorg) nu nog BV’s actief zijn worden de bevoegdheden van aandeelhouders teruggeschroefd. De eerder voorgestelde winstexperimenten gaan niet door.<sup>13</sup> VWS boekt voor deze maatregelen geen budgettair effect in.

### **Buitenlandse ervaringen**

Deze constructie van inbreng van privaat kapitaal met beperkte zeggenschap lijkt enigszins op de Belgische Vennootschap met Sociaal Oogmerk (VSO).<sup>14</sup> Een belangrijk verschil is wel dat de VSO een maximaal uitkeerbaar rendement van 6% kent. In het Nederlandse voorstel komt een dergelijke formele begrenzing van de hoogte van de ‘resultatafhankelijke vergoeding’ niet voor. Opmerkelijk is dat de VSO alleen in Wallonië fiscale voordelen geniet. Het gebruik van de VSO heeft geen hoge vlucht genomen: in 2008 ging het om 457 ondernemingen met 5406 werknemers die naar schatting 200 miljoen euro aan productie leverden. De VSO komt niet voor in de zorgsector. In plaats hiervan gaat het vooral om instellingen die expliciet een sociaal oogmerk nastreven, zoals hulp aan huishoudens in moeilijkheden, bevordering van de toegang

<sup>13</sup> Zie voor een beschrijving van de voornemens ook de brief d.d. 9 juli 2009 aan de Tweede Kamer ‘Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning’ (TK 32 012, nr. 1).

<sup>14</sup> Zie S. Mertens en A. Dujardin, 2008, Vennootschappen in de sociale economie: een statistisch profiel, Chaire Cera, Centre d’Economie Sociale, E-note 6/2008. [http://www.socialeconomie.be/sites/default/files/enote6\\_nl.pdf](http://www.socialeconomie.be/sites/default/files/enote6_nl.pdf)

tot huisvesting of tewerkstelling van achterstandsgroepen. Wellicht is de VSO niet aantrekkelijk voor de zorgsector, omdat in de zorg investeringen veel omvangrijker zijn en diensten niet alleen van charitatieve aard.

In de VS en Duitsland spelen institutionele beleggers een belangrijke rol in de zorgsector. Deze partijen investeren meestal niet als enige in een ziekenhuis. Dit zou te veel onzekerheid bieden. De combinatie met private equity of kapitaal van sectorgenoten maakt het instappen aantrekkelijker, aangezien deze partijen zich actiever met de bedrijfsvoering zullen bemoeien.

Uit een omvangrijke literatuurstudie komen geen systematische efficiencyverschillen naar voren tussen for profits en not for profits in de Amerikaanse gezondheidszorg.<sup>15</sup> Dit betekent echter niet noodzakelijkerwijs dat de introductie van privaat kapitaal geen doelmatigheidswinsten teweeg zou brengen. Het bestaan van for profits zou juist ook de not for profits er toe kunnen aanzetten efficiënter te gaan werken.

#### **Effect op de organisatie van de ziekenhuissector**

De animo om op de geschetste voorwaarden te participeren zal, gezien ook de ervaring met de VSO in België, waarschijnlijk minimaal zijn. Als bijvoorbeeld institutionele beleggers al willen participeren, zullen ze ongetwijfeld een min of meer vaste vergoeding eisen.<sup>16</sup> Hun inbreng zal daarmee weinig verschillen van bankleningen.

Voor de huidige stichtingen en verenigingen in de curatieve zorg betekenen de voorstellen dat als ze kiezen voor de rechtsvorm van de maatschappelijke onderneming ze onderworpen zullen worden aan de Wet op de Jaarrekening, met de daaruit voortvloeiende vereisten voor de boekhouding. Bovendien zal de inspraak van stakeholders, vooral de patiënten(groepen), aangepast moeten worden aan de vereisten van de (concept) Wet op de Maatschappelijke Onderneming. Dat geldt ook voor de huidige BV's die verzekerde curatieve zorg of thuiszorg leveren. De grootste verandering is echter dat de aandeelhouders zeggenschap verliezen.

De vergaande beperkingen die opgelegd worden aan de zeggenschap van de private kapitaalverschaffers zal een rem zetten op de ontwikkeling van de ziekenhuissector. Zonder de inbreng van privaat kapitaal zal het moeilijk, zo niet onmogelijk worden voor nieuwkomers om een kliniek op te zetten. Dat betekent dat ook in de toekomst de ziekenhuiszorg geleverd zal moeten worden door de ziekenhuizen die er nu zijn.

<sup>15</sup> Zie Koning, Pierre, Joëlle Noailly and Sabine Visser, 2006, *Do non-profits make a difference? Evaluating non-profits vis-à-vis for-profit organisations in social services*, CPB Document 142.

<sup>16</sup> Bij kapitaalverschaffing gaat het doorgaans om uitruilen tussen risico, rendement en zeggenschap. Zie onder andere: K. Cools, 2008, *Ondernemerschap in de zorg: wenselijkheid en opzet van een winstexperiment*, Onderzoek in opdracht van NZa.

### **Effect op de kosten van zorg**

Door deze maatregelen zullen ziekenhuizen problemen blijven ondervinden met het aantrekken van kapitaal. Aangezien zich nauwelijks of niet private kapitaalverschaffers zullen melden die expliciet het risico op zich nemen, zullen ziekenhuizen ruime solvabiliteitsreserves aan moeten houden. De niet-risicodragende kapitaalverschaffers zullen een relatieve hoge vaste vergoeding eisen, wetend dat als puntje bij paaltje komt de hoofdsom niet terugbetaald gaat worden.

De huidige BV's die verzekerde curatieve zorg en thuiszorg leveren zullen terrein verliezen omdat ze een belangrijk comparatief voordeel, privaat kapitaal, kwijtraken.

Vanuit de hoek van private kapitaalverschaffers gaat er geen duidelijke prikkel komen om doelmatigheid na te streven, integendeel zelfs. Daarmee wordt de kostenbesparing van de andere doelmatigheidsmaatregelen uit het pakket twijfelachtiger.

Omdat de mogelijkheden om een nieuwe kliniek op te zetten de facto ingeperkt worden zal de druk toenemen om bestaande slecht functionerende ziekenhuizen te redden.

## **5 Ordening medisch specialistische zorg (governance)**

### **De maatregelen**

Als oplossing voor de problemen die optreden met het aansturen van het ziekenhuis, stelt de minister voor om de eindverantwoordelijkheid van het bestuur te benadrukken en het bestuur ook de middelen te geven om het ziekenhuis daadwerkelijk te leiden. Voor de wettelijke verankering van deze nieuwe situatie gebruikt hij de Wet Cliëntenrechten Zorg (WCZ), die nu nog in de conceptfase is. Het is nadrukkelijk de bedoeling dat de bevoegdheden van het bestuur niet alleen gelden voor specialisten in loondienst, maar ook voor zelfstandig werkende medisch specialisten in het ziekenhuis. Bestaande toelatingsovereenkomsten moeten aan de nieuwe situatie worden aangepast (zie het tekstkader voor een overzicht van de belangrijkste concrete voornemens). De voorstellen komen neer op een definitief afscheid van de opzet waarbij het ziekenhuisbestuur en de medisch specialisten gezamenlijk verantwoordelijk zijn, ieder in zijn eigen invloedssfeer.<sup>17</sup>

Het is de vraag in hoeverre alle beoogde maatregelen juridisch haalbaar zijn. Het ligt in de lijn der verwachting dat de medisch specialisten naar de rechter zullen stappen om de aantasting van hun positie aan te vechten. Als niet-juridisch instituut kan het CPB niet goed beoordelen in hoeverre een dergelijk pleidooi kans van slagen zou hebben.

<sup>17</sup> Minister Borst noemde deze organisatievorm destijds het "geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf".

**De minister wil onder andere de volgende concrete maatregelen nemen:**

- 1) op grond van de WCZ gaan de wettelijke verplichtingen voor de kwaliteit van zorg op het bestuur van het ziekenhuis rusten en niet op de specialisten direct;
- 2) het bestuur moet iedere zorgprofessional binnen het ziekenhuis opdrachten kunnen geven (over zorgverlening en verantwoording);
- 3) de bestaande toelatingsovereenkomsten moeten in lijn worden gebracht met WCZ (anders worden ze na verloop van tijd nietig);
- 4) er komt één geïntegreerd financieel kader voor het ziekenhuis.

**Het effect op de ziekenhuisorganisatie**

Als bovenstaande maatregelen niet op juridische obstakels stuiten en inderdaad worden uitgevoerd, zijn er verschillende mogelijke effecten op de organisatie van ziekenhuizen.

Eén mogelijkheid is dat het bestuur klem komt te zitten, omdat het wel de uiteindelijke verantwoordelijkheid gaat dragen voor de kwaliteit van zorg, maar niet de daadwerkelijke zeggenschap krijgt over de specialisten. Het bestuur zal dan een manier moeten vinden om deze verantwoordelijkheid vorm te geven. Wellicht zullen er dan toch redelijk vergaande afspraken worden gemaakt over de borging van de kwaliteit tussen bestuur en specialisten.

Als het bestuur er wel in slaagt om boven beschreven maatregelen in de organisatie te integreren, is de vraag hoe medisch specialisten zullen reageren op het feit dat het vrije ondernemerschap in de maatschap sterk ingeperkt zal worden. Waarschijnlijk zal een deel van de specialisten er dan voor kiezen om in loondienst te gaan werken, zeker als de fiscale status van de vrijgevestigde specialist ter discussie komt te staan. Dat zal de aansturing van het ziekenhuis en de taakherschikking vergemakkelijken. Maar de productie van medisch specialisten zal waarschijnlijk afnemen. Een deel van de medisch specialisten zal het ziekenhuis de rug toe willen keren, maar de mogelijkheden om zelf een ZBC op te zetten worden echter ingeperkt (zie voorgaande paragraaf).

Stel dat bovengenoemde maatregelen rond de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de Raad van Bestuur, de Raad van Toezicht en de medisch specialisten werkelijkheid worden. De professionele Raad van Toezicht houdt actief toezicht op het bestuur van het ziekenhuis. Het bestuur op zijn beurt zorgt er voor dat specialisten de benodigde informatie aanleveren om de kwaliteit van de zorg te kunnen beoordelen, en treedt ook op als dat nodig is. In dat geval zijn gunstige effecten op de kwaliteit van zorg te verwachten. Problemen met disfunctionerende specialisten of maatschappen zullen eerder en beter worden aangepakt. Ook verbetering van de kwaliteit onder normale omstandigheden (los van disfunctioneren) kan naar verwachting worden bevorderd, omdat er een duidelijke eindverantwoordelijke partij is, die ook het overzicht heeft.

### **Effect op de kosten van ziekenhuiszorg**

Of de maatregel inderdaad kostenbesparend is, is niet zeker. Het boven water krijgen van kwaliteitsinformatie kost immers geld. Op grond van de extra verantwoordelijkheid zouden bestuurders en toezichthouders in ziekenhuizen hogere inkomens kunnen gaan eisen, ook al hoeft dat op het totaal van de kosten geen groot effect te hebben. Het bestuur zal misschien de overgang van medisch specialisten naar loondienst willen vergemakkelijken door de goodwill af te kopen.

Aan de andere kant kan betere kwaliteit wel degelijk *kosten besparen* in ziekenhuizen. Als medicatiefouten, infecties, ondervoeding, complicaties e.d. deels voorkomen kunnen worden, is behandeling van deze nadelige neveneffecten niet meer nodig. Bovendien kan een eenduidiger aansturing van het ziekenhuis tot doelmatigheidswinst leiden. Verspilling als gevolg van de versnippering van zorg binnen het ziekenhuis kan bestreden worden (niet alleen door standaardisering van ICT). Voorts kan het bestuur actief inzetten op taakherschikking om kosten te besparen.

Of men meer dan tot nu toe in zal zetten op taakherschikking, is zeer de vraag omdat de concurrentie tussen ziekenhuizen in een aantal delen van Nederland niet erg groot is. Wat betreft de omzet heeft het bestuur daarom niet echt een ander belang dan de medisch specialisten. Ook het bestuur van het ziekenhuis heeft er doorgaans niet direct belang bij om de omzet beperkt te houden, wel om de kosten te beperken. Wellicht zouden afspraken met verzekeraars hier een prikkel tot volumebeheersing kunnen geven, als verzekeraars zich hier ten minste voor willen inzetten.

### **Samengevat**

De plannen van de minister kunnen op juridische obstakels stuiten. Als de plannen kunnen worden uitgevoerd, zullen sommige specialisten kiezen voor loondienst. De maatregelen zullen leiden tot een meer gestroomlijnde ziekenhuisorganisatie. Dit zal waarschijnlijk een gunstig effect zal hebben op de kwaliteit van de zorg. Of de maatregel inderdaad kostenbesparend zal zijn is niet zeker, vooral omdat het bestuur van een ziekenhuis geen wezenlijk andere doelstelling heeft dan de medisch specialisten.

Tot lagere kosten kunnen leiden: minder ongunstige neveneffecten van behandeling door een betere kwaliteit van zorg, mogelijk lagere honoraria van specialisten (al dan niet omdat meer specialisten in loondienst gaan werken), taakherschikking naar professionals met een lager inkomen, mogelijk grotere doelmatigheid of meer inkoopvoordelen in het ziekenhuis.

Maar deze kostenbesparing kunnen ongedaan worden gemaakt door hogere kosten van investeringen in kwaliteit, hogere kosten van bestuur en toezicht door de grotere



verantwoordelijkheid, daling van de productie per specialist door een hoger aandeel specialisten in loondienst en kosten voor afkoop van goodwill.

## 6 Vergroting risicodragendheid verzekeraars

De minister stelt voor om het aantal zogeheten ex-post correcties verder terug te dringen. De ex-post correcties zorgen er voor dat het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) bepaalde risico's voor zijn rekening neemt. De individuele zorgverzekeraars hoeven die risico's niet zelf te dragen, ze kunnen ze afwentelen op het collectief waarbij het Zvf optreedt als publieke herverzekeraar. Zoals bij alle verzekeringen dreigt ook bij deze vorm van herverzekeren moreel gevaar: de kans dat individuele zorgverzekeraars zich minder inspannen om de kosten in de hand te houden wetend dat extra kosten toch verhaald kunnen worden op het Zvf.

Concreet stelt de minister twee varianten voor. In de 'basisvariant' wordt voorgesteld om alleen nog op de vaste ziekenhuiskosten nacalculatie toe te passen en de macronacalculatie te beperken tot de kosten voor DBC's in het A-segment.<sup>18</sup> Voorts worden de voorwaarden voor de hoge kosten verevening (HKV) en voor de bandbreedteregeling verder aangescherpt. In de 'maximumvariant' worden alle ex-post correcties geschrapt, behoudens de nacalculatie van vaste ziekenhuiskosten.

### Effect op de doelmatigheidsprikkels voor zorgverzekeraars

Het terugdringen van de ex-post correcties heeft een effect op de doelmatigheidsprikkels van verzekeraars. Een maat voor dit effect is het individuele kosteneffect per verzekeraar. Het individuele kosteneffect wordt gedefinieerd als het percentage van een extra euro zorguitgave van een verzekeraar dat volledig voor rekening komt van de individuele verzekeraar zelf.<sup>19</sup> De overige zorguitgaven van de extra euro worden gecompenseerd via het Zvf. In de tabel wordt het individuele kosteneffect voor zowel de 'basisvariant' als de 'maximumvariant' voor een verzekeraar met een klein marktaandeel (1%) en een groot marktaandeel (30%) gegeven.<sup>20</sup>

<sup>18</sup> De 'nacalculatie' is een vergoeding achteraf voor elke verzekeraar apart, de 'macronacalculatie' voor de groep van alle verzekeraars. In beide varianten wordt geen uitspraak gedaan over het verloop van de ex-post correcties van de kortdurende GGZ in de Zvw. We laten deze dan ook hier buiten beschouwing.

<sup>19</sup> Onder de veronderstelling dat de extra euro evenredig over alle onderdelen van de zorg wordt uitgegeven.

<sup>20</sup> Hierbij zijn een aantal veronderstellingen gehanteerd. De belangrijkste is dat het aandeel vaste ziekenhuiskosten afneemt naar 8% wanneer 50% van de DBC's wordt overgeheveld naar het B-segment. Voor de HKV is er een inschatting gemaakt van de kosten die onder de HKV vallen.

**Tabel 6.1**      **Maat voor het individuele kosteneffect**

	2009	2010	2011	2012
<b>Basisvariant</b>				
Verzekeraar met marktaandeel 1%	67%	75%	78%	89%
Verzekeraar met marktaandeel 30%	48%	54%	67%	84%
<b>Maximumvariant</b>				
Verzekeraar met marktaandeel 1%	67%	76%	86%	92%
Verzekeraar met marktaandeel 30%	48%	65%	87%	92%

\* Bron: eigen berekening. Geen rekening is gehouden met de bandbreedteregeling waardoor per saldo het individuele kosteneffect iets lager uitvalt dan in de tabel is vermeld. De kortdurende GGZ in de Zvw is in dit overzicht niet opgenomen. In 2009 is voor de ex-post correcties het aandeel van het B-segment in de ziekenhuiskosten 23% (zie: 'Bepaling macrodeelbedragen in 2009' op [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)). In 2010 en 2011 is een percentage gebruikt van 34% en in 2012 van 50%.

Tabel 6.1 laat zien dat individuele verzekeraars in beide varianten meer risico gaan lopen.<sup>21</sup> Kwam in 2009 nog 67% van een extra euro zorguitgave voor rekening van een kleine verzekeraar, in 2012 wordt dat opgehoogd tot 89% in de basisvariant, en 92% in de maximumvariant. Voor een grote verzekeraar is de toename van de risicodragendheid groter dan van de kleine zorgverzekeraar door het afschaffen van de macronaïcalculatie. Het percentage in de basisvariant in 2012 is voor de grote verzekeraar wel nog wat lager dan de kleine verzekeraar omdat er in deze variant nog sprake is van macronaïcalculatie bij de A-dbc's. In de maximumvariant is het maximale haalbare individuele kosteneffect 92% omdat het aandeel vaste ziekenhuiskosten van 8% in de totale zorguitgaven wel nog volledig wordt nagecalculeerd.<sup>22</sup>

Bij de berekening van het individuele kosteneffect is geen rekening gehouden met de bandbreedteregeling. De invloed van deze regeling op het individuele kosteneffect in 2012 is echter verwaarloosbaar. In 2012 is de bandbreedteregeling in de maximumvariant helemaal afgeschaft en in de basisvariant is de bandbreedte heel breed gekozen, en geldt deze bovendien alleen nog maar voor het verkleinde A-segment.

De conclusie is dat in beide varianten de risicodragendheid en de individuele doelmatigheidsprikkels van verzekeraars op de lange termijn aanzienlijk worden vergroot ten opzichte van het regime in 2009. Dat biedt goede kansen voor besparingen in de zorg op de lange termijn omdat zorgverzekeraars meer belang hebben bij een efficiëntere organisatie van de zorg. Het belangrijkste verschil tussen de basisvariant en de maximumvariant is dat in deze

<sup>21</sup> Een klein deel van de vergroting van de risicodragendheid is het gevolg van de voorgenomen uitbreiding van het B-segment. In de maximumvariant zijn de ex post correcties in A-segment en B-segment echter in 2012 al aan elkaar gelijk en doet de omvang van het B-segment er dus niet meer toe wat betreft de mate van risicodragendheid. In de basisvariant blijft een klein verschil bestaan.

<sup>22</sup> Het feit dat in de basisvariant de vaste ziekenhuiskosten wel macro worden nagecalculeerd en in de maximumvariant niet maakt geen wezenlijk verschil omdat in beide varianten de vaste ziekenhuiskosten 100% worden nagecalculeerd.

laatste variant geen macronacalculatie over de A-dbc's plaatsvindt. De verschillen in prikkelstructuur tussen beide varianten zijn daarom klein, temeer omdat op de langere termijn het A-segment kleiner wordt en nog voornamelijk uit complexe, weinig voorkomende behandelingen zal bestaan.

### **Voor- en nadelen van het vergroten van de risicodragendheid van zorgverzekeraars**

Door een vergroting van de risicodragendheid krijgen zorgverzekeraars een groter financieel belang bij hun onderhandelingen met zorgaanbieders. Dit kan leiden tot strengere beoordelingen van claims. Ook zullen zorgverzekeraars meer werk kunnen maken van de inkoop van zorg omdat ze zelf meer geld overhouden aan succesvolle onderhandelingen met zorgaanbieders. Eventuele winsten kunnen zorgverzekeraars enerzijds aanwenden voor nieuwe investeringen of hogere lonen, maar anderzijds ook voor lagere premies. De mate waarin deze gelden terugvloeien naar de consument via lagere premies hangt mede af van de mate waarin verzekeraars concurreren om de consument bij het stellen van hun nominale premies. Een ander voordeel van de afbouw van ex-post correctiemechanismen is dat verzekeraars minder afhankelijk worden van andere verzekeraars bij hun jaarlijkse financiële afrekening. Daarnaast worden de prikkels voor ongewenste substitutie kleiner. In het huidige regime bestaan er immers prikkels om zorgkosten waar zorgverzekeraars veel risico lopen over de kosten, zoals de eerstelijnszorg, over te hevelen naar een segment waar ze minder risico lopen, zoals de tweedelijnszorg. Deze prikkels worden kleiner wanneer de risicodragendheid wordt afgebouwd. Zo zou volgens het voorstel al in 2010 de risicodragendheid in het B-segment gelijk worden aan die in de eerstelijnszorg. In 2012 zou ook het A-segment volgen.

Het vergroten van de risicodragendheid heeft ook enkele nadelen. Zo kunnen verzekeraars proberen meer winst te maken door te beknibbelen op zorg, door bijvoorbeeld behandelingen té streng te beoordelen of door vooral te bezuinigen op moeilijk controleerbare kwaliteit<sup>23</sup>. Verder kan een vergroting van de risicodragendheid leiden tot meer risicoselectie door zorgverzekeraars, namelijk als het systeem van ex-ante verevening niet goed werkt. Ook zal het leiden tot hogere solvabiliteitseisen voor zorgverzekeraars omdat ze meer risico gaan lopen over de zorguitgaven. Ook als verzekeraars de extra gelden op de kapitaalmarkt gaan zoeken zal dit toch leiden tot een lichte verhoging van de kapitaalskosten.<sup>24</sup> Omdat bij een verhoging van de risicodragendheid van zorgverzekeraars een deel van het risico van de overheid naar de zorgverzekeraar wordt verschoven, zal de overheid dus minder gelden op de kapitaalmarkten hoeven op te halen.

<sup>23</sup> Zie ook CPB (2003).

<sup>24</sup> Voor de overheid, de publieke herverzekeraar, neemt het risico af. In theorie leidt dit tot een daling van de risico-opslag op de rente op staatschuld. In praktijk zal de daling niet waarneembaar zijn.

### **Effect op de kosten van zorg**

We hebben het effect van de maatregelen op de prikkels voor zorgverzekeraars laten zien: de zorgverzekeraars krijgen duidelijk een groter belang bij doelmatige zorgverlening, zowel in de basisvariant als in de maximumvariant.

De vraag in hoeverre ze zich laten prikkelen, en in hoeverre ze in staat zijn een doelmatiger zorgverlening af te dwingen, is moeilijker te beantwoorden. Bekend is dat veel verzekerden zich liever niet laten 'sturen' door de verzekeraar (de *'managed care backlash'*). Als verzekeraars inderdaad weinig mogelijkheden hebben voor 'gestuurde zorg', hebben ze weinig instrumenten in handen om bij zorgverleners een grotere doelmatigheid af te dwingen. Dat is geen reden om dan maar genoegen te nemen met afgezwakte financiële prikkels voor verzekeraars. Het is juist een reden om daar waar het mogelijk is verzekeraars wel een financieel belang te geven.

De minister heeft geen besparing ingeboekt bij deze maatregel zelf, maar beschouwt vergroting van de risicodragendheid van verzekeraars wel als een onmisbaar element voor het succes van de andere maatregelen. Het CPB verwacht dat van deze maatregel hoe dan ook een matigend effect op de uitgaven uit zal gaan, zelfs als de overige maatregelen geen doorgang zouden vinden. Illustratief in dit verband is de kostenbesparing die de verzekeraars al hebben gerealiseerd bij de uitgaven voor generieke geneesmiddelen, een segment waarvoor niet nagecalculeerd werd.<sup>25</sup>

## **7 Effect op houdbaarheidstekort**

Van Ewijk et al (2006) hebben berekend dat als gevolg van de vergrijzing de financiering van de huidige publieke arrangementen op lange termijn onhoudbaar is.<sup>26</sup> De meest recente schatting van het totale houdbaarheidstekort bedraagt 2,2% van het BBP.<sup>27</sup> Dit cijfer dateert van september 2007 en is inmiddels achterhaald, onder andere door de kredietcrisis. Een herberekening is nog niet gemaakt.

VWS verwacht dat de maatregelen tot een kostenbesparing leiden van 1,0 mld euro in 2018, dat is 0,14% van het BBP in 2018. De verbetering van het houdbaarheidstekort is iets groter dan dat, omdat door de vergrijzing de kosten van curatieve zorg in de verre toekomst een iets groter beslag op het BBP leggen dan in 2018. Bovendien verwacht VWS dat een (klein) deel van de

<sup>25</sup> Zie ook CPB, 2008, Prijsvorming van generieke geneesmiddelen; forse prijsdaling in het nieuwe zorgstelsel, CPB-document 175.

<sup>26</sup> Van Ewijk, Draper, ter Rele en Westerhout, 2006, *Ageing and the Sustainability of Dutch Public Finances*, Centraal Planbureau.

<sup>27</sup> Zie CPB, 2007, Actualisatie Economische Verkenning 2008-2011, Centraal Planbureau.

besparing niet optreedt bij de curatieve zorg zelf, maar bij de vergrijzinggevoeliger AWBZ-uitgaven. De door VWS verwachte kostenbesparing verkleint het houdbaarheidstekort met 0,16% BBP.

Het CPB concludeert op basis van de voorgaande analyse van de afzonderlijke maatregelen dat de besparing kleiner zal zijn dan 1 mld euro. En als de kostenbesparing kleiner is dan 1 mld euro, dan is het effect op het houdbaarheidstekort ook kleiner dan 0,16% BBP. Daar staat tegenover dat er goede redenen zijn om aan te nemen dat de maatregelen ruimte scheppen voor betere, op de behoefte van patiënten toegesneden zorg. De kwaliteit van zorg vaart er per saldo wel bij.