

## **CPB Document**

**No 28**

Januari 2003

**Zorg voor concurrentie**

een analyse van het nieuwe zorgstelsel

Centraal Planbureau  
Van Stolkweg 14  
Postbus 80510  
2508 GM Den Haag

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

ISBN 90-5833-121-0

# Inhoud

Ten geleide	7
Executive summary	9
Deel I: Inleiding en theoretisch kader	25
1 Inleiding	25
1.1 Probleemstelling en afbakening	25
1.2 Internationale en historische context	27
1.3 De Nederlandse zorg in internationaal perspectief	30
1.4 Nederlandse experimenten rond efficiency-verhoging in de zorg	35
1.5 Conclusies	37
2 Zorg, concurrentie en economische theorie	39
2.1 Inleiding	39
2.2 Wat is concurrentie?	39
2.3 Concurrentie op een normale markt	40
2.4 Concurrentie op markten in de zorg	42
2.5 De rol van de overheid bij markten in de zorg	46
2.6 Conclusie	49
Intermezzo: Spoedzorg en topzorg: Geen plaats voor concurrentie?	50
Deel II: Voorwaarden voor effectieve concurrentie	57
3 Voorwaarde 1: Lage toetredingsdrempels	57
3.1 Inleiding	57
3.2 Regionale concentraties zorgverzekeraars	58
3.3 Regionale concentratie zorgaanbieders (ziekenhuizen)	59
3.4 Toetredingsdrempels	60
3.5 Toetredingsdrempels bij zorgaanbieders	61
3.6 Toetredingsdrempels bij zorgverzekeraars	68
3.7 Conclusies	71

Intermezzo: Winst in de ziekenhuiszorg?	72
4 Voorwaarde 2: transparantie	79
4.1 Inleiding	79
4.2 Het belang van transparantie	80
4.3 Transparantie en concurrentie	83
4.4 Transparantie in het huidige zorgstelsel	85
4.5 Transparantie in het nieuwe zorgstelsel	86
4.6 Mogelijkheden voor verbetering transparantie: lessen uit de VS	87
4.7 Mogelijke ongunstige neveneffecten van verbeterde transparantie	94
4.8 Conclusies	96
5 Voorwaarde 3: Geen mededingingsbeperkend gedrag	99
5.1 Inleiding	99
5.2 Onderscheid algemene en sectorspecifieke mededingingsregels	99
5.3 Mededingingswet	102
5.4 Sectorspecifieke mededingingsregels	110
5.5 Conclusie	116
6 Geneesmiddelen: verzekeraars in de marge?	119
6.1 Inleiding	119
6.2 De sector	120
6.3 Rollen voor verzekeraars in het nieuwe stelsel	127
6.4 Voorwaarden voor succes	129
6.5 Conclusie	133
Deel III: Tegengaan van negatieve bijwerkingen	135
7 Risicoselectie en risicoverevening	135
7.1 Risicoselectie	137
7.2 Risicoverevening - de huidige situatie	141
7.3 Het systeem van normuitkeringen: problemen en oplossingen	147
7.4 Risicoverevening in het nieuwe stelsel	152
7.5 Conclusies	157

8	Risico's voor kwaliteit van zorg bij gereguleerde concurrentie	159
8.1	Inleiding	159
8.2	Stand van zaken en mogelijke ontwikkelingen	161
8.3	Oplossingsrichtingen	164
8.4	Ervaringen in de VS met concurrentie en managed care	169
8.5	Mogelijke nadelen van oplossingen	173
8.6	Conclusies en beleidsopties	176
9	Concurrentie en uitgaven	181
9.1	Inleiding	181
9.2	Gevolgen van concurrentie voor de zorguitgaven	181
9.3	Welvaartsimplicaties van uitgavenstijgingen	183
9.4	Amerikaanse ervaringen met concurrentie en kosten	186
9.5	Opties ter voorkoming van ongewenste uitgavenstijgingen	187
9.6	Conclusies	193
	Deel IV: Omgaan met onzekerheid	195
10	Kansen benutten, risico's beperken	195
10.1	Inleiding	195
10.2	Kansen creëren voor concurrentie: beleidsopties en dilemma's	196
10.3	Wat te doen als concurrentie faalt: terugvalopties	201
10.4	Conclusies: doorgaan op het pad naar concurrentie?	205
	Abstract	207
	Referenties	209



## Ten geleide

In de Nederlandse gezondheidszorg wordt al haast 20 jaar gepraat over ingrijpende veranderingen in de richting van meer concurrentie. Deze veranderingen beogen de doelmatigheid en de flexibiliteit te verbeteren, waardoor de wachtlijsten worden opgelost, de kosten niet onnodig oplopen en beter wordt ingespeeld op de vraag van consumenten.

Voorafgaand aan de verkiezingen van mei 2002 waren vrijwel alle politieke partijen in Nederland voorstander van een stelselherziening in de zorg die in de richting van gereguleerde concurrentie zou gaan. Dat wil zeggen, concurrentie tussen zorgverzekeraars en tussen zorgaanbieders maar wel onder voorwaarden van risicosolidariteit tussen zieken en gezonden. Dat gereguleerde concurrentie er zou komen leek onder die omstandigheden wel haast zeker, maar hoe dat concreet vorm zou moeten krijgen bleef lang onduidelijk. Wel duidelijk was dat er diverse risico's vastzitten aan een systeem van gereguleerde concurrentie, waardoor de overheid diverse taken op zich zou moeten (blijven) nemen.

Het CPB is in 2001 begonnen met een onderzoek naar de voorwaarden waaronder de voordelen van gereguleerde concurrentie het beste zouden kunnen worden bereikt, en nadelen zoveel mogelijk zouden worden tegengegaan. In juli 2002 is daarover CPB document 23 verschenen, 'Concurrentie in de zorg'. Dat document was een tussenproduct waarbij werd aangegeven dat het onderzoek nog verbreed en verdiept zou worden. Het huidige rapport is het verslag daarvan.

Dit rapport is geschreven door Marja Appelman (hoofdstukken 3, 4 en 5), Rudy Douven (hoofdstuk 7), Eric de Laat (hoofdstuk 6 en het intermezzo over spoedeisende hulp en topzorg), Esther Mot (hoofdstuk 8) en Marc Pomp (hoofdstukken 1, 2, 9 en 10 en het intermezzo over winst in de zorg, tevens projectleider). Marcel Canoy heeft een belangrijke rol gespeeld bij het becommentariëren van concepten en bij de redactie van eindteksten.

Het onderzoek heeft geprofiteerd van commentaar van de klankbordgroep. Onze dank aan: Kees Maan (Economische Zaken), Frank Hoogendijk (Economische Zaken), Fred Krapels (VWS), Hatterm van der Burg (VWS), Ben Geurts (Financiën), Nicole Hupperts (Financiën), Erik van Barneveld (Prismant), Piet Stam (Agis en BMG), Onno van der Galiën (Agis), Fons Bertens (CvZ), Wim Groot (Universiteit Maastricht), Hans Maarse (Universiteit Maastricht) en Erik Schut (BMG). Frans Rutten (EUR) en Gelle Klein Ikkink (VWS) hebben nuttig commentaar geleverd op specifieke onderdelen van het rapport. Onze dank gaat verder uit naar de vele geïnterviewden.

F.J.H. Don directeur

---

## Conclusies

1. Het nieuwe zorgstelsel biedt, meer dan het huidige stelsel, perspectief op zorg die zowel kosteneffectief als toegankelijk is. Eerdere pogingen (de plannen van de commissies Dekker en Simons) om het zorgstelsel te vernieuwen stuiten telkens op koudwatervrees van de politiek. De onzekerheden die met een nieuw stelsel gepaard gaan hoeven invoering van het nieuwe stelsel niet in de weg te staan.
2. Het huidige stelsel wordt gekenmerkt door wachtlijsten, geringe patiënt-gerichtheid, weinig afstemming tussen onderdelen, risico-selectie in de particuliere verzekeringsmarkt en beperkte benutting van capaciteit. Trends zoals vergroting van de medisch-technische mogelijkheden en vergrijzing zullen deze knelpunten verergeren. Een belangrijke reden voor de problemen is dat de prikkels om efficiënt om te gaan met de beschikbare middelen in het huidige stelsel op de verkeerde wijze worden gegeven. Daarnaast is er, sinds budgettaire beperkingen recentelijk minder hard zijn geworden, geen goede rem meer op de uitgaven.
3. Het nieuwe stelsel kan voor verbetering zorgen op al deze punten. In het nieuwe stelsel vervullen verzekeraars de rol van intermediair tussen consumenten en zorgaanbieders. Door goed inkoopbeleid kunnen verzekeraars een aantrekkelijke prijs-kwaliteit verhouding aan de consumenten bieden en worden aanbieders geprikkeld doelmatiger te werken. Onderlinge concurrentie versterkt de prikkels voor een goed inkoopbeleid.
4. Er is wel een flink pakket aan maatregelen nodig om concurrentie van de grond te laten komen en ongewenste neveneffecten tegen te gaan. Concurrentie kan van de grond komen als de markten transparant worden en toetreding mogelijk is. Concurrentie kan gunstig uitpakken voor prijzen en kwaliteit, maar aanvullend beleid is hiervoor wel noodzakelijk.
5. Het is van groot belang om de transparantie over de hele linie van de zorg te vergroten. De overheid kan hieraan bijdragen door het stimuleren van de ontwikkeling van prestatie-indicatoren en het inzichtelijk maken van kosten per behandeling via Diagnose Behandel Combinaties (DBC's).
6. De baten van concurrentie zijn alleen te realiseren als er voldoende concurrenten zijn. De huidige concentratietendens, zowel bij verzekeraars als ziekenhuizen, dient zo snel mogelijk te worden ingeperkt. Dit kan bijvoorbeeld door toezichthouders speciale bevoegdheden te geven bij het beoordelen van fusies.
7. Goed concurrerende verzekeraars kopen efficiënt in en verstrekken aantrekkelijke polissen. De schaduwzijde is dat verzekeraars eveneens een sterkere prikkel dan de huidige ziekenfondsen krijgen om verzekerden te selecteren op hun gunstige risicoprofiel. Het vereveningsstelsel kan dit voor een belangrijk deel tegengaan, maar perfect is zo'n systeem niet. Daarom is aanvullend beleid nodig om risicoselectie tegen te gaan.
8. De kwaliteit van zorg kan toenemen als gevolg van meer concurrentie. Toch dreigt ook kwaliteitsverlies, omdat patiënten veelal de kwaliteit van zorg niet goed kunnen bepalen. Om de patiënten te helpen is het noodzakelijk om prestatie-indicatoren te ontwikkelen, waar mogelijk uitkomsten te publiceren en ook consequenties te verbinden aan slechte scores op zo'n indicator. Versterking van het toezicht door de IGZ kan in de overgangperiode noodzakelijk zijn.
9. Een deelmarkt waar verzekeraars een grotere rol kunnen krijgen is de geneesmiddelenmarkt. Verzekeraars kunnen hier flinke besparingen realiseren door het afkomen van de apothekersmarges (kortingen en bonussen). Verzekeraars kunnen hier een goede countervailing power vormen, maar moeten daartoe wel geprikkeld worden door concurrentie.
10. In hoeverre de geschetste beleidsopties toereikend zijn, is vooral voor de ziekenhuissector niet goed te voorspellen. Bij de huidige plannen voor een nieuw zorgstelsel, aangevuld met beleidsopties zoals in dit rapport geschetst, lijken de risico's van concurrentie beheersbaar. Hier staan aanzienlijke voordelen tegenover, die niet in dezelfde mate te realiseren zijn zonder concurrentie. Indien concurrentie toch niet van de grond blijkt te komen, zijn maatstafconcurrentie of uiteindelijk prijsregulering terugvalopties. Een belangrijke investering in het nieuwe stelsel - de ontwikkeling van DBCs - bewijst ook in dat geval zijn nut.



## **Executive summary**

### **Zorg voor concurrentie: een analyse van het nieuwe zorgstelsel**

Over de contouren van een nieuw zorgstelsel is door het tweede kabinet Kok overeenstemming bereikt. Het kabinet Balkenende heeft deze plannen grotendeels overgenomen. De plannen behelzen invoering van een nieuw stelsel in 2005, en omvatten de volgende elementen:

- het onderscheid tussen particuliere verzekeraars en ziekenfondsen komt te vervallen;
- iedereen betaalt een nominale premie voor een uniform breed basispakket, met een verplicht eigen risico en een (inkomensafhankelijke) werkgeversbijdrage;
- voor kinderen is geen premie verschuldigd;
- lagere inkomens worden gecompenseerd via een uitkering uit een nieuw op te zetten zorgfonds;
- het sluiten van een ziektekostenverzekering wordt voor iedereen verplicht;
- verzekeraars gaan onderhandelen met zorgaanbieders over prijs en kwaliteit van de zorg;
- zorgverzekeraars krijgen een acceptatieplicht en mogen de premie niet differentiëren tussen verzekerden;
- er komt een risico-vereveningssysteem voor verzekeraars.

Een aantal aspecten van het nieuwe stelsel staat nog ter discussie. Over een centraal element van het nieuwe stelsel, een zwaarder accent op concurrentie, lijken de meeste partijen het echter eens te zijn.

### **Een sleutelrol voor concurrentie**

In het nieuwe stelsel is een sleutelrol toebedeeld aan concurrentie, niet alleen tussen verzekeraars maar ook tussen zorgaanbieders. Waarom wil het kabinet meer concurrentie invoeren in een zo 'moeilijke' sector als de zorgsector? Omdat het aanbodgestuurde stelsel niet in staat is gebleken een aantal belangrijke knelpunten in de zorg, zoals een ondoelmatige besteding van middelen en de wachtlijsten, aan te pakken. Door meer ruimte te scheppen voor concurrentie nemen de prikkels op decentraal niveau toe om efficiënt en klantgericht te werken.

Concurrentie in de zorg komt echter niet vanzelf tot stand. Overheidsbeleid, zoals deregulering en versterking van het mededingingstoezicht, is nodig om de randvoorwaarden te creëren waaronder concurrentie een kans kan krijgen. Overheidsbeleid is ook nodig om te zorgen dat concurrentie de juiste vorm aanneemt. Voorkomen moet worden dat concurrentie leidt tot verlies van de kwaliteit van zorg, of tot selectie van verzekerden met lage gezondheidsrisico's. De overheid houdt in het nieuwe stelsel dus drie rollen: die van aanjager (bevorderen dat verzekeraars en aanbieders gaan concurreren), die van stuurman (bevorderen

dat concurrentie de juiste vorm aanneemt) en die van toezichthouder. Dit rapport gaat nader in op deze drie overheidrollen. De 10 belangrijkste conclusies zijn samengevat in een kader. Het rapport bestaat uit vier delen.

Deel I geeft een kort overzicht van de prestaties van het Nederlandse zorgstelsel en van de belangrijkste economische inzichten rond concurrentie in de zorg. Deel II gaat in op de voorwaarden voor concurrentie en op beleidsopties die ertoe kunnen bijdragen dat aan deze voorwaarden wordt voldaan. Deel III gaat in op de mogelijke negatieve bijwerkingen van concurrentie en op beleidsopties die deze risico's kunnen verminderen. De beleidsopties in deel II en III vergroten de kans van slagen van het nieuwe stelsel, maar garanderen geen succes. De reden hiervoor is gelegen in fundamentele onzekerheden omtrent het gedrag van de verschillende partijen en omtrent de 'technologie' van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deel IV gaat aan de hand van een viertal cases in op de implicaties van deze onzekerheden. Dit deel zoekt naar antwoorden op de volgende vragen: welke beleidsopties hebben een no-regret karakter? Over welke dilemma's dient het beleid nu al knopen door te hakken, welke beslissingen kunnen worden uitgesteld tot meer informatie beschikbaar is over de kosten en baten van de verschillende beleidsopties?

Dit rapport richt zich op de curatieve zorg (ook wel aangeduid als de cure). De zogenoemde care (verzorgingshuizen, verpleeghuizen, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg) blijft hier buiten beschouwing. De reden is dat de stelselherziening vooralsnog uitsluitend betrekking heeft op de cure. Binnen de cure ligt het accent in dit rapport vaak op de ziekenhuizen. De reden hiervoor is dat dit binnen de cure een grote sector vormt, én dat veel van de vraagstukken rond concurrentie het sterkst tot uitdrukking komen bij de ziekenhuiszorg.

## **Deel I: Inleiding en theoretisch kader**

### **Inleiding (hoofdstuk 1)**

De Nederlandse plannen om in het nieuwe stelsel een sleutelrol toe te kennen aan concurrentie passen binnen een internationale beleidstrend. Elders kampen overheden met soortgelijke problemen als in Nederland, en zoekt men in dezelfde richting: deregulering en versterking van concurrentieprikkels.

In Nederland dateren de eerste plannen rond introductie van meer concurrentie in de zorg uit het begin van de jaren tachtig, maar politieke tegenstellingen stonden uitvoering van de plannen in de weg, naast verzet vanuit de sector zelf. Van belang voor de slaagkans van de huidige plannen is dat concurrentie niet het politieke struikelblok vormde; dat betrof elementen van de plannen die betrekking hadden op de omvang van de verplichte solidariteit. Inmiddels lijkt dit obstakel uit de weg geruimd te zijn. Overigens is de verhouding tussen de inkomensafhankelijke premie en de nominale premie niet van invloed op de mate waarin verzekeraars concurreren (CPB 2001b).

Een globale internationale vergelijking van de Nederlandse curatieve zorg suggereert dat aanzienlijke efficiencyverbeteringen mogelijk zijn. Deze indruk wordt bevestigd door de uitkomsten van experimenten in Nederland zelf. Met bescheiden extra inspanningen blijken vaak forse efficiencyverbeteringen mogelijk (lagere kosten, kortere wachtlijsten), maar in veel zorginstellingen blijven deze inspanningen achterwege. Kennelijk ontbreken de prikkels tot snelle overname van best practices. De internationale vergelijking en de Nederlandse experimenten maken aannemelijk dat de juiste introductie van concurrentieprikkels in de zorg forse efficiencywinst tot gevolg kan hebben.

Van verschillende zijden is erop gewezen dat de huidige plannen mogelijk strijdig zijn met Europese regelgeving. De landsadvocaat heeft een aantal wijzigingen voorgesteld die nodig zijn om het stelsel alsnog in overeenstemming te brengen met Europese regelgeving. Deze wijzigingen lijken niet al te ingrijpend en Europese regelgeving hoeft invoering van een nieuw stelsel dan ook niet in de weg te staan. Indien mocht blijken dat toch ingrijpende wijzigingen nodig zijn, dan ligt streven naar aanpassing van Europese regelgeving eerder voor de hand dan afzien van essentiële elementen van de plannen voor een nieuw zorgstelsel.

### **Theoretisch kader (hoofdstuk 2)**

Het inzicht dat concurrentie als leidend ordeningsprincipe op 'normale' markten wenselijk is wordt breed gedeeld. Concurrentie levert een prikkel om decentraal beschikbare informatie te gebruiken in het belang van de klant. Deze voordelen van concurrentie rechtvaardigen echter nog geen laissez-faire benadering. Ook op gewone markten heeft de overheid een aantal belangrijke taken: handhaven van concurrentie, ingrijpen (remmend of stimulerend) in geval van externe effecten en marktfalen, zorg dragen voor de maatschappelijk gewenste mate van herverdeling.

De geschetste voordelen van concurrentie zijn in principe ook van toepassing op de zorg. Maar de zorg heeft een aantal bijzondere kenmerken waardoor die baten niet vanzelf zijn te realiseren. Een belangrijk deel van de zorg is onmisbaar (letterlijk van vitaal belang), 'verkeerde' zorg heeft ingrijpende gevolgen, zorg wordt vaak betaald uit verzekeringen en tussen patiënten, aanbieders, en verzekeraars is sprake van grote informatie-asymmetrie.

Als gevolg van deze bijzondere kenmerken komt concurrentie in de zorg niet vanzelf goed van de grond. Overheidsbeleid kan hierbij een rol spelen, niet alleen via mededingingsbeleid maar ook via transparantiebevordering.

Een tweede gevolg van de bijzondere kenmerken van de zorg betreft de mogelijke negatieve bijwerkingen van concurrentie. Onder gunstige omstandigheden zorgt concurrentie in de zorg, net als op normale markten, voor een betere prijs/kwaliteit verhouding. Maar concurrentie in de zorg kan in een minder gunstig geval leiden tot ongewenste kostenstijgingen, kwaliteitsverlies, en tot selectie van goede risico's door verzekeraars. Overheidsbeleid kan opnieuw een belangrijke rol spelen om negatieve bijwerkingen tegen te gaan.

## Deel II: Voorwaarden voor effectieve concurrentie

Op dit moment wordt in een aantal opzichten niet voldaan aan het streefdoel van concurrerende verzekeraars en zorgaanbieders. Veel van de ongeveer 60 zorgverzekeraars die actief zijn op de Nederlandse markt maken deel uit van grotere concerns. Zes grote concerns, met in totaal 10,5 mln verzekerden, zijn samen goed voor tweederde van de Nederlandse markt. Bovendien zijn niet alle concerns in alle regio's even actief. Bij de marktstructuur van zorgaanbieders is het van belang een onderscheid te maken tussen ziekenhuizen en andere zorgaanbieders (huisartsen, tandartsen, apotheken, fysiotherapeuten, verloskundigen etc). Bij de ziekenhuizen lijkt in een aantal gevallen sprake te zijn van regionale monopolies (vooral bij ziekenhuizen buiten de randstad). Bij huisartsen en andere vrije beroepen is in principe wel sprake van concurrerende aanbieders, hoewel aanbodtekorten in een aantal regio's de concurrentieprikkel beperken.

Wil er sprake zijn van effectieve concurrentie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders dan dient aan een drietal voorwaarden te zijn voldaan:

Voorwaarde 1: Lage toetredingsdrempels voor nieuwe zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Voorwaarde 2: Transparantie wat betreft prijs en kwaliteit van zorg.

Voorwaarde 3: Geen mededingingsbeperkend gedrag.

### **Voorwaarde 1: Lage toetredingsdrempels (hoofdstuk 3)**

Voor concurrentie is nodig dat verzekerden kunnen kiezen uit meerdere verzekeraars en dat verzekeraars voor een bepaalde vorm van zorg zaken kunnen doen met meerdere zorgaanbieders. Hoeveel concurrerende partijen precies nodig zijn om voldoende concurrentie mogelijk te maken is zelfs in theorie onduidelijk. Het minimum aantal partijen dat nodig is voor concurrentie is twee, voor beide zijden van de markt, maar of twee genoeg is laat zich moeilijk voorspellen. Dit hangt af van de wijze waarop marktpartijen op elkaar reageren, hetgeen weer afhangt van de kenmerken van het productieproces en van de markt. Ook is van belang dat non-profit-instellingen zoals ziekenhuizen minder intensief concurreren dan winstgerichte ondernemingen. Wel blijkt uit het beschikbare cijfermateriaal dat in de ziekenhuissector soms sprake is van een regionaal monopolie, mede als gevolg van de fusiebeweging van de afgelopen jaren. Lage toetredingsdrempels voor nieuwe aanbieders in de ziekenhuiszorg zijn dus dringend gewenst. Ook indien lage drempels niet leiden tot feitelijke toetreding gaat hier een disciplinerend effect van uit op bestaande aanbieders.

Een eerste beleidsoptie ter verlaging van toetredingsdrempels haakt aan bij het nieuwe financieringsmodel, dat gebaseerd is op zogenaamde Diagnose-Behandelcombinaties (DBC's). Om toetreding te stimuleren is het van belang dat DBC's de integrale kosten dekken, dus ook de kapitaallasten. De huidige CTG-tarieven zijn exclusief kapitaallasten.

Een tweede groep beleidsopties ter verlaging van toetredingsdrempels betreft deregulering. Op dit moment wordt bijvoorbeeld een vergunning voor de start van een nieuw ziekenhuis slechts afgegeven als de bestaande capaciteit tekortschiet. Dit belemmert toetreding voor nieuwe aanbieders en houdt inefficiënte aanbieders in stand. Een beleidsoptie is het schrappen van deze eis. Hierdoor kan tijdelijk overcapaciteit ontstaan, bijvoorbeeld bij ziekenhuizen. Dit nadeel moet worden afgewogen tegen de efficiëntie- en kwaliteitswinsten van het toelaten van nieuwe aanbieders.

Een derde optie is het toelaten van winstgerichte zorgaanbieders. Het perspectief op winst maakt toetreding aantrekkelijker en maakt het mogelijk risico-dragend kapitaal aan te boren. Hier staat tegenover dat het winstmotief aanbieders in de verleiding kan brengen te beknibbelen op de kwaliteit van zorg. Amerikaans empirisch onderzoek laat zien dat dit een mogelijke uitkomst is van het toelaten van winst, maar het beeld is niet eenduidig. Ander Amerikaans onderzoek wijst uit dat de kwaliteit juist beter is bij for-profit-klinieken.

#### **Voorwaarde 2: Transparantie van prijs en kwaliteit (hoofdstuk 4)**

Waar voorwaarde 1 betrekking heeft op de aanbodzijde van markten in de zorg, stelt deze tweede voorwaarde eisen aan de beschikbaarheid van informatie voor vragers en aan het gedrag aan de vraagzijde van de verschillende markten in de zorg. Indien verzekerden niet beschikken over voldoende informatie over prijs en kwaliteit of hier niet op reageren, hebben verzekeraars geen prikkel om hierover scherp te onderhandelen met zorgaanbieders, en hebben zorgaanbieders op hun beurt weer geen prikkel om zich van andere aanbieders te onderscheiden door een gunstige prijs/kwaliteitsverhouding. Kritische, mobiele verzekerden zijn dus essentieel. De beschikbare empirie wijst uit dat verzekerden nog nauwelijks mobiel zijn.<sup>1</sup>

De bestaande plannen voorzien in een aantal beleidsopties gericht op het vergroten van de mobiliteit van verzekerden. Het betreft hier maatregelen die bijdragen aan een grotere transparantie van de markt voor zorgverzekeringen en de markt voor ziekenhuiszorg door invoering van een gestandaardiseerd basispakket, respectievelijk DBCs. In aanvulling hierop is de transparantie erbij gebaat wanneer de overheid de ontwikkeling van prestatie-indicatoren initieert en financiert.

#### **Voorwaarde 3: Geen mededingingsbeperkend gedrag (hoofdstuk 5)**

Lage toetredingsdrempels aan de aanbodzijde en mobiliteit aan de vraagzijde vormen nog geen garantie voor effectieve concurrentie. Vragers of aanbieders kunnen immers via onderlinge afspraken trachten de concurrentie uit te schakelen. Dergelijk gedrag wordt tot op zekere hoogte tegengegaan door de NMa, die de Mededingingswet uitvoert. Het instrumentarium van de Mededingingswet lijkt echter ontoereikend voor bevordering en concurrentiebewaking in de

<sup>1</sup> Hoewel uit recente krantenartikelen opgemaakt zou kunnen worden dat er sprake is van een kentering.

zorg. Daarom is het wenselijk een aantal sectorspecifieke mededingingsregels op te stellen. Die regels zouden betrekken moeten hebben op:

- Preventief concentratie/fusietoezicht, dat wil zeggen, voorgenomen fusies tussen bijvoorbeeld ziekenhuizen of apothekers toetsen op hun invloed op concurrentie in de beoogde situatie met concurrentie. Het betreft hier dus anticiperend beleid, gericht op het voorkómen van een ongunstige uitgangssituatie (als gevolg van fusies tussen ziekenhuizen) op het moment van invoering van nieuwe zorgstelsel.
- Verlagen van omzetgrenzen: volgens de Mededingingswet zijn beneden bepaalde omzetgrenzen fusies toegestaan zonder melding. Voor de zorgsector lijken deze grenzen aan de hoge kant, waardoor het risico ontstaat dat fusies ten koste gaan van de concurrentie zonder dat daar efficiencyvoordelen tegenover staan.
- Bevorderen van transparantie: regelgeving is nodig om de toezichthouder in de gelegenheid te stellen transparantie zo nodig af te dwingen. Een voorbeeld van dergelijke regelgeving is een wettelijke bevoegdheid om partijen te dwingen tot publicatie van informatie over prijzen of over kwaliteit.
- Bevorderen toetreding: nieuwe toetreders moeten kunnen terugvallen op naburige ziekenhuizen voor bijvoorbeeld doorverwijzing bij complicaties. Dit brengt het risico met zich mee dat ziekenhuizen deze machtspositie uitbuiten, bijvoorbeeld door toetreders onder druk zetten niet al te fel te concurreren. Om dit tegen te gaan, dient een sectorspecifieke toezichthouder bevoegdheden te hebben om de medewerking van ziekenhuizen af te dwingen.

#### **Geneesmiddelen: verzekeraars in de marge? (hoofdstuk 6)**

Te hoge prijzen voor geneesmiddelen vormen een terugkerend onderwerp van beleid. Via prijsmaatregelen (de zogenaamde claw-back) wordt de laatste jaren getracht een deel van de overwinst bij apothekers af te romen en door te sluizen naar verzekeraars en uiteindelijk, via lagere premies, naar verzekerden. Toch bestaat de indruk dat hiermee slechts een deel van de overwinst wordt afgeroomd; de overheid heeft geen inzicht in de werkelijke kosten van apothekers, en is daarom behoedzaam bij het vaststellen van prijsmaatregelen.

Effectieve concurrentie tussen verzekeraars vormt daarom een aantrekkelijk alternatief voor prijsmaatregelen door de overheid. Onderling concurrerende verzekeraars zullen hun best doen voor lagere geneesmiddelenprijzen, omdat dit de ziektekostenpolissen goedkoper kan maken. Dit vereist echter wel dat verzekeraars meer grip krijgen op het gedrag van apothekers. Op dit moment staat het apothekers vrij om, binnen de door de arts voorgeschreven stofnaam, te kiezen voor de merknaam met de hoogste apothekersmarge. Verzekeraars hebben nog geen wettelijke instrumenten om dit tegen te gaan en apothekers maken op grote schaal gebruik van deze mogelijkheid.

Een beleidsoptie die dit prijsverhogende gedrag van apothekers tegengaat, is het toestaan van zogenaamde formularia. Een verzekeraar vermeldt in zijn formularium voor welke merknamen en producenten hij de geneesmiddelen vergoedt (en tegen welke prijs) en apothekers zijn hier vervolgens aan gehouden.

Deze beleidsoptie kan worden ingevoerd onder handhaving van de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP). De WGP garandeert dat de prijzen niet zullen stijgen boven het gemiddelde niveau in de ons omringende landen. De WGP stelt dus maximumprijzen vast, op een niveau dat in het buitenland kennelijk tenminste kostendekkend is. Handhaving van de WGP voorkomt prijsexplosies in die deelmarkten waar concurrentie om wat voor reden dan ook niet goed van de grond komt.

### **Deel III: Tegengaan van mogelijke negatieve bijwerkingen**

Tegenover de voordelen van concurrentie op de verschillende zorgmarkten staat een drietal mogelijke nadelen:

- Een sterkere prikkel tot risico-selectie.
- Een sterkere prikkel om te bezuinigen op kwaliteit.
- Een groter risico van onnodige kostenstijgingen.

#### **Mogelijke bijwerking 1: Risicoselectie (hoofdstuk 7)**

Indien aan de in deel II geschetste voorwaarden voor concurrentie is voldaan, neemt de prikkel voor verzekeraars toe om zich een kostenvoordeel te verschaffen ten opzichte van andere verzekeraars. Deze uitkomst is wenselijk indien dit kostenvoordeel tot stand komt door grotere doelmatigheid (bij gelijkblijvende of zelfs betere kwaliteit van zorg), maar onwenselijk wanneer dit leidt tot risicoselectie: het selecteren van goede risico's. Ook kunnen in het nieuwe stelsel kostenvoordelen voor verzekeraars ontstaan wanneer in de uitgangssituatie hun verzekerdenbestand vanuit kostenperspectief gunstiger is dan dat van de concurrenten. Beide aspecten zijn maatschappelijk ongewenst.

In vergelijking met de huidige particuliere markt is de verwachting dat risicoselectie zal afnemen in het nieuwe stelsel. In vergelijking met de huidige ZFW is de verwachting dat de neiging tot risicoselectie zal toenemen. Aangezien de mate van risicoselectie in de huidige ZFW beperkt lijkt, is er nog geen acuut gevaar.

Om risico-selectie en toevallige kostenverschillen tegen te gaan is een zogenaamd risico-vereveningsmechanisme nodig. Hiermee wordt bedoeld dat op basis van objectieve gegevens over de samenstelling van de verzekerdenpopulaties onderlinge verrekeningen plaatsvinden tussen verzekeraars. Een verzekeraar die, om wat voor reden dan ook, een ongunstige (dure) verzekerdenpopulatie heeft, ontvangt ter compensatie een bijdrage uit een

algemene kas. Die algemene kas wordt gevuld met bijdragen van verzekeraars met een relatief gunstige verzekerdenpopulatie en/of met de inkomensafhankelijke werkgeversbijdragen voor de ziektekostenverzekering. De ziekenfondsen kennen nu al een systeem van risicoverevening. Dit systeem kan als uitgangspunt dienen voor het nieuwe stelsel, maar het is wel noodzakelijk en mogelijk om het bestaande systeem te verbeteren. Zo zouden de normuitkeringen achteraf moeten worden gecorrigeerd voor een verkeerde raming van het macro-verstrekkingenbudget. Ook lijkt hoge risico verevening (HRV) een beter alternatief dan de huidige hoge kosten verevening (HKV) in het ziekenfonds en de Wet toegang ziektekostenverzekering (WTZ) in de particuliere verzekering. Verder verdient de oprichting van een apart systeem van risicoverevening of financiering voor chronisch zieken nadere bestudering. Deze groep verzekerden brengt hoge kosten met zich mee en dat maakt het juist interessant om hier de prikkels voor doelmatigheid te vergroten. Van belang is dat verzekeraars inspraak houden in het nieuwe systeem van risicoverevening.

### **Mogelijke bijwerking 2: Kwaliteitsverlies (hoofdstuk 8)**

Het is mogelijk dat zorgaanbieders op kwaliteit gaan concurreren, om meer patiënten te trekken. Een hoge medisch-inhoudelijke kwaliteit is echter in veel gevallen niet zo gemakkelijk over het voetlicht te brengen. Bij medisch-inhoudelijke kwaliteit gaat het om zaken als het hanteren van actuele standaarden, inzicht in relevante nieuwe ontwikkelingen en zorgvuldig gebruik van procedures. Patiënten kunnen zelf moeilijk beoordelen of hun behandeling van hoge kwaliteit is en het is ook voor anderen niet eenvoudig om kwaliteit betrouwbaar te meten. Twee belangrijke problemen daarbij zijn dat uitkomsten gecorrigeerd moeten worden voor kenmerken van patiënten en voor de ernst van hun ziekte om iets over de kwaliteit van de zorg te zeggen, en dat er voor afzonderlijke aanbieders lang niet altijd voldoende waarnemingen zijn. Terwijl hoge kwaliteit moeilijk aan te tonen is, zal het in een aantal gevallen wel extra geld kosten. Het leveren van een hoge kwaliteit kan het daarom moeilijker maken om op prijs te concurreren. Het is mogelijk dat de kwaliteit op een aantal punten te lijden zal hebben van intensievere concurrentie, vooral als prijsconcurrentie een belangrijke rol gaat spelen.

De volgende beleidsopties dienen zich aan om de medisch-inhoudelijke kwaliteit van zorg te monitoren en te borgen:

- Bevordering van de toepassing van integrale kwaliteitssystemen. De verplichting tot de toepassing van integrale kwaliteitssystemen in zorginstellingen is al wettelijk vastgelegd, de implementatie blijft echter achter. Intensivering van het overheidstoezicht lijkt hier de belangrijkste optie.
- Ontwikkeling van uitkomstindicatoren. Ervaringen in de VS wijzen uit dat het niet zeker is dat de markt zelf (tijdig) goede indicatoren ontwikkelt. Daarnaast is een argument voor overheidsbeleid dat het doelmatiger is als één onafhankelijke organisatie, zoals de overheid, de



ontwikkeling van de indicatoren aanstuurt. Ten slotte draagt het hanteren van gemeenschappelijke uitkomstindicatoren bij aan standaardisatie, en daarmee aan vergelijkbaarheid en transparantie. De overheid kan er voor zorgen dat een onafhankelijke en deskundige instantie beoordeelt of de uitkomst-indicatoren voldoende interpreteerbaar zijn om openbaar te worden gemaakt. Als dit niet het geval is, kan de overheid bevorderen dat de indicatoren vertrouwelijk aan belanghebbende organisaties ter beschikking worden gesteld.

- Ontwikkeling van een methodologie voor uitkomstmeting die selectie-en substitutie-problemen zoveel mogelijk tegengaat. Uitkomst-indicatoren voor de zorginhoudelijke kwaliteit geven alleen een goed beeld van verschillen tussen behandelaars indien in voldoende mate gecorrigeerd is voor factoren anders dan de zorg zelf die ook van invloed kunnen zijn op de gezondheidsuitkomsten. Het gebruik van te algemene indicatoren kan leiden tot selectie van patiënten. Een methodologie voor het uitvoeren van dergelijke correcties heeft het karakter van een publiek goed. De overheid zou hier onderzoek naar kunnen laten doen en de resultaten vast laten leggen in een richtlijn.
- Bevordering van de beschikbaarheid van uitkomstgegevens en achtergrondkenmerken op patiëntniveau. Om consumenten en zorgverzekeraars goed te informeren over de kwaliteit van zorg, moeten zij kunnen beschikken over de resultaten van analyses op grond van uitkomstgegevens en achtergrondkenmerken. Dat wil natuurlijk niet zeggen dat zij deze analyses zelf moeten verrichten of toegang tot deze onderliggende gegevens moeten krijgen. Het is van belang dat deze gegevens beschikbaar zijn voor analyse, maar op zodanige wijze dat de privacy is gewaarborgd. Dit kan worden bereikt door de gegevens onder te brengen bij een 'trusted third party'. De overheid kan hier een rol in spelen door regels op te stellen die de privacy waarborgen en die aanbieders verplichten om de benodigde gegevens aan de 'trusted third party' ter beschikking te stellen.

### **Mogelijke bijwerking 3: Uitgavenstijging (hoofdstuk 9)**

De gevolgen van concurrentie voor de zorguitgaven zijn complex. Concurrentie levert een efficiëntie-prikkel, waardoor de kosten per verrichting kunnen dalen en waardoor onnodige zorgvraag wordt afgeremd. Maar concurrentie kan ook leiden tot hogere uitgaven aan zorg. Dit hoeft vanuit welvaartsoogpunt niet slecht te zijn; het welvaartseffect hangt af van de oorzaak van de uitgavenstijging. Meer betalen voor betere zorg moet anders gewaardeerd worden dan meer betalen voor dezelfde zorg.

Concurrentie kan om verschillende redenen leiden tot welvaart-verlagende kostenstijgingen. De enorme informatie-asymmetrie die kenmerkend is voor de zorg maakt overconsumptie, dat wil zeggen: gebruik van niet-kosteneffectieve zorg, tot een reëel risico. Het nieuwe DBC-systeem, dat een nauwere relatie legt tussen inkomsten en productie dan het huidige model, kan de prikkel tot het leveren van niet-kosteneffectieve zorg vergroten. Daarnaast kan een lage toetredingsdrempel resulteren in een te groot aanbod met maatschappelijke verspilling als

gevolg. De plannen voor het nieuwe stelsel bevatten als maatregel ter beheersing van de kosten een verplicht eigen risico van 100 euro per volwassene. Aanvullende opties zijn:

- Verbod op herverzekeren eigen risico. Indien via een aanvullende verzekering het eigen risico kan worden 'weg verzekerd' verdwijnt het remmende effect. De kosten van de extra zorgconsumptie (in vergelijking met de situatie met een eigen risico) worden dan voor een deel afgewenteld op de basispolis.
- Transparantie-bevordering rond kwaliteit om te voorkomen dat verzekerden een hoge prijs interpreteren als een signaal voor hoge kwaliteit.
- Richtlijnen (laten) opstellen voor kosteneffectieve zorg. Het ontwikkelen van dergelijke richtlijnen vergt een substantiële investering in onderzoek, en komt vanwege het publieke-goed karakter ervan niet goed van de grond zonder overheidsbeleid.
- Verkleining van het basispakket. Deze optie heeft echter als nadeel dat, bij een smal basispakket, veel verzekerden zullen kiezen voor een aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen acceptatieplicht, waardoor risicoselectie toe kan nemen. Bovendien zal de risicosolidariteit beperkt worden door premiedifferentiatie. Ook kunnen de polisvoorwaarden van aanvullende verzekeringen onderling sterk verschillen, waardoor de transparantie onder druk komt te staan.
- Handhaving van het verbod op winst. Een dergelijk verbod kan op korte termijn ongewenste prijsstijgingen helpen voorkomen. Amerikaans onderzoek wijst uit dat winstgerichte instellingen sterker geneigd zijn misbruik te maken van een economische machtspositie dan non-profit-instellingen. Hier staat tegenover dat het toelaten van winstgerichte klinieken op langere termijn kan bijdragen aan snelle toetreding van nieuwe zorgaanbieders, die de bestaande machtsposities ondergraven. Dit versterkt de prikkel tot kostenefficiency.
- Verhoging van het verplichte eigen risico. Buitenlandse ervaringen en model-berekeningen voor Nederland laten zien dat de remmende werking van hogere eigen bijdragen aanzienlijk is.

### **Beleidsopties deel II en III**

De delen II en III gaan uitgebreid in op beleidsopties om de (mogelijke) problemen tegen te gaan. Een onderscheid wordt gemaakt tussen opties die geen uitstel dulden of waarbij uitstel niet nodig is en opties waar belangrijke nadelen aan kleven en die in een gunstig geval niet nodig zijn, maar in een ongunstig geval misschien wel. Bij deze laatste categorie liggen de beleidsdilemma's.

Voor alle deelsectoren binnen de curatieve zorg geldt dat verbetering van transparantie en versterking van het mededingingtoezicht dringend nodig zijn. Bij de vaststelling van het basispakket en van functionele zorgaanspraken is het van belang inzicht te hebben in kosteneffectiviteit van verschillende behandelingen. Het hiertoe vereiste onderzoek komt vanwege het publieke-goed karakter ervan niet goed van de grond zonder overheidsbeleid.

### **Beleidsopties zorgverzekeraars**

- Opheffen van het onderscheid tussen particuliere verzekeraars en ziekenfondsen. Invoering van een landelijke acceptatieplicht, met eventueel een tijdelijke ontheffing voor nieuwkomers (hoofdstuk 3).
- Invoering van een risico-vereveningssysteem geënt op het bestaande systeem bij ziekenfondsen, maar in belangrijke opzichten verbeterd (hoofdstuk 7) .
- Betere informatie-voorziening door ontwikkeling en waar mogelijk publicatie van kwaliteits-indicatoren (hoofdstuk 4+8).
- Invoering van verplichte eigen bijdragen om uitgavenstijgingen beheersbaar te houden (hoofdstuk 9) .
- Versterking van mededinging- en kwaliteitstoezicht (hoofdstuk 5 + 8).
- Verbod op herverzekeren eigen risico (hoofdstuk 9). Indien via een aanvullende verzekering het eigen risico kan worden 'wegverzekerd' verdwijnt het remmende effect. De kosten van de extra zorgconsumptie (in vergelijking met de situatie met een eigen risico) worden dan voor een deel afgewenteld op de basispolis.

De volgende dilemma's zijn van belang voor beleidskeuzes rond de markt voor zorgverzekeringen:

- Verhoging van verplichte eigen bijdragen en eigen risico's, alsmede het al dan niet toelaten van premiedifferentiatie (hoofdstukken 7 en 9). Indien er aanwijzingen zijn voor een toename van onnodig gebruik, dan valt een verhoging van het eigen risico en de eigen bijdragen te overwegen. Hierbij stuit het beleid op een dilemma, omdat hoge eigen bijdragen kunnen leiden tot uitstel of afstel van kosteneffectieve zorg. Om dit dilemma te verzachten kan ervoor gekozen worden verplichte eigen bijdragen te differentiëren, bijvoorbeeld naar inkomen. Ook het opheffen van het verbod van premiedifferentiatie is een dilemma. Het zou goed kunnen zijn om de premies beter op niet-verevende risico's, zoals regionale kostenverschillen, af te stemmen. Maar dat kan de solidariteit aantasten, is wellicht ook uitvoeringstechnisch ingewikkeld en kan op bezwaren stuiten in de Europese regelgeving.

### **Beleidsopties ziekenhuiszorg**

De ziekenhuiszorg is met een jaarlijks budget van bijna 11 mld euro in 2002 goed voor tweederde van alle uitgaven in de curatieve zorg. De invoering van concurrentie in de ziekenhuiszorg is met meer onzekerheden omgeven dan in andere delen van de curatieve zorg.

Bij de beleidsopties rond de ziekenhuiszorg valt een soortgelijke driedeling te maken als bij de zorgverzekeringen: opties die geen uitstel dulden, no-regret opties, en dilemma's. De volgende opties dulden geen uitstel:

- Versoepeling van wet- en regelgeving rond toetreding van nieuwe aanbieders (hoofdstuk 3)
- Ontwikkeling van DBCs (diagnose-behandel-combinaties). Dit zijn uniforme productbeschrijvingen, die in het beoogde stelsel een belangrijk hulpmiddel zijn bij het vergelijken van de kostenefficiëntie tussen verschillende ziekenhuizen.
- Invoering van integrale DBC-prijzen, dat wil zeggen met inbegrip van een opslag voor kapitaallasten<sup>2</sup> (hoofdstuk 3).
- Oplossen kapitaallastenprobleem bij bestaande ziekenhuizen (hoofdstuk 3).
- Betere kwaliteitsmeting en waar mogelijk publicatie van de gezondheidsuitkomsten (zoals voor risico gecorrigeerde mortaliteit) (hoofdstuk 8).
- Versterking van mededingingtoezicht (hoofdstuk 5).
- Versterking van het kwaliteitstoezicht (hoofdstuk 8).

Het beleid ziet zich geconfronteerd met het volgende dilemma rond de ziekenhuiszorg:

- Toelaten van winstgerichte zorgaanbieders tot de verzekerde zorg (intermezzo na hoofdstuk 3). Toelaten van winstgerichte zorgaanbieders in de ziekenhuiszorg kan bijdragen aan snelle toetreding, een belangrijke voorwaarde voor concurrentie. Maar hier staan mogelijke nadelen tegenover: kwaliteitsverlies voorzover deze kwaliteit niet goed wordt gemeten of niet goed kan worden gemeten (overigens kan het toelaten van winst ook leiden tot kwaliteitsverbetering); kostenstijgingen door de grotere geneigdheid van winstgerichte aanbieders om misbruik te maken van marktmacht. Dit dilemma valt te verzachten door te investeren in goed kwaliteitstoezicht en in prestatie-indicatoren (hoofdstuk 8). Of het dilemma daarmee helemaal is op te lossen is op voorhand niet te voorspellen.

Binnen de ziekenhuiszorg verdienen de spoedeisende zorg en topzorg aparte aandacht (zie het intermezzo na hoofdstuk 2).

### **Beleidsopties eerstelijnszorg**

Invoering van concurrentie in dit deel van de curatieve zorg lijkt relatief eenvoudig, zeker in vergelijking met de ziekenhuiszorg en met de zorgverzekeringen. De volgende beleidsopties verdienen niettemin al op korte termijn aandacht:

- Meer ruimte voor verzekeraars om eerstelijnszorg te prikkelen tot efficiency door bijvoorbeeld bonussen uit te keren bij kostenbewust voorschrijf- en doorverwijsgedrag (hoofdstuk 9).
- Tekorten aan huisartsen verminderen door herschikking taken eerste lijn (hoofdstuk 3).
- Uitbreiding van de opleidingscapaciteit om toekomstige tekorten tegen te gaan (hoofdstuk 5).

<sup>2</sup> De overheid speelt hierbij een rol in de overgangsfase naar vrije prijsonderhandelingen.

Het volgende dilemma doet zich voor bij de eerstelijnszorg:

- Toestaan dat verzekeraars artsen en andere (para)medici in dienst nemen (hoofdstuk 2). Dit kan botsen met het streven naar concurrentie tussen verzekeraars. Om dit te voorkomen is actief mededingingstoezicht van belang.

### **Beleidsopties geneesmiddelen**

De volgende beleidsopties dienen zich aan om de problemen op deze deelmarkt aan te pakken:

- Verzekeraars in staat stellen te werken met zogenaamde formularia die voor elke verzekeraar precies aangegeven welk merk geneesmiddel wel en welk geneesmiddelen niet wordt vergoed (hoofdstuk 6).
- Handhaving maximumprijzen uit voorzorgsoverwegingen (hoofdstuk 6).
- Versterking toezicht door de NMa en/of een sectorspecifieke toezichthouder (hoofdstuk 6).
- Stimuleren van toetreding door apotheken door het verlagen van toetredingsbarrières, bijvoorbeeld door versoepeling van de vereiste dat in de apotheek altijd een apotheker aanwezig dient te zijn (hoofdstuk 6).

## **Deel IV: Omgaan met onzekerheid**

In de delen II en III van dit rapport zijn beleidsopties geschetst die eraan bijdragen dat aan de voorwaarden voor concurrentie wordt voldaan. Dit deel gaat in op de volgende vragen: Hoe reëel is de mogelijkheid dat deze doelen in onvoldoende mate worden gerealiseerd met het geschetste beleid? Wat kan er misgaan? Wat zijn de terugvalopties voor het beleid in het geval concurrentie niet haalbaar blijkt?

De antwoorden verschillen opnieuw tussen de verschillende deelsectoren van de curatieve zorg.

### **Zorgverzekeringen**

Het eerste risico bij de markt voor zorgverzekeringen heeft betrekking op de mate waarin voldaan zal zijn aan de voorwaarden van transparantie en toetreding. Een tweede risico betreft het risico-vereveningsmodel: lukt het om de prikkels tot risicoselectie weg te nemen en om verschillen tussen verzekeraars in het risicoprofiel te compenseren? Ook de onzekerheden rond de Europese regelgeving impliceren een mogelijk risico.

Wat zijn de beleidsopties indien concurrentie tussen verzekeraars toch onvoldoende van de grond komt? Een eerste beleidsoptie is via benchmarking en maatstafconcurrentie verzekeraars alsnog prikkelen tot efficiënt zorg inkopen. Op basis van de gemiddelde kosten kan een toezichthouder een prijs vaststellen. Instellingen waarbij de kosten lager zijn dan de prijs,

maken winst, minder efficiënte instellingen maken verlies. Dit prikkelt tot efficiëntieverbetering (CPB, 2000). Een basisvereiste voor maatstafconcurrentie is dat de prestaties van de instellingen objectief meetbaar zijn. Benchmarking is de eerste helft van maatstafconcurrentie, dus instellingen onderling vergelijken zonder financiële beloning of straf. Dit stelt minder hoge eisen dan maatstafconcurrentie en is daardoor makkelijker en breder toepasbaar, bijvoorbeeld voor de vergelijking van kwaliteitsprestaties. Doordat de vergelijking publiek wordt gemaakt kan benchmarking prikkelen tot efficiëntie.

Een tweede mogelijkheid is invoering van een publieke basisverzekering, waarbij de rol van de verzekeraars is overgenomen door sociale uitvoeringsorganen die geen risico dragen. Ten opzichte van concurrentie tussen verzekeraars hebben beide opties nadelen. De eerste optie vereist dat centraal wordt vastgesteld welke criteria worden gehanteerd bij het benchmarken van de prestaties van verzekeraars. Het is maar de vraag of die criteria overeenkomen met de voorkeuren van verzekerden. Bij de tweede optie zijn de prikkels tot efficiënt zorg inkopen relatief zwak.

### **Ziekenhuiszorg**

De onzekerheden rond zowel toetreding als transparantie zijn in dit deel van de curatieve zorg het grootst. Dat geldt eveneens voor de risico's van kwaliteitsverlies en van onnodige kostenstijgingen. Aan de andere kant zijn de kansen voor efficiëntievergroting en kwaliteitsverbetering ook het grootst in dit deel van de curatieve zorg.

Indien en voorzover concurrentie tussen ziekenhuizen niet goed van de grond komt (bijvoorbeeld in bepaalde regio's of voor bepaalde delen van de ziekenhuiszorg), is benchmarken gekoppeld aan maatstafconcurrentie een mogelijk alternatief, net als bij de zorgverzekeraars. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de gegevens die in het kader van de DBCs worden verzameld. Ook andere vormen van prijsregulering behoren tot de terugvalopties.

### **Eerstelijnszorg**

Hoewel voor dit deel van de curatieve zorg relatief gemakkelijk te voldoen valt aan de voorwaarden voor concurrentie is succes niet helemaal gegarandeerd. Personeelsschaarste kan resulteren in marktmacht bij aanbieders. Marktmacht bij aanbieders kan ook het resultaat zijn van blijvend hoge overstapkosten van patiënten bijvoorbeeld vanwege de vertrouwensrelatie met de eigen huisarts.

Indien concurrentie toch onvoldoende van de grond komt is prijsregulering van zorgaanbieders een mogelijke terugvaloptie. Ook hierbij kan gebruik worden gemaakt van benchmarking en maatstafconcurrentie.

### **Geneesmiddelen**

Het belangrijkste mogelijke probleem bij de versterking van concurrentieprikkels in deze markt vormt de transparantie rond formularia (de geneesmiddelenlijsten van de verschillende verzekeraars). Verzekerden kunnen onmogelijk zelf beoordelen in hoeverre de formularia alle kosteneffectieve geneesmiddelen vergoeden. Een strenge verzekeraar, die kostenbewust geneesmiddelen inkoopt, kan dan (ten onrechte) worden gestraft door ontevreden verzekerden.

Indien verzekeraars om wat voor reden dan ook er niet slagen hun rol te vervullen van kostenbewuste inkoper van geneesmiddelen is de terugvaloptie voortgezette prijsregulering aangevuld met het afnemen van overwinsten bij apothekers.

### **Conclusie**

Bij de huidige plannen voor een nieuw zorgstelsel, op een aantal punten aangevuld met beleidsalternatieven zoals in dit rapport geschetst, lijken de risico's van concurrentie beheersbaar. Hier staan aanzienlijke voordelen tegenover, die niet in goed te realiseren zijn zonder concurrentie. Daarom verdient het concurrentiemodel een serieuze kans.





## Deel I: Inleiding en theoretisch kader

### 1 Inleiding

#### 1.1 Probleemstelling en afbakening

Over de contouren van een nieuw zorgstelsel is door het tweede kabinet Kok overeenstemming bereikt. Het kabinet Balkenende heeft deze plannen grotendeels overgenomen. De plannen behelzen invoering van een nieuw stelsel in 2005, en omvatten de volgende elementen<sup>3</sup>:

- het onderscheid tussen particuliere verzekeraars en ziekenfondsen komt te vervallen;
- iedereen betaalt een nominale premie voor een uniform breed basispakket, met een verplicht eigen risico en een (inkomensafhankelijke) werkgeversbijdrage;
- voor kinderen is geen premie verschuldigd;
- lagere inkomens worden gecompenseerd via een uitkering uit een nieuw op te zetten zorgfonds;
- het sluiten van een ziektekostenverzekering wordt voor iedereen verplicht;
- verzekeraars gaan onderhandelen met zorgaanbieders over prijs en kwaliteit van de zorg;
- zorgverzekeraars krijgen een acceptatieplicht en mogen de premie niet differentieren tussen verzekerden;
- er komt een risico-vereveningssysteem voor verzekeraars.

Een aantal aspecten van het nieuwe stelsel staat nog ter discussie. Zo is nog onduidelijk welke vormgeving het meest in overeenstemming is met Europese regelgeving (zie paragraaf 2.3). Over een centraal element van het nieuwe stelsel, een zwaarder accent op concurrentie, lijken vrijwel alle partijen het echter eens te zijn.

De plannen voorzien in invoering van het nieuwe stelsel in 2005. In het nieuwe stelsel is een sleutelrol toebedeeld aan concurrentie, niet alleen tussen verzekeraars maar ook tussen zorgaanbieders. Waarom wil het kabinet meer concurrentie invoeren in een zo 'moeilijke' sector als de zorgsector? Omdat het aanbodgestuurde stelsel niet in staat is gebleken een aantal belangrijke knelpunten in de zorg, zoals een doelmatige besteding van middelen en de wachtlijsten, aan te pakken. Door meer ruimte te scheppen voor concurrentie nemen de prikkels op decentraal niveau toe om efficiënt en klantgericht te werken.

Concurrentie in de zorg komt echter niet vanzelf tot stand. Overheidsbeleid, zoals deregulering en versterking van het mededingingstoezicht, is nodig om de randvoorwaarden te creëren waaronder concurrentie een kans kan krijgen. Overheidsbeleid is ook nodig om te

<sup>3</sup> Zie *Werken aan vertrouwen: een kwestie van aanpakken, strategisch akkoord voor kabinet CDA, LPF, VVD*, 3 juli 2002.

zorgen dat concurrentie de juiste vorm aanneemt. Voorkomen moet worden dat concurrentie leidt tot ongewenst kwaliteitsverlies, of tot selectie van verzekerden met lage risico's.

Daarmee luidt de probleemstelling van dit rapport als volgt:

**Probleemstelling:**

- Onder welke voorwaarden komt concurrentie op markten in de zorg in voldoende mate van de grond, welke beleidsopties dienen zich aan om te zorgen dat aan deze voorwaarden wordt voldaan?
- Wat zijn mogelijke negatieve bijwerkingen van concurrentie in de zorg, welke beleidsopties dienen zich aan om negatieve bijwerkingen tegen te gaan?

De eerste vraag van de probleemstelling komt aan bod in deel II van dit rapport, de tweede vraag in deel III. Om deze vragen zinvol te kunnen analyseren is een theoretisch kader nodig. Deel I van dit rapport presenteert dit theoretisch kader.

De zoektocht naar antwoorden op deze twee vragen levert een verzameling beleidsopties op. Sommige beleidsopties hebben het karakter van no-regret opties, maar vaak kleven aan een bepaalde beleidsoptie zowel voor- als nadelen. De keuze om een bepaalde beleidsoptie al dan niet uit te voeren, vereist daarom vaak een afweging van de voor- en nadelen. Hoe die afweging uitpakt, hangt in belangrijke mate af van een aantal onzekerheden rond het gedrag verzekerden en verzekeraars, en rond de economische kenmerken van medische technologie en de technologie van het verzekeringsbedrijf. Met name in de ziekenhuiszorg maken deze onzekerheden het moeilijk om vooraf te voorspellen in hoeverre aan de voorwaarden voor concurrentie zal zijn voldaan. In het laatste deel van dit rapport wordt, aan de hand van een viertal cases, ingegaan op de vraag hoe het beleid met deze onzekerheden om kan gaan.

Dit rapport richt zich op de curatieve zorg (ook wel aangeduid als de cure). De zogenaamde care (verzorgingshuizen, verpleeghuizen, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg) blijft hier buiten beschouwing. De reden is dat de stelselherziening vooralsnog uitsluitend betrekking heeft op de cure. Binnen de cure ligt het accent in dit rapport vaak op de ziekenhuizen. De reden hiervoor is dat dit binnen de cure een grote sector vormt, én dat veel van de vraagstukken rond concurrentie het sterkst tot uitdrukking komen bij de ziekenhuiszorg.

De rest van dit hoofdstuk schetst de context voor de analyse in dit rapport. Allereerst wordt ingegaan op de internationale beleidscontext en op de geschiedenis van het stelseldebat in Nederland. De volgende paragraaf vergelijkt de Nederlandse en buitenlandse prestaties op zorggebied. En tenslotte wordt een kort overzicht gegeven van experimenten waaruit blijkt dat met betrekkelijk geringe inspanningen aanzienlijk efficiëntiewinsten mogelijk zijn.

## 1.2 Internationale en historische context

### 1.2.1 Marktwerking in de zorg: een internationale trend

Het Nederlandse streven naar meer concurrentie in de zorg sluit aan bij een internationale beleidstrend. Zo stelt Cutler in een recent overzicht: *"The issues on the public agenda are remarkably similar in different countries - the rising cost of care, and the perceived inefficiency of the system. [...] The result is the beginning of a third wave of health care reform, focussing on incentives, and in particular competition, as central elements in the medical system."* (Cutler 2002, p. 899). Cutler laat zien dat deze derde golf een reactie vormt op de eerdere twee hervormingsgolven. De eerste golf, die aan het einde van de 19e eeuw begon en rond WOII eindigde behelsde universele verzekering tegen ziektekosten en brede toegankelijkheid tot zorg. De tweede golf, die begon in de jaren zeventig, was vooral gemotiveerd door sterk gestegen kosten, en behelsde regulering en rantsoenering met als doel de zorguitgaven in de hand te houden. De ervaringen met deze maatregelen hebben aanleiding gegeven tot de huidige derde golf van hervormingen. Cutler nogmaals: *"But recent years have made the regulatory solution increasingly less attractive. The march of technology has continued, even in regulated systems. Medical-care cost growth resumed when expenditure controls were not actively being tightened. Further, cost controls have made the lack of efficiency more noticeable. Waiting lines and access restrictions have become increasingly important issues as the constraints increase in intensity. As a result, the regulatory solution to medical care is coming under disfavor. In many countries, there is an incipient movement away from regulation and towards market based solutions to medical-care problems."*

### 1.2.2 Marktwerking in de zorg: voor Nederland geen nieuw onderwerp

Nederland is dus niet uniek wat betreft de voornemens rond concurrentie in de zorg. In Nederland speelt de discussie over concurrentie in de zorg al veel langer. Hoewel dit niet de plaats is om uitgebreid op de geschiedenis van de stelsel discussie in te gaan, kan hier ook niet helemaal aan voorbij worden gegaan. Die geschiedenis zou op het eerste gezicht somber kunnen stemmen over de haalbaarheid van de huidige plannen, maar bij nadere analyse blijkt de geschiedenis voor somberheid weinig aanleiding te geven.

De Kam en Nypels (2001, p. 106) wijzen erop dat reeds in 1987 de commissie-Dekker in haar rapport *Bereidheid tot verandering* pleitte voor een groter vertrouwen op het marktmechanisme, ter aanvulling op overheidsbeleid. De aanleiding vormde, in de woorden van De Kam en Nypels, 'het voortwoekerende oerwoud van overheidsvoorschriften en de strakke budgettering van de zorgsector' (op. cit.). Ook de commissie-Dekker zag al een centrale rol weggelegd voor verzekeraars, die - net als in de huidige plannen - te maken zouden krijgen met een acceptatieplicht voor een basispakket. Ook zou de contracteerplicht van verzekeraars met zorgaanbieders gaan verdwijnen, evenals het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier. Zo bezien is er dus weinig nieuws onder de zon.

Waarom zijn de plannen van de commissie-Dekker na bijna 20 jaar nog niet uitgevoerd? Dit is een belangrijke vraag, omdat het antwoord kan helpen bij het bepalen van de kritische succesfactoren rond de huidige plannen. Er blijken - naast verzet vanuit de sector zelf - twee belangrijke politieke struikelblokken te zijn geweest. Het eerste struikelblok betrof de omvang van het basispakket, het tweede de afschaffing van het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier. In beide gevallen is het achterliggende conflict de mate van solidariteit tussen hoge en lage inkomens in de ziektekostenverzekering. De politieke discussie ging dus niet over de wenselijkheid of onwenselijkheid van concurrentie. Er is zelfs een aantal stappen gezet in richting van verwezenlijking van dit deel van het plan Dekker. Zo kunnen ziekenfondsverzekerden sinds 1992 eens per jaar van verzekeraar wisselen. Ook is de contracterplicht afgeschaft voor een deel van het ziekenfonds: ziekenfondsen zijn niet langer verplicht een contract te sluiten met elke huisarts, tandarts of fysiotherapeut in hun werkgebied. Ten slotte zijn ziekenfondsen in grotere mate risicodragend geworden, en is het risico-vereveningssysteem verbeterd. Hoewel deze stappen ontoereikend zijn gebleken om concurrentie echt van de grond te krijgen, ondersteunt dit wel het beeld dat concurrentie niet het struikelblok is geweest.

Deze korte terugblik stemt derhalve niet pessimistisch voor wat betreft de haalbaarheid van een stelsel waarin concurrentie centraal staat. Bovendien lijken de politieke tegenstellingen over de oude struikelblokken - de omvang van het basispakket en het samengaan van particuliere verzekering en ziekenfondsverzekering - grotendeels verdwenen te zijn. Wellicht dat hierbij een rol heeft gespeeld het toegenomen gevoel van urgentie, hetgeen weer samenhangt met de maatschappelijke onvrede over de wachtlijsten. Een laatste reden voor optimisme over de haalbaarheid van huidige plannen is dat de oplossing van een aantal uitvoeringsproblemen dichterbij is gekomen. In de woorden van Van de Ven en Schut (2000): "*With respect to some of the major technical problems, i.e. a system of adequately risk-adjusted premium subsidies, standardized product definition and related output prices, and an adequate competition policy, the prospects now are much better than they were 10 years ago.*" (Van de Ven en Schut, 2000, p. 25.

---

## Mag het van Europa?

Van verschillende zijden is erop gewezen dat onderdelen van de huidige plannen strijdig zijn met Europese regelgeving. De Europese regelgeving is echter niet eenduidig. In de woorden van de Landsadvocaat: “Noch de rechtspraak van het Hof, noch andere Europeesrechtelijke bronnen bevatten scherp omliggende maatstaven die bij het ontwerpen van een nieuw stelsel kunnen worden aangelegd” (Drijber en De Groot, 2002, p. 28).

Volgens de Landsadvocaat dient vermeden te worden dat de Europese Schaderichtlijnen van toepassing zullen zijn op verzekeraars in het nieuwe stelsel. Centrale elementen van het nieuwe zorgstelsel, zoals een acceptatieplicht en verplichte deelname aan een risico-vereveningssysteem, zijn volgens hem onverenigbaar met de Schaderichtlijnen. Hierover bestaat echter geen consensus. Ottervanger en De Jong (2003) sluiten niet uit dat de huidige plannen wél verenigbaar zijn met de Europese Schaderichtlijnen.

Een manier om onder de Schaderichtlijnen uit te komen, is het stelsel zo vorm te geven dat het kan worden aangemerkt als behorend tot het stelsel van sociale zekerheid. De Landsadvocaat stelt dat dit een aantal wijzigingen vergt in de bestaande plannen (Drijber en De Groot, p. 24 en 53):

- De verzekering van burgers ontstaat - net als bij de huidige ziekenfondsverzekering - door een daartoe strekkende wet en niet door (privaatrechtelijke) overeenkomsten tussen burgers en verzekeraars. Verzekerden dienen zich te verzekeren bij een verzekeraar naar keuze.
- De overheid stelt regels ten aanzien van de nominale premies, bijvoorbeeld door het vaststellen van een bepaalde bandbreedte.
- Premiedifferentiatie op grond van aan de persoon van de verzekerde gerelateerde factoren wordt verboden, ook buiten leeftijd en gezondheid. Dit lijkt overigens te passen binnen de huidige plannen.
- De uitvoering wordt opgedragen of overgelaten aan aparte entiteiten die op nader te bepalen wijze afgescheiden zijn van een onderneming die een particuliere, aanvullende ziektekostenverzekering aanbiedt. Dit kan een aparte BV of NV zijn.

Deze wijzigingen hoeven geen belemmering te vormen voor effectieve concurrentie tussen verzekeraars, mits de regels ten aanzien van de nominale premie voldoende ruimte laten en voldoende mogelijkheden overblijven voor het maken van winst. De RVZ (2002) en Ottervanger en De Jong (2003) menen echter dat deze wijzigingen niet toereikend zijn om het stelsel te laten aanmerken als behorend tot het stelsel van sociale zekerheid. Ook over de vraag of uitvoering door winstgerichte verzekeraars toegelaten is binnen het stelsel van sociale zekerheid lopen de meningen uiteen.

Duidelijkheid over de Europese regels is dringend gewenst. Ottervanger en De Jong (2003) stellen voor de Europese Commissie om verduidelijking te vragen: “Aan de Commissie zal voorgelegd kunnen worden dat bij de strikte interpretatie van de richtlijnen, de Nederlandse regering gedwongen zal worden te kiezen voor een sterk gereguleerd publiekrechtelijk stelsel, hetgeen strijdig is met de doelstellingen van de schaderichtlijnen (en het EG-recht in het algemeen) van een vrije en concurrerende gemeenschappelijke markt” (p. 8).

Indien zou blijken dat het nieuwe stelsel, eventueel met beperkte wijzigingen zoals gesuggereerd door de Landsadvocaat, niet verenigbaar is met de Europese regelgeving, dan valt te overwegen draagvlak te zoeken voor een aanpassing van de betrokken regels.

---

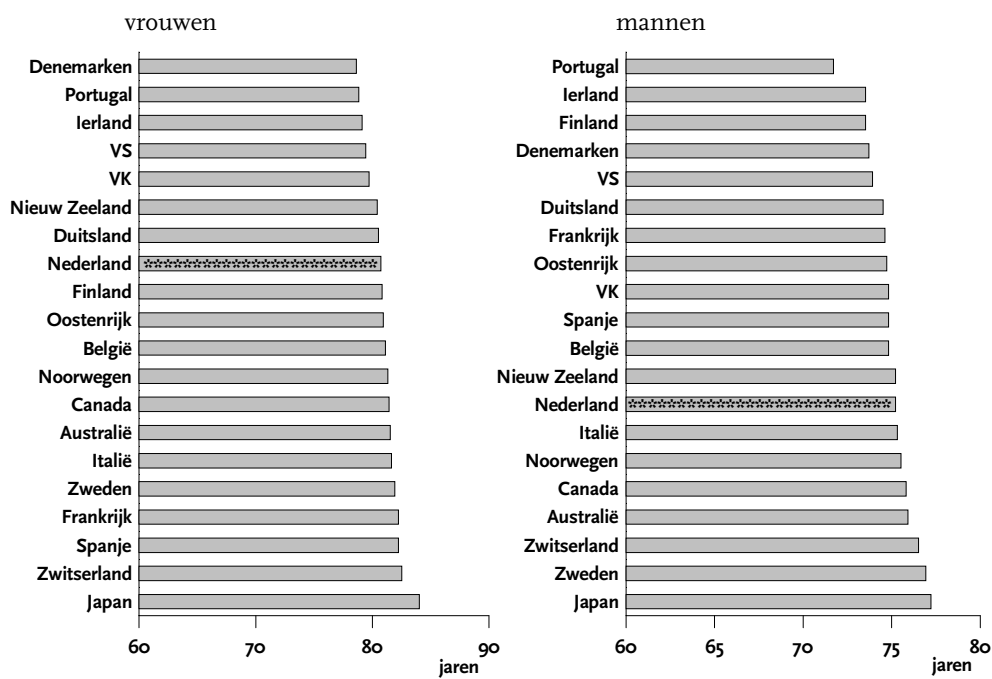
### 1.3 De Nederlandse zorg in internationaal perspectief

Hoe doet de Nederlandse gezondheidszorg het in vergelijking met het buitenland (de landen van de OESO)? Deze paragraaf schets hiervan een beeld op basis van een reeks figuren, gebaseerd op OESO (2002).

#### 1.3.1 Gezondheidsuitkomsten

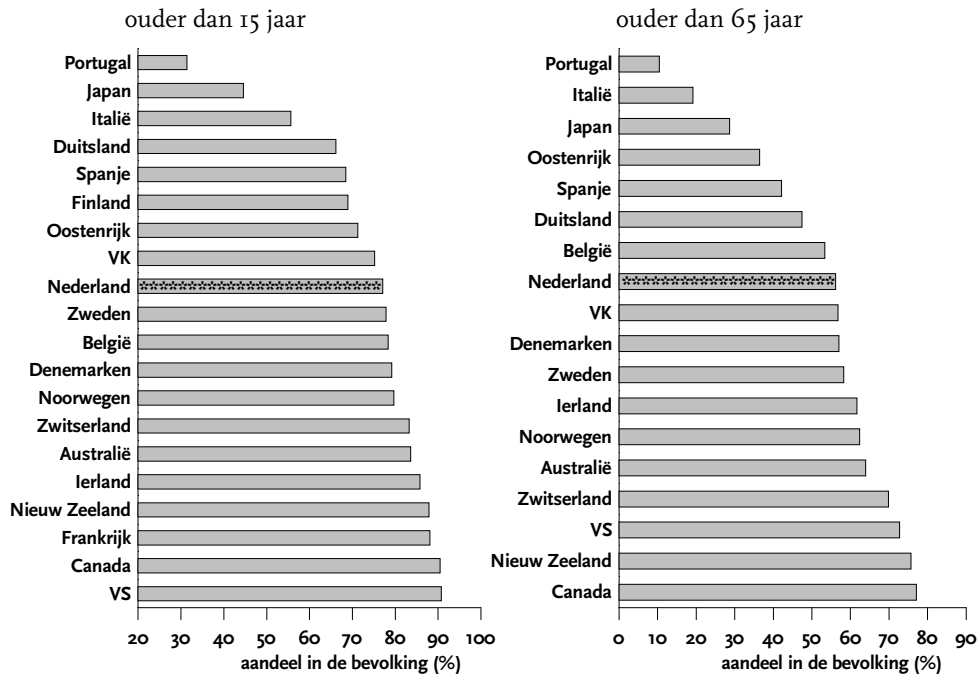
Nederland scoort gemiddeld waar het gaat om de levensverwachting bij geboorte (zie figuur 1.1).

Figuur 1.1 Levensverwachting



Figuur 1.2 laat zien dat Nederland eveneens gemiddeld scoort bij de indicator "eigen opvattingen over gezondheid".

**Figuur 1.2 Eigen opvattingen over gezondheid: percentage van de bevolking met een goede gezondheid**

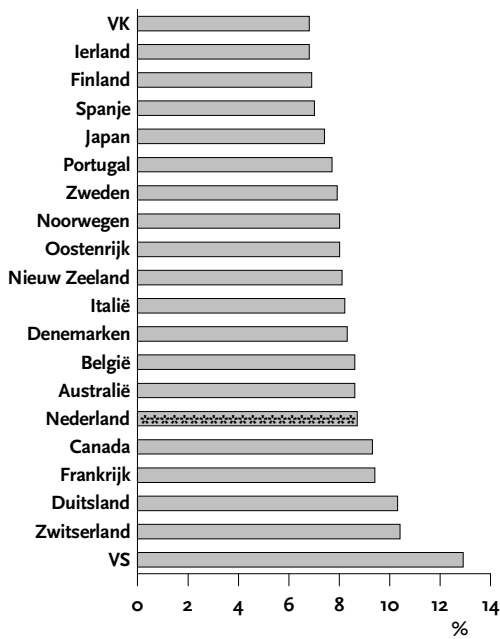


Uiteraard zijn gezondheidsuitkomsten slechts gedeeltelijk toe te schrijven aan de kwaliteit van de cure. Daarnaast spelen onder meer investeringen in preventie van ziekte en gedragspatronen een rol.

### 1.3.2 Inputs

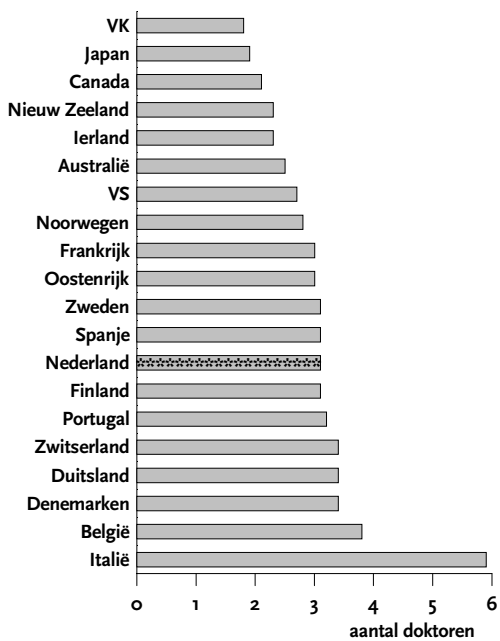
Als percentage van het BBP Nederland geeft Nederland iets meer dan gemiddeld uit aan de gezondheidszorg Zie figuur 1.3).

**Figuur 1.3 Uitgaven aan gezondheidszorg (in % BBP, 1998)**



Het aantal artsen per hoofd van de bevolking ligt iets boven het gemiddelde (figuur 1.4).

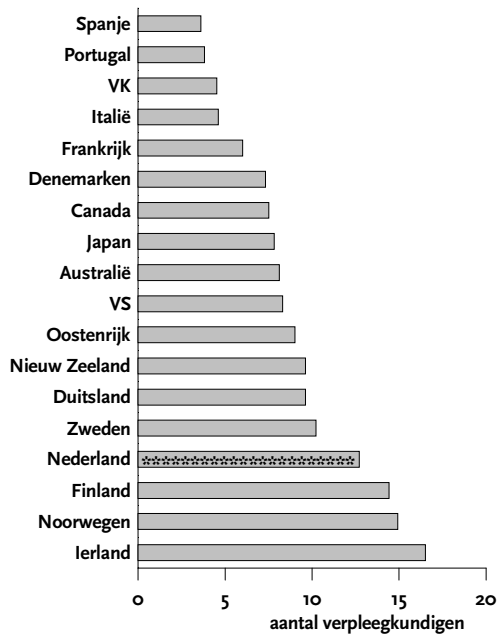
**Figuur 1.4 Aantal artsen per 1000 inwoners, 1999**





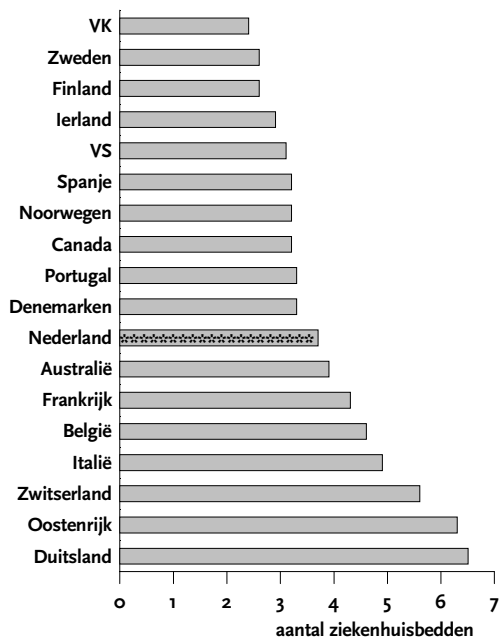
Het aantal verpleegkundigen per 1000 personen is vrij hoog.

Figuur 1.5 Aantal verpleegkundigen per 1000 personen, 1999



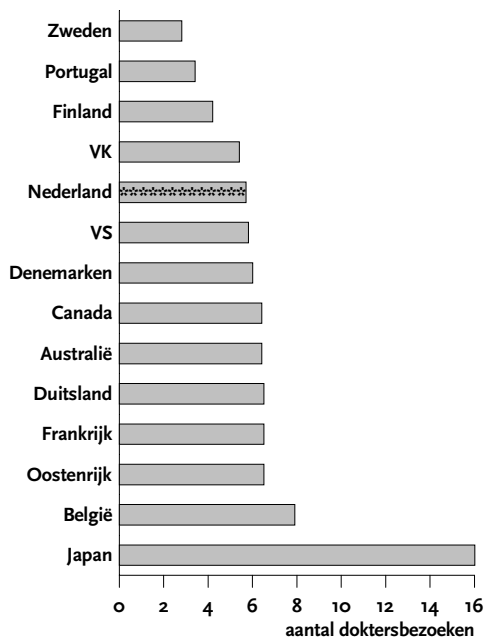
Het aantal ziekenhuisbedden is in Nederland eveneens iets hoger dan gemiddeld.

Figuur 1.6 Aantal ziekenhuisbedden per 1000 personen, 1998



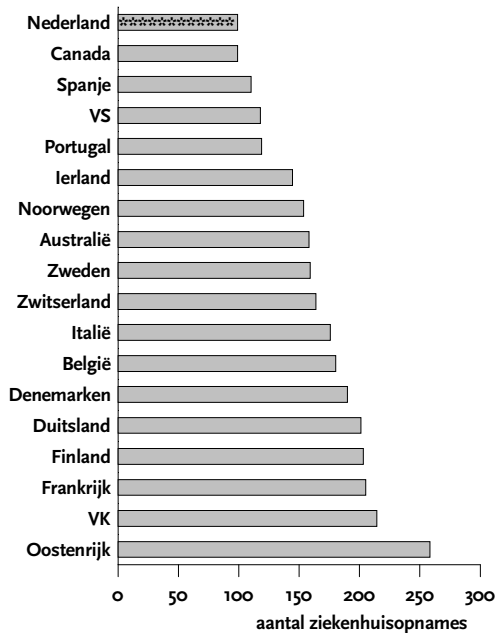
Nederlanders gaan relatief weinig naar de dokter (figuur 1.6).

Figuur 1.7 Aantal doktersbezoeken per 1000 inwoners, 1998



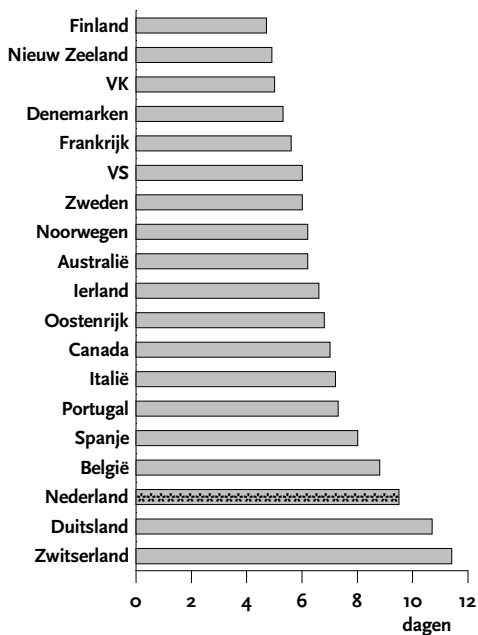
Het aantal ziekenhuisopnames is in Nederland het laagst van alle OESO-landen.

Figuur 1.8 Ziekenhuisopnames per 1000 personen



De gemiddelde verblijfsduur in een ziekenhuis is in Nederland hoog.

**Figuur 1.9 Gemiddelde duur ziekenhuisopname, in dagen, 1998**



### 1.3.3 Conclusies

Bij het trekken van conclusies uit dit soort globale cijfers past altijd forse terughoudendheid. De cijfers schetsen slechts een partieel beeld, achter de cijfers gaan grote verschillen in gezondheidsstelsels schuil, en definitieverschillen belemmeren de onderlinge vergelijkbaarheid. Met deze slagen om de arm kan worden geconcludeerd dat uit deze cijfers niet het beeld opdoemt van een bijzonder efficiënte sector, maar ook niet van een bijzonder inefficiënte sector. Voorzover op basis van het beschikbare cijfermateriaal conclusies zijn te trekken over de relatieve prestaties van het Nederlandse zorgstelsel als geheel scoort Nederland gemiddeld. In procenten van het BBP besteden we iets meer dan het OESO-gemiddelde aan de zorg, en we scoren bij de gezondheidsuitkomsten ook ongeveer gemiddeld. Opvallend is dat er relatief veel personeel rondloopt in de Nederlandse zorg, terwijl patiënten minder vaak worden opgenomen dan in andere landen (wat op zichzelf gunstig of ongunstig kan zijn). Dit zou kunnen wijzen op inefficiëntie.

## 1.4 Nederlandse experimenten rond efficiëntieverhoging in de zorg

Uit een reeks experimenten in Nederland blijkt dat de efficiëntie van aanbieders in de curatieve zorg op betrekkelijk eenvoudige wijze valt te verbeteren. Ook blijkt dat veel te winnen valt door de verspreiding van best practices in Nederland zelf. Zoals nader zal worden uiteengezet in het

volgende hoofdstuk kan concurrentie ertoe bijdragen dat de mogelijkheden tot efficiëntieverbetering worden benut en dat best practices snel worden verspreid.

#### **1.4.1 Experimenten rond het voorschrijf- en verwijsgedrag van artsen<sup>4</sup>**

Bij een recent experiment van een verzekeraar in Zuid-Limburg werden huisartsen beloond voor efficiënt voorschrijfgedrag. Het project ging in mei 1999 van start onder de naam "nightcare". In dit project werden huisartsen uit eigen middelen van de verzekeraar beloond voor de extra moeite om te komen tot een verlaging van het benzodiazepinengebruik onder de bevolking van de Oostelijke Mijnstreek.<sup>5</sup> Publicaties over een verontrustende overconsumptie van benzodiazepinen en het niet-opvolgen van de bestaande richtlijnen door voorschrijvers leidden ertoe juist deze geneesmiddelengroep te kiezen voor het project. De vergoeding die de huisartsen kregen, werd gebruikt voor de financiering van de infrastructuur van de doordeeweekse nachtdiensten in Oostelijk Zuid-Limburg, waarvoor in die periode nog geen vergoeding volgens de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) bestond.

De ervaringen rond het nightcare-project wijzen uit dat er een substantiële daling van overconsumptie van benzodiazepinen mogelijk is. Het project is inmiddels uitgebreid tot andere geneesmiddelengroepen.

Ook bij het doorverwijsgedrag van huisartsen blijken belangrijke doelmatigheidswinsten binnen handbereik te liggen. Zo constateert het CVZ (2002): "Doelmatigheid is te winnen in betere verwijssystemen van de eerste naar tweede lijn. De kern van de ontwikkelde methodiek is dat huisartsen patiënten volgens een bepaalde ordening verwijzen ("voorsorteren") en dat er over en weer feedback wordt gegeven. Toepassing van deze werkwijze heeft in Leiden tot een aantal belangrijke verbeteringen geleid, zoals een reductie in spoedverwijzingen met 57% en reductie van herhaalbezoeken met 59%." (zie CVZ(2002)).

#### **1.4.2 Experimenten rond efficiëntie-verhoging in ziekenhuizen**

Het SCP heeft onlangs de resultaten van een aantal recente experimenten gericht op efficiëntieverhoging in de curatieve zorg op en rij gezet (SCP, 2002, p. 289 e.v.). In enkele ervan werd de organisatie verbeterd door betere planning van polikliniekafspraken, dagbehandelingen en/of operaties. In andere gevallen kon de verblijfsduur in het ziekenhuis worden bekort door betere voorbereiding op de operatie of door veranderingen in opname- en ontslagbeleid. De resultaten bleken doorgaans spectaculair: de productiviteit steeg met tientallen procenten en vaak was er daarnaast sprake van kwaliteitsverbetering. Op basis van deze initiatieven is geschat

<sup>4</sup> Deze alinea is gebaseerd op het artikel "Doelmatig voorschrijven", van W. J.A.M.M. Gruijsen, P.E.M. Muijers, Medisch Contact 3 mei 2002.

<sup>5</sup> Benzodiazepinen is een verzamelnaam voor een groep medicijnen met kalmerende eigenschappen. De meeste kalmerende middelen en slaapmiddelen behoren tegenwoordig tot deze groep.

dat de productiviteit in ziekenhuizen met 25% omhoog zou kunnen (Bisognano, geciteerd in de Volkskrant van 6 april 2002).

De zogenaamde Doorbraak-projecten van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO bevestigen dit beeld. De directeur van het CBO, Schellekens, vat de uitkomsten van deze projecten als volgt samen: "Voorbeelden zijn de projecten op de Intensive Care (20 procent productiviteitswinst, beademingsduur met 40 procent verkort) en de Spoedeisende Hulp (halvering wachttijden), de projecten Wondinfecties na operatie (40% minder wondinfecties), Medicatieveiligheid (halvering toedieningsfouten), Knieklachten (doorstroomtijd verminderd met 70 procent), Voetproblemen bij suikerziekte (minder amputaties), Zorg voor patiënten met een beroerte (geen 'verkeerde bedden' meer, verdubbeling van het aantal patiënten dat naar huis kan)." (Medisch Contact, 14 juni 2002).

Schellekens concludeert hieruit: "Brede verspreiding van de best practices zou de meeste problemen in de zorg oplossen. Dit blijkt echter niet vanzelf te gebeuren." Hoewel Schellekens zelf deze conclusie niet trekt, kunnen goed vormgegeven concurrentieprikkels bijdragen aan een bredere verspreiding van best practices.

## 1.5 Conclusies

De Nederlandse plannen om in het nieuwe stelsel een sleutelrol toe te kennen aan concurrentie passen binnen een internationale beleidstrend. Elders kampen overheden met soortgelijke problemen als in Nederland, en zoekt men in dezelfde richting: deregulering en versterking van concurrentieprikkels.

In Nederland dateren de eerste plannen rond introductie van meer concurrentie in de zorg van het begin van de jaren tachtig, maar politieke tegenstellingen stonden uitvoering van de plannen in de weg. Van belang voor de slaagkans van de huidige plannen is dat concurrentie niet het struikelblok vormde; dat betrof elementen van de plannen die betrekking hadden op de omvang van de verplichte solidariteit. Inmiddels lijkt dit obstakel uit de weg geruimd te zijn.

Een globale internationale vergelijking van de Nederlandse zorg (cure) laat zien dat Nederland over het geheel genomen gemiddeld scoort: de uitgaven aan zorg als percentage van het BBP liggen iets boven het OESO-gemiddelde, en globale gezondheidsuitkomsten liggen rond het OESO gemiddelde. Uit experimenten in Nederland zelf blijkt echter dat aanzienlijke efficiëntieverbeteringen mogelijk lijken. Met bescheiden extra inspanningen blijken vaak forse efficiëntieverbeteringen mogelijk (lagere kosten, kortere wachtlijsten), maar in veel zorginstellingen blijven deze inspanningen achterwege. Een aannemelijke verklaring is dat de prikkels tot snelle overname van best practices ontbreken. Onder welke voorwaarden levert invoering van concurrentie in de zorg de juiste prikkels? Om deze vraag draait het in de rest van dit rapport.



## 2 Zorg, concurrentie en economische theorie

### 2.1 Inleiding

De notie dat concurrentieprikkels in veel gevallen bevorderlijk zijn voor welvaart is - in ieder geval onder economen - nauwelijks omstreden. Toch ligt het voor de hand aan het begin van een rapport over concurrentie in de zorg nog eens de vraag te stellen wat precies ten grondslag ligt aan die doorgaans zegenrijke werking van concurrentie. Ook kan het geen kwaad de mogelijke nadelen van concurrentie nog eens langs te lopen. Bij deze inventarisatie van voor- en nadelen is het van groot belang een onderscheid te maken tussen concurrentie op min of meer 'normale' markten, en markten voor de zorg. Daarom begint dit hoofdstuk, na een korte beschouwing over wat concurrentie precies is, met een analyse van de voor- en nadelen van concurrentie op een normale markt. Vervolgens wordt ingegaan op de bijzondere kenmerken van markten in de zorg, en de implicaties hiervan voor concurrentie.

### 2.2 Wat is concurrentie?

Concurrentie (competition) heeft, als kernbegrip in de economie, verrassend genoeg geen eenduidige definitie. Een van de winnaars van de Nobelprijs voor de economie van 2001, Joseph Stiglitz, omschrijft concurrentie als volgt: "*When we stress the importance of competition to our students, we tend to make reference to a number of associated ideas: to markets, incentives, and decentralization.*" (Stiglitz 1994, blz 109) Een iets meer uitgewerkte definitie die hier bij aansluit luidt als volgt. Op een bepaalde markt is sprake van concurrentie indien:

- aanbieders (producenten, dienstverleners) belang hebben bij tevreden klanten, en
- afnemers (klanten, consumenten, verzekerden) kunnen tegen lage kosten overstappen naar een andere aanbieder (stemmen met de voeten): indien de prijs/kwaliteit-verhouding elders gunstiger is, dan stappen zij over naar de concurrent.

Naarmate beter aan deze twee voorwaarden is voldaan, is de mate van concurrentie intensiever. Deze definitie lijkt overeen te komen met wat in het normale spraakgebruik onder concurrentie wordt verstaan.

Onder de zojuist genoemde voorwaarden zullen aanbieders hun best doen om goederen en diensten te leveren die *in de ogen van de afnemer* beter en/of goedkoper zijn dan die van de concurrent. De toevoeging 'in de ogen van de afnemer' in de vorige zin staat er niet voor niets: afnemers zien niet alles, en zijn soms niet in staat belangrijke kwaliteitsaspecten te beoordelen vanwege het ontbreken van informatie. Eén van de andere Nobelprijswinnaars van 2001 (ook

voor de economie), George Akerlof, heeft zijn roem mede te danken aan een analyse van de implicaties hiervan voor de werking van de markt voor tweedehands auto's. Zijn conclusie: als afnemers de kwaliteit van het geleverde niet goed kunnen beoordelen, kan concurrentie zijn zegenrijke werk niet goed doen. De gemiddelde kwaliteit van de verhandelde auto's zal laag zijn, omdat kopers het verschil tussen een goede en een slechte auto niet goed kunnen waarnemen. Dit inzicht is uiteraard ook zeer relevant voor de zorgsector, die gekenmerkt wordt door talloze informatie-asymmetrieën. Op de implicaties hiervan wordt later in dit hoofdstuk en elders in dit boek uitgebreid ingegaan.

## 2.3 Concurrentie op een normale markt

### 2.3.1 Waarom concurrentie?<sup>6</sup>

Het is natuurlijk mooi dat concurrentie ertoe leidt dat aanbieders hun best doen om goederen en diensten te leveren die, in de ogen van de afnemer, beter en goedkoper zijn dan die van de concurrent. Maar is dit resultaat alleen te bereiken via concurrentie? Is het niet mogelijk om met behulp van regelgeving door de overheid hetzelfde doel te realiseren?

Informatie is het sleutelwoord bij de beantwoording van deze vragen. Indien de overheid zou beschikken over alle relevante informatie (dat wil zeggen: informatie over voorkeuren van individuen, over hun capaciteiten en talenten, over hun inspanningen, en over de technologische mogelijkheden in de economie), dan zou via centrale planning een welvaartsniveau bereikt kunnen worden dat minstens zo hoog is als onder concurrentie. De overheid zou een productieplan kunnen opstellen, met een bijbehorend beloningsschema om te zorgen dat dit plan wordt uitgevoerd. Mogelijk zou - nog steeds onder veronderstelling van volledige informatie - de uitkomst zelfs beter zijn dan die van de vrije markt, omdat de overheid rekening zou kunnen houden met de effecten van de acties van de ene agent op de welvaart van andere agenten (zogenaamde externe effecten). Voorbeelden van dergelijke effecten zijn geluidsoverlast en milieuvervuiling. Bovendien zou de overheid het plan zo kunnen opstellen dat geen sprake is van verspilling. Er wordt alleen geproduceerd door bedrijven en instellingen met een minimum efficiënte schaal.

Inmiddels weten we dat het een illusie is te denken dat de overheid een dergelijk plan kan opstellen, laat staan dat de overheid het plan zou kunnen laten uitvoeren. De fundamentele reden voor dit overheidsfalen is een gebrek aan informatie. De overheid kent de voorkeuren van individuen niet, de overheid heeft geen inzicht in hun capaciteiten, talenten en inspanningen, en de overheid heeft geen goed beeld van de technologische mogelijkheden in de economie. Ook weet de overheid niet waar de kansen liggen voor innovaties.

<sup>6</sup> Deze paragraaf is gebaseerd op Stiglitz (1994), hoofdstuk 7.



Op decentraal niveau, bij de afnemers en aanbieders van een bepaald goed of van een bepaalde dienst, is over al deze zaken doorgaans veel meer informatie beschikbaar dan op centraal niveau. Het individu is veelal beter dan anderen op de hoogte van de eigen voorkeuren, capaciteiten en talenten. En producenten van een bepaald product of een bepaalde dienst hebben vaak een beter beeld van de technologische mogelijkheden en van de innovatiekansen dan anderen.<sup>7</sup> In tegenstelling tot centrale planning maak concurrentie wél gebruik van deze decentrale kennis en informatie.

### **2.3.2 Nadelen van concurrentie<sup>8</sup>**

Helaas staan tegenover de voordelen van concurrentie ook mogelijke nadelen. In de eerste plaats kan concurrentie 'doorgeslagen' zijn. Indien er een prijzenoorlog woedt kunnen ondernemers klem komen te zitten: meedoen aan een prijzenoorlog levert financieel verlies op, maar niet meedoen betekent het verlies van de oorlog. De markt kan lijken op volledig vrije concurrentie, maar in feite kunnen ondernemingen niet meer goed investeren in nieuwe technologie. In dit verband wordt wel gesproken van ruïneuze concurrentie.

Een tweede nadeel heeft te maken met de voorwaarden waaronder concurrentie gunstig kan zijn. Hierboven is al gewezen op voorbeelden zoals geluidsoverlast en milieuvuiling: zolang marktpartijen voor dit soort ongewenst gedrag geen prijs betalen, is de markttuitkomst maatschappelijk ongewenst. In vakjargon: de markt genereert negatieve externe effecten. Het ontbreken van een markt voor geluidsoverlast of voor milieuvuiling is een vorm van 'marktfalen'. Indien er sprake is van marktfalen is het niet langer vanzelfsprekend dat (meer) concurrentie goed is voor welvaart.

Het tweede nadeel (marktfalen) komt veel vaker voor dan het eerste (ruïneuze concurrentie). Ondernemingen slagen er namelijk meestal in manieren te vinden om aan het gevaar van ruïneuze concurrentie te ontsnappen, bijvoorbeeld door hun product te differentiëren van hun concurrenten. Concluderend, in veel markten is concurrentie inderdaad goed voor welvaart. Dit geldt echter niet altijd, vooral door het optreden van marktfalen.

### **2.3.3 De rol van beleid op een normale markt**

Zojuist is betoogd dat aanbieders en afnemers over meer en betere informatie beschikken dan anderen omtrent de eigen voorkeuren van individuen, over hun capaciteiten, talenten en inspanningen, over technologische mogelijkheden en over innovatiekansen. Een ordeningsmodel gebaseerd op concurrentie maakt het mogelijk, én levert de prikkels, om te

<sup>7</sup> Een belangrijke reden waarom deze informatie niet of onvolledig beschikbaar is op centraal niveau heeft te maken met prikkels. Onder centrale planning is er een prikkel om onjuiste informatie door te geven aan de centrale planner. Bijvoorbeeld: door te beweren dat de productiekosten hoger liggen dan deze feitelijk zijn verschaft de producent zich een lui leventje.

<sup>8</sup> Deze paragraaf is gebaseerd op CPB (2001a), Economische Verkenning 2003-2006, p. 146 e.v.

handelen op basis van deze informatie. Hiermee is echter niet gezegd dat marktpartijen altijd de juiste (dat wil zeggen: maatschappelijk gewenste) beslissingen nemen. De rol van de overheid en van maatschappelijke organisaties is waar nodig bijsturen van het gedrag van marktpartijen in de richting van maatschappelijk gewenste uitkomsten. Ook de normen en waarden die via onderwijs, opvoeding en cultuur worden overgedragen vervullen een dergelijke functie.

Meer in het bijzonder is de overheidsrol op normale markten drieledig. In eerste plaats dient de overheid erop toe te zien dat concurrentieprikkels niet worden uitgeschakeld door concurrentie-belemmerend gedrag van aanbieders. Kartels en monopolies dienen te worden bestreden, tenzij de aantoonbare voordelen voldoende groot zijn en ten goede komen aan de consument. In die gevallen waarin aan deze voorwaarden voldaan is, dient machtsmisbruik te worden tegengegaan door het instellen van krachtige toezichthouders, in bijzondere gevallen met de bevoegdheid om in te grijpen in de prijs. Voorbeelden van dergelijke toezichthouders in Nederland zijn de OPTA (de toezichthouder voor de telecom) en de DTe (de toezichthouder voor de energiesector).

In de tweede plaats is er een rol voor de overheid indien sprake is van marktfalen. De overheid dient dit soort gevallen corrigerend op te treden, hetzij remmend (bij negatieve externe effecten) hetzij stimulerend (bij positieve externe effecten). Daarbij stuit zij wel steeds op haar eigen beperkingen, die deels weer samenhangen met een gebrek aan informatie (bijvoorbeeld: hoe weet de overheid wat burgers bereid zijn te betalen voor minder geluidsoverlast of een schoner milieu?). Goed beleid vergt een afweging van marktfalen en overheidsfalen.

In de derde plaats houdt de markt geen rekening met politieke voorkeuren rond herverdeling. Het kan zijn dat meer mededinging weliswaar tot een meer efficiënte inzet van middelen leidt maar dat de uitkomst van het proces een verdeling van de welvaart over de burgers oplevert die niet correspondeert met de politieke preferenties. Aanvullend beleid (bijvoorbeeld een belastingmaatregel) kan dan corrigeren voor de ongewenste verdeling.

## **2.4 Concurrentie op markten in de zorg**

### **2.4.1 Inleiding**

De argumenten die pleiten voor een ordeningsmodel gebaseerd op concurrentie gelden in principe ook voor de zorg. Immers, ook in de zorg is het wenselijk dat marktpartijen worden aangezet hun best te doen voor hun klanten, en daarbij zo goed mogelijk gebruik maken van de beschikbare kennis en informatie over voorkeuren, talenten, capaciteiten, kosten en innovatiekansen. Maar voor de zorg geldt in veel sterkere mate dan voor 'gewone' goederen en diensten dat ongebreidelde concurrentie leidt tot maatschappelijk ongewenste uitkomsten. Daarom kan concurrentie in de zorg zijn zegenrijke werk slechts doen indien die concurrentie goed gereguleerd wordt. De overheid speelt hierbij een belangrijke rol. Door eisen te stellen aan het gedrag van de verschillende partijen (verzekeraars, zorgaanbieders, en verzekerden), en door

bij te dragen aan informatie en transparantie, kan de overheid bewerkstelligen dat concurrentie van de grond komt, zonder dat dit leidt tot negatieve bijwerkingen.

#### **2.4.2 Bijzondere kenmerken van de zorg**

De zorg verschilt in belangrijke opzichten van 'gewone' goederen en diensten. In de eerste plaats is toegang tot een minimumpakket aan zorg essentieel. Als je geen dure kleren kunt betalen is dat misschien vervelend, als je verstoken blijft van essentiële zorg zijn de gevolgen ernstig of zelfs rampzalig.

In de tweede plaats heeft een verkeerde aanschaf van een gewoon product minder vergaande consequenties dan verkeerde zorg. Natuurlijk is het heel vervelend als de zojuist gekochte tweedehands auto een miskoop blijkt te zijn. Maar een foutieve operatie met als gevolg blijvend letsel - of erger - is vaak vele malen ernstiger.

Ten derde lopen betalingen in de zorg grotendeels via verzekeringen, waardoor op het moment van zorgbehoefte de patiënt niet de volle kosten van de zorg draagt. Dit introduceert een belangentegenstelling tussen verzekerden, die zich niet tegen alle mogelijke risico's zullen willen verzekeren, en patiënten, die weinig oog zullen hebben voor de kosten van de geleverde zorg zolang hun verzekering deze kosten dekt. In de verzekeringsliteratuur staat deze blindheid voor kosten bekend als *moral hazard*. Een kader gaat in op de definitie van kosteneffectieve zorg.

In de vierde plaats kan een verzekerde of een patiënt de kwaliteit of de medische noodzaak van de geleverde zorg dikwijls niet goed beoordelen. Hetzelfde geldt voor verzekeraars. Er is, met andere woorden, sprake van onvolledige informatie.

Elk van deze vier bijzondere kenmerken komt ook voor in andere sectoren dan de zorg. Het bijzondere van de zorg is dat alle vier deze kenmerken tegelijkertijd optreden. De rest van deze paragraaf gaat in op de implicaties van de bijzondere kenmerken van de zorg voor concurrentie. De volgende paragraaf gaat na wat dit betekent voor de rol van de overheid.

---

### **Wat is kosteneffectieve zorg?**

Kosteneffectieve zorg kan op twee verschillende manieren worden gedefinieerd. Volgens de eerste -enge-definitie is behandeling X kosteneffectief indien hiermee een gegeven gezondheidsdoel (bijvoorbeeld genezing van ziekte Y bij patiënt Z) wordt gerealiseerd tegen de laagste kosten. Volgens een tweede -ruime- definitie is behandeling X pas kosteneffectief indien de verwachte gezondheidswinst per euro ten minste even groot is als de verwachte gezondheidswinst per euro bij andere behandelingen, inclusief behandelingen voor andere ziekten bij andere patiënten. De eerste definitie gaat dus uit van een gegeven gezondheidsdoel bij een gegeven patiënt, de tweede definitie vereist ook vergelijkingen tussen verschillende gezondheidsdoelen bij verschillende patiënten. Als een behandeling kosteneffectief is volgens definitie 2, dan is die behandeling automatisch ook kosteneffectief volgens definitie 1. Het omgekeerde geldt echter niet.

Definitie 2 stelt grotere eisen aan de beschikbaarheid van gegevens, omdat de gezondheidswinst van verschillende behandelingen moet worden uitgedrukt in onderling vergelijkbare standaardeenheden. Zonder zo'n standaardeenheid kan de kosteneffectiviteit van bijvoorbeeld open hartoperaties niet worden vergeleken met de kosteneffectiviteit van dotterbehandelingen. De standaardeenheid die gezondheidseconomen voor dit doel hebben ontwikkeld heet QALY (quality adjusted life year). Gezondheidswinst uitgedrukt in QALY's houdt niet alleen rekening met het aantal gewonnen levensjaren, maar ook met de verbetering in de kwaliteit van leven die een patiënt na behandeling ervaart. Het gebruik van QALYs vereist wel de normatieve aanname dat de QALY van de een net zoveel waard is als de QALY van een ander. Dit is niet evident: is een extra gezondlevensjaar van een jonge moeder die altijd gezond heeft geleefd net zoveel waard als een extra levensjaar van een tachtigjarige verstokte roker? Gezondheidseconomen branden hun vingers -terecht- niet aan dit soort netelige kwesties. Een implicatie van deze waarde vrije opstelling van gezondheidseconomen is, dat kosteneffectiviteitsonderzoek de beslissing over wat wel en wat niet in het basispakket thuishoort nooit helemaal zal kunnen overnemen van de politiek.

De uitkomsten van kosteneffectiviteitsonderzoek worden (nog) niet altijd gebruikt in de medische praktijk. Zo worden longtransplantaties uitgevoerd en vergoed ondanks de relatief zeer hoge kosten per QALY. Maar de trend is duidelijk in richting van een ruimer gebruik van de uitkomsten van kosteneffectiviteitsonderzoek. Zo geldt vanaf 2005 voor alle nieuwe geneesmiddelen dat een aanvraag voor toelating tot het vergoedingensysteem vergezeld dient te gaan van een verslag van een kosteneffectiviteitsonderzoek.

Bron: Brouwer en Rutten, 2002.

---

#### **2.4.3 Gevolgen van de bijzondere kenmerken van de zorg I: concurrentie komt niet van de grond**

Door onvolledige informatie kunnen verzekerden zich geen goed beeld vormen van verschillen in kwaliteit tussen zorgaanbieders. Dit heeft twee implicaties voor de mate waarin concurrentie van de grond komt. In de eerste plaats kan de prikkel voor verzekeraars om scherp in te kopen verwateren. De reden is dat verzekerden een goedkope polis kunnen interpreteren als een signaal van lage zorgkwaliteit. Een verzekeraar die erin slaagt goede zorg goedkoop in te kopen,

en die dit voordeel bovendien doorberekent in de prijs van de polis, ontleent hier dan geen concurrentievoordeel aan.

In de tweede plaats speelt in markten met onvolledige informatie de reputatie van zorgaanbieders een belangrijke rol. Indien kwaliteit niet direct meetbaar is, zullen zorgconsumenten en verzekerden afgaan op wat reeds bekend is over de prestaties van de zorgaanbieders en verzekeraars in het verleden. Dit leidt tot een toetredingsbarrière voor nieuwe zorgaanbieders, die immers nog geen reputatie hebben kunnen vormen.

#### **2.4.4 Gevolgen van de bijzondere kenmerken van de zorg II: negatieve bijwerkingen van concurrentie**

Zoals al is aangegeven bij de bespreking van concurrentie op een normale markt heeft concurrentie niet alleen voordelen maar ook nadelen. Bovenop de daar genoemde potentiële nadelen heeft concurrentie in de zorg nog drie mogelijke negatieve bijwerkingen: maatschappelijk ongewenste kostenstijgingen, kwaliteitsverlies, en selectie van verzekerden door verzekeraars.

Ongewenste kostenstijgingen zijn kostenstijgingen ten gevolge van een toename van niet-kosteneffectieve zorg (zie hoofdstuk 9). Meer concurrentie tussen zorgaanbieders kan ertoe leiden dat meer aandacht ontstaat voor het patiëntenbelang. Dit is in veel opzichten wenselijk, maar in één opzicht niet. Hierboven is al gewezen op de belangentegenstelling tussen verzekerden, die meer oog hebben voor kosten, en patiënten, die weinig oog zullen hebben voor de kosten van de geleverde zorg zolang hun verzekering deze kosten dekt. Indien, als gevolg van concurrentie tussen aanbieders, de belangen van patiënten gaan prevaleren, dreigt een toename van de productie van niet-kosteneffectieve zorg. Concurrentie tussen verzekeraars kan hier tegenwicht aan bieden, voorzover concurrerende verzekeraars prikkels en instrumenten hebben om te streven naar kosteneffectiviteit. Maar dit veronderstelt wel dat verzekerden een onderscheid kunnen maken tussen verzekeraars die zich richten op het tegengaan van niet-kosteneffectieve zorg, en verzekeraars die kosten besparen door te beknijselen op kosteneffectieve zorg. Hiermee zijn we terug bij het al genoemde informatieprobleem. Bij onvolledige informatie over kwaliteit kan het gebeuren dat verzekerden een lage prijs voor een ziektekostenpolis beschouwen als een indicatie van lage (zorg)kwaliteit.

Een tweede mogelijke negatieve bijwerking van concurrentie in de zorg is kwaliteitsverlies (zie hoofdstuk 8). Zoals is aangegeven bij de beschouwing over concurrentie op een normale markt, zorgen concurrentieprikkels ervoor dat aanbieders hun best gaan doen om goederen en diensten te leveren die, in de ogen van de afnemer, beter en goedkoper zijn dan die van de concurrent. Indien verzekerden belangrijke kwaliteitsaspecten van de zorg niet of slecht kunnen beoordelen, bijvoorbeeld door het ontbreken van deskundigheid of informatie, dan kunnen dit soort kwaliteitsaspecten in de verdrukking komen. Immers, kwalitatief betere zorg zal vaak

duurder zijn, en dit zal in uitdrukking komen in een duurder pols. Indien verzekeren deze kwaliteitsverbetering niet waarnemen, betekent dit een concurrentienadeel.<sup>9</sup>

Het derde risico van concurrentie is, dat verzekeraars zich vooral gaan richten op de selectie van verzekeren. Een verzekeraar kan zijn kosten verlagen en zijn winst vergroten indien hij zogenaamde slechte risico's buiten de deur houdt. Slechte risico's zijn verzekeren met een hoog verwacht zorggebruik. De consequentie van dergelijk gedrag van verzekeraars is dat een soort bewapeningswedloop ontstaat tussen verzekeraars, gericht op het afschrikken van slechte risico's en het aantrekken van goede risico's. Maatschappelijk gezien is dit pure verspilling. In een concurrerende markt voor zorgverzekeringen kan een individuele verzekeraar zich echter niet aan een dergelijke wedloop onttrekken. Doet hij dat wel, dan komt een groot deel van de slechte risico's bij hem terecht, met als gevolg hoge kosten, dure polissen, een teruglopend marktaandeel en mogelijk zelfs faillissement.

## **2.5 De rol van de overheid bij markten in de zorg**

### **2.5.1 Veelomvattender dan bij de meeste andere markten**

De rol van de overheid is bij markten in de zorg veelomvattender dan bij veel andere markten. Bovenop het bewaken van mededinging, het zorg dragen voor de productie van publieke goederen<sup>10</sup> en het afremmen van negatieve of bevorderen van positieve externaliteiten. komt nog een aantal andere taken:

- bewaken van toegankelijkheid
- bewaken van kwaliteit
- bevorderen van concurrentie
- tegengaan van risicoselectie
- tegengaan van ongewenste kostenstijgingen

### **2.5.2 Bewaken van toegankelijkheid**

Het dikwijls essentiële karakter van zorg is op zichzelf onvoldoende aanleiding voor overheidsingrijpen. Brood is ook essentieel, en daar grijpt de overheid niet in.

Overheidsingrijpen bij essentiële goederen en diensten is pas nodig indien de markt uit zichzelf

<sup>9</sup> Dit is het spiegelbeeld van het eerder genoemde risico, dat concurrentie moeilijk van de grond komt als verzekeren een lage prijs als signaal voor lage kwaliteit zien. De gevolgen van niet-waarneembare kwaliteit zijn dus niet eenduidig. Of concurrentie komt onvoldoende van de grond, of concurrentie vindt onevenredig plaats op prijs (en/of op meetbare kwaliteitsaspecten).

<sup>10</sup> Voorbeelden van publieke goederen in de zorg zijn kennis over preventie van ziekten, en kennis over de kosteneffectiviteit van zorg.

(zonder aanvullende stimuli of regelgeving) niet zorgt voor universele beschikbaarheid. Voor veel soorten zorg schiet de vrije markt in dit opzicht inderdaad tekort en is er dus behoefte aan overheidsingrijpen.

In de meeste rijke landen zorgt de overheid voor universele beschikbaarheid van een minimum aan zorg. Wat dit minimumpakket precies omvat verschilt echter sterk tussen landen en over de tijd. Dit heeft ongetwijfeld te maken met verschillen in maatschappelijke voorkeuren rond solidariteit.

De huidige plannen voor een nieuw stelsel voorzien in de universele beschikbaarheid van een maatschappelijk aanvaardbaar minimum aan zorg door het invoeren van een acceptatieplicht voor verzekeraars: verzekeraars dienen alle verzekerden te accepteren voor een basispakket tegen uniforme polisvoorwaarden. Dit laatste houdt in dat een verzekeraar geen onderscheid mag maken tussen verschillende soorten verzekerden. Om te voorkomen dat een deel van de bevolking toch onverzekerd blijft, gaat tevens een verzekeringsplicht gelden voor alle ingezetenen.

### **2.5.3 Bewaken van kwaliteit**

Concurrentie geeft marktpartijen een zekere prikkel om kwaliteitsverschillen zichtbaar te maken. Immers, een zorgaanbieder die investeert in kwaliteit heeft er belang bij dat dit zichtbaar is voor zijn afnemers. Toch is er reden voor aanvullend overheidsbeleid (zie hoofdstuk 8). In de eerste plaats blijkt uit theoretische analyses dat de marktprikkel om kwaliteitsverschillen zichtbaar te maken doorgaans te zwak is. Bovendien is het vanuit het oogpunt van transparantie van belang dat een zekere standaardisatie optreedt in de gebruikte prestatie-indicatoren. En ten slotte levert concurrentie een prikkel om op moeilijk zichtbare kwaliteitsaspecten te bezuinigen. De overheid kan bij de bewaking van kwaliteit een belangrijke rol spelen, door minimumeisen te stellen, door prestatie-indicatoren te laten ontwikkelen en door zorgaanbieders te verplichten informatie te verstrekken over hun prestaties.

### **2.5.4 Bevorderen van concurrentie**

Zoals in deel II van dit rapport nader zal worden onderbouwd is op een aantal markten in de zorg nu nog sprake van zwakke concurrentieprikkels. Om de concurrentie tussen zorgaanbieders en tussen verzekeraars een impuls te geven, is actief overheidsbeleid nodig. Verzekerden lijken nu nog nauwelijks te reageren op verschillen in prijs, waardoor verzekeraars een zwakke prikkel tot het leveren van een goede prijs/kwaliteitverhouding ondervinden. Voor een deel heeft dit te maken met een gebrek aan transparantie, dat wil zeggen een gebrek aan informatie over prijs en kwaliteit. Verzekeraars worden op hun beurt soms geconfronteerd met machtige zorgaanbieders en met een weinig transparante kostenstructuur. Verlaging van toetredingsbarrières door deregulering en verhoging van transparantie, bijvoorbeeld

afgedwongen via een wettelijke informatieplicht, zijn twee belangrijke beleidsopties die later in dit rapport nader worden toegelicht (zie hoofdstuk 3).

#### **2.5.5 Tegengaan van risicoselectie**

De invoering van een wettelijke acceptatieplicht voor een standaardpolis maakt risicoselectie aanzienlijk minder gemakkelijk voor verzekeraars, maar nog niet onmogelijk (zo blijkt uit buitenlandse ervaringen). Om de selectie van goede risico's door verzekeraars verder tegen te gaan is het daarom nodig verschillen tussen verzekerden in verwachte winstgevendheid te verkleinen. Dit wordt op dit moment gedaan voor ziekenfondsen via een systeem van risico-verevening. Verzekeraars met relatief veel slechte risico's ontvangen hiervoor compensatie uit een algemene kas die wordt gevuld door heffingen bij verzekeraars met weinig slechte risico's. Het bestaande systeem is nog wel vatbaar voor verbetering (zie hoofdstuk 7).

#### **2.5.6 Tegengaan van ongewenste kostenstijgingen**

Hierboven is al opgemerkt dat ongewenste kostenstijgingen bij zorgaanbieders kunnen worden tegengegaan door actieve zorgverzekeraars die toezien op, en investeren in, de kosteneffectiviteit van de geleverde zorg. Er is ook al op gewezen dat zorgverzekeraars die rol alleen zullen vervullen indien verzekerden dit op prijs stellen. Als verzekerden daarentegen een goedkope polis aanzien voor een slechte polis, dan heeft een verzekeraar geen prikkel om de kosten laag te houden (integendeel). Dit wijst opnieuw op het belang van een goede informatievoorziening aan verzekerden, zowel over prijs als over kwaliteit. Opnieuw geldt dat de markt uit zichzelf niet de juiste informatie zal opleveren.

Verzekeraars moeten niet alleen kosteneffectief *willen* inkopen, zij moeten dat ook *kunnen*. Dit vereist vrijheid van onderhandelen, waarin de kabinetsplannen reeds voorzien. Zo zal voor verzekeraars geen contracteerplicht gaan gelden. Een zorgaanbieder die te duur is of die geen goede kwaliteit levert kan dus worden gemeden. De Amerikaanse ervaringen laten zien dat de regierol van verzekeraars ook kan inhouden dat patiënten een second opinion moeten vragen voor een dure ingreep, of dat artsen bonussen kunnen verdienen door niet al te veel door te verwijzen naar dure specialisten. Sommige Amerikaanse verzekeraars zijn overgegaan tot verticale integratie, door zelf zorgaanbieders in dienst te nemen of klinieken te exploiteren. Dergelijke initiatieven komen bij verzekeraars in Nederland ook steeds meer van de grond. Om verzekeraars in staat te stellen deze regierol goed te vervullen, moet dit niet op onnodige drempels stuiten. Om te voorkomen dat dit leidt tot anticompetitief gedrag van verticaal geïntegreerde zorgverzekeraars/zorgaanbieders is actief mededingingstoezicht van belang.



## 2.6 Conclusie

Het inzicht dat concurrentie als leidend ordeningsprincipe op 'normale' markten wenselijk is wordt breed gedeeld. Concurrentie levert een prikkel om decentraal beschikbare informatie te gebruiken in het belang van de klant. De voordelen van concurrentie rechtvaardigen echter nog geen *laissez-faire* benadering. Ook op gewone markten heeft de overheid een aantal belangrijke taken: handhaven van concurrentie, ingrijpen (remmend of stimulerend) in geval van externe effecten, zorg dragen voor de maatschappelijk gewenste mate van herverdeling.

De geschetste voordelen van concurrentie zijn in principe ook van toepassing op de zorg. Maar de zorg heeft een aantal bijzondere kenmerken waardoor die baten niet vanzelf zijn te realiseren. Een belangrijk deel van de zorg is onmisbaar, 'verkeerde' zorg heeft ingrijpende gevolgen, zorg wordt vaak betaald uit verzekeringen, tussen patiënten, aanbieders, en verzekeraars is sprake van grote informatie-asymmetrie.

Als gevolg van deze bijzondere kenmerken komt concurrentie in de zorg niet vanzelf goed van de grond. Overheidsbeleid kan hierbij een rol spelen, niet alleen via mededingingsbeleid maar ook via transparantiebevordering.

Een tweede gevolg van de bijzondere kenmerken van de zorg betreft de mogelijke negatieve bijwerkingen van concurrentie. Onder gunstige omstandigheden zorgt concurrentie in de zorg, net als op normale markten, voor een betere prijs/kwaliteit verhouding. Maar concurrentie in de zorg kan in een minder gunstig geval leiden tot ongewenste kostenstijgingen, kwaliteitsverlies, en tot selectie van goede risico's door verzekeraars. Overheidsbeleid kan opnieuw een belangrijke rol spelen om deze negatieve bijwerkingen tegen te gaan.

In bepaalde delen van de curatieve zorg is het niet aannemelijk dat aan de voorwaarden voor concurrentie zal zijn voldaan. Het betreft hier de spoedeisende hulp en de zogenoemde topzorg. Het intermezzo op de volgende bladzijden gaat in op beleidsopties voor deze delen van de zorg.

## **Intermezzo: Spoedzorg en topzorg: Geen plaats voor concurrentie?**

### **Inleiding**

Spoedzorg en topzorg gelden als delen van de zorg waar concurrentie moeilijker, of misschien zelfs niet, van de grond zal (moeten) komen. Dit intermezzo onderzoekt of deze redenatie klopt. Maar eerst leggen we uit wat we bedoelen met spoedzorg en topzorg.

### **Wat zijn spoed- en topzorg?**

#### **Spoedzorg**

Met spoedzorg bedoelen we een onvoorziene en onmiddellijke behoefte aan medische diagnostiek en behandeling (interventie). Er is sprake van een levensbedreigende situatie of een situatie die zonder onmiddellijk ingrijpen tot blijvende gezondheidsproblemen kan leiden. Voorbeelden zijn ernstige ongevallen, acute aandoeningen van de interne organen, het centrale zenuwstelsel of het bewegingsapparaat, gecompliceerde bevallingen en ernstige vergiftiging of brandwonden<sup>11</sup>.

Voor spoedzorg staat de beschikbaarheidsfunctie voorop. Ongeacht de feitelijke vraag moet de zorg paraat zijn. Een hoog opgeleide medische, paramedische en verpleegkundige staf met een scala aan faciliteiten op het gebied van (spoed)diagnostiek en behandeling moet altijd onmiddellijk beschikbaar zijn. Een goede bereikbaarheid en tijdige beschikbaarheid van de zorg zijn van groot belang. Een goede spreiding van voorzieningen voor spoedzorg is geboden.

Het aanbod van spoedzorg bestaat uit drie elementen:

- afdelingen spoedeisende hulp (SEH) in ziekenhuizen;
- afdelingen verloskunde en kindergeneeskunde in ziekenhuizen;
- ambulancezorg.

De problematiek rond de eerste twee is gelijksoortig. Die nemen we dan ook samen in dit document; we spreken vooral over afdelingen SEH. Ambulancezorg laten we verder buiten beschouwing<sup>12</sup>.

<sup>11</sup> Voor minder ernstige klachten zouden mensen (eerst) naar de huisarts moeten. Toch krijgen afdelingen spoedeisende hulp ook met deze klachten te maken, vooral 's avonds, 's nachts en in het weekend. Een mogelijke manier om dit probleem te verlichten is om huisartsenhulp buiten kantooruren laagdrempeliger te maken. Dit gebeurt al op enkele plaatsen door middel van centrale huisartsenposten. Steeds vaker worden die huisartsenposten zelfs gesitueerd in of bij (de afdeling spoedeisende hulp van) een ziekenhuis.

<sup>12</sup> Op het gebied van ambulancezorg is al enige jaren sprake van gereguleerde concurrentie.

Hoofdkenmerk van de vraag naar spoedzorg is dat de betrokkene of zijn/haar omgeving die als spoedeisend ervaart. Of "objectief" gezien spraken is van een spoedeisende situatie kan pas worden vastgesteld nadat het zorgsysteem is geactiveerd. De veiligheid van de nabijheid van een ziekenhuis voor situaties waarin behoefte is aan spoedeisende medische hulp, is vaak een belangrijk element bij pleidooien van de plaatselijke bevolking om een ziekenhuislocatie of een afdeling voor SEH open te houden. Een voorziening voor spoedzorg vergt echter hoge beschikbaarheidskosten, niet het minst door de vereiste aanwezigheid van hoog opgeleide beroepsbeoefenaren. De praktijk laat dan ook zien dat bij de functieverdeling van multi-locatieziekenhuizen de afdeling SEH één van de eerste afdelingen is waarvoor een concentratie op één van de locaties wordt overwogen.

### **Topzorg**

In zorgland circuleren twee soorten "top"-zorg: topklinische zorg en topreferente zorg. Topklinische zorg hangt samen met de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (WBMV). Als voor bepaalde zorg een WBMV-planningsbesluit of -beleidsvisie van kracht is, dan is er sprake van topklinische zorg. Voorbeelden zijn de zorg in de speciale hartcentra (hartchirurgie), transplantatiecentra (nier, hart, lever, pancreas, long), nierdialysecentra, IVF-centra en neonatale intensive care-centra. Deze centra bevinden zich bij academische ziekenhuizen, maar ook bij algemene en categorale (gespecialiseerde) ziekenhuizen. Voor sommige vormen van topklinische zorg zijn in Nederland slechts één of enkele centra (bijvoorbeeld voor hart-, long- of levertransplantaties), voor andere vormen zijn er ongeveer 15 (hartcentra, neonatologiecentra, IVF-centra). Er zijn ongeveer 45 nierdialysecentra (RIVM, 2002).

Topreferente zorg is institutioneel minder strak gedefinieerd: dit is zeer specialistische zorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is. Men spreekt ook wel van de '3e lijn' of 'last resort'. Deze zorg vindt plaats in behandelcentra met een landelijke functie, waar patiënten met een zeer ernstige, gecompliceerde of moeilijk behandelbare aandoening naar verwezen worden. Dit is vrijwel altijd in een academisch ziekenhuis, omdat de topreferentiefunctie ontstaat door de sterke interactie tussen patiëntenzorg en klinisch wetenschappelijk onderzoek en de infrastructuur die de medische faculteit en het academisch ziekenhuis daartoe onderhouden. De meerkosten verbonden aan topreferente zorg worden thans gefinancierd via de academische component van die ziekenhuizen.

*Met de term topzorg bedoelen wij die zorg die in slechts één of enkele centra geconcentreerd is.*

*Topzorg omvat dus (vrijwel) alle topreferente zorg en een deel van de topklinische zorg.*

Als het efficiënt is om zorg te concentreren op één of een paar plaatsen, dan is concurrentie tussen aanbieders van die zorg per definitie in gevaar (natuurlijk monopolie). Hoe erg is dat en wat is eraan te doen? Daarover meer in de volgende paragraaf.

## Het probleem

### Spoezorg

Waarom zou spoedzorg een probleemkind zijn als het gaat om het van de grond krijgen van concurrentie? Dit heeft te maken met de extra marktmacht die voortkomt uit het gebrek aan keuzevrijheid voor patiënten die spoedzorg nodig (denken te) hebben. Als je bloedend op straat ligt, begin je geen discussie met het ambulance-personeel over het ziekenhuis waar je naar toe gebracht wordt. Als verzekeraar moet je dus wel een contract sluiten met alle ziekenhuizen met SEH-afdeling, omdat je niet kunt voorkómen dat je verzekerden bij bepaalde SEH-afdelingen op de behandelafel terecht komen. Het opheffen van de contracteerplicht betekent dus niet dat verzekeraars kunnen besluiten om met deze ziekenhuizen geen contract aan te gaan. En er mee dreigen tijdens onderhandelingen is ongeloofwaardig.

Die extra marktmacht zouden ziekenhuizen kunnen uitbuiten. Bijvoorbeeld door hoge prijzen te bedingen voor typische spoed-DBC's<sup>13</sup>. Daarmee kunnen ze het verlies aan inkomsten compenseren, dat optreedt door prijsconcurrentie op het gebied van niet-spoed-DBC's.

Hoe groot is de kans dat dit probleem zich zal voordoen? Allereerst is het belangrijk om op te merken dat nog niet vast staat dat dit probleem zich in de praktijk zal voordoen. Voor zover wij weten is nog niet onderzocht of dergelijk gedrag van ziekenhuizen daadwerkelijk voorkomt (bijvoorbeeld in de VS). Buiten de ziekenhuissector is het fenomeen van kruissubsidiëring echter algemeen bekend: aanbieders van meerdere producten (op verschillende markten) hebben een prikkel om de prijs op de markt waar zij relatief veel marktmacht hebben te verhogen om de scherpere concurrentie op de andere markt te subsidiëren. Uit theoretisch oogpunt valt dergelijk gedrag van ziekenhuizen daarom zeker niet uit te sluiten.

Hoe erg is dat? De belangrijkste bedreiging van het gebrek aan concurrentie op het gebied van spoedzorg is, dat het toetreding kan ontmoedigen. Een potentiële toetreder - bijvoorbeeld een oogkliniek - die in zijn niche door kwaliteit en/of efficiëntie een geduchte concurrent zou kunnen zijn, ziet wellicht toch af van toetreding als het risico van kruissubsidiëring door de zittende concurrent (met SEH-afdeling) te groot is. Op deze manier kan te weinig concurrentie in het Spoedzorg-segment het ontstaan van concurrentie binnen de hele ziekenhuissector frustreren.

<sup>13</sup> Met spoed-DBC's bedoelen we die DBC's waarvoor geldt dat relatief veel patiënten via de afdeling SEH binnenkomen. Voorbeelden zijn botbreuken en hartaanvallen. De kosten van de SEH zijn een gewoon onderdeel van de kostprijs van een DBC. De kosten verbonden aan de beschikbaarheidsfunctie van de SEH moeten dus ook verwerkt worden in de DBC-prijs. Om deze reden zullen spoed-DBC's waarschijnlijk relatief duur zijn.

Op welke schaal kan het probleem zich voordoen? In 2001 hadden 109 van de 145 ziekenhuislocaties een afdeling SEH (Bouwcollege 2002, RIVM 2002). Dat is 75%. In termen van ziekenhuisorganisaties lag dit cijfer nog hoger: 92% (93 van 101 ziekenhuisorganisaties). Dit betekent dat toetreders vrijwel overal te maken krijgen met één of meer bestaande ziekenhuizen met SEH-afdeling.

Uit het voorgaande blijkt dat er sprake is van een serieuze bedreiging voor het ontstaan van concurrentie op de ziekenhuismarkt. Hierbij merken we wel op dat het probleem in de Randstad en in en rond de grote steden minder ernstig is: hier zijn vaak meerdere SEH-afdelingen dicht bij elkaar gevestigd. En bloedende verkeersslachtoffers hebben weliswaar niets te kiezen, maar minder ernstige gevallen - patiënten die met eigen vervoer komen - nog wel. De marktmacht van deze ziekenhuizen is daarom minder groot.

Buiten de Randstad en de grote steden is het vaak al zo dat ziekenhuizen of ziekenhuisorganisaties een regionaal monopolie, en dus marktmacht, bezitten. Toetreders in de regio zullen een contract moeten sluiten met deze ziekenhuizen voor toegang tot de SEH-afdeling. Een eigen SEH-afdeling zal doorgaans niet efficiënt zijn, niet voor de toetreders en zeker niet voor de maatschappij. Dit maakt spoedzorg een 'essentiële faciliteit' (zie hoofdstuk 5). De SEH-afdeling die zo'n ziekenhuis doorgaans heeft vergroot de marktmacht, maar hoe hoog deze toetredingsbarrière in de praktijk zal zijn, is niet duidelijk. Wat betekent deze onzekerheid voor het beleid op dit gebied? Daarover meer in de volgende paragraaf. Eerst bespreken we topzorg.

### **Topzorg**

Op welke wijze kan topzorg een bedreiging zijn voor effectieve concurrentie? Dat zit hem in de aparte financiering van het topzorg-deel. Topzorg-instellingen gaan wat betreft de reguliere ziekenhuiszorg gewoon meelopen met de DBC-financiering. Als de financiering van de topzorg-component te laag is, zullen hun DBC-tarieven hoger zijn dan die van reguliere ziekenhuizen. Omgekeerd zullen zij bij een te hoog topzorgbudget lagere DBC-prijzen kunnen rekenen dan hun concurrenten. Een ander effect is dat inefficiënte topzorginstellingen minder prikkels hebben om die ondoelmatigheid te bestrijden. Zij kunnen immers ook meer middelen claimen voor de topzorg-functie. Voor de overheid zal het lang niet altijd duidelijk zijn in hoeverre inefficiëntie het probleem is, of een tekortschietend budget.

Hoe ernstig is dit? Het probleem is kleinschaliger dan bij spoedzorg, simpelweg omdat het aantal topzorg-instellingen kleiner is dan het aantal spoedzorg-instellingen.

## Mogelijke oplossingen

### Spoedzorg

Zoals hierboven aangegeven kent het probleem twee aspecten:

- hoge prijzen voor spoed-DBC's ten gevolge van marktmacht (kruissubsidies);
- te weinig toetreding als gevolg van kruissubsidiëring.

Deze symptomen hoeven zich niet (allebei) voor te doen. Kruissubsidies door ziekenhuizen met SEH-afdeling - als ze zich voordoen - kunnen onvoldoende zijn om toetreding te ontmoedigen. Dit zou overigens wel wijzen op een grote efficiëntievoorsprong bij de toetreders (en dus een grote efficiëntie-achterstand bij bestaande ziekenhuizen). Daarnaast is het mogelijk dat de markt hoge prijzen voor spoed-DBC's voorkomt, bijvoorbeeld door middel van benchmarking: verzekeraars kunnen relatief lage prijzen van spoed-DBC's in Randstad en grote steden gebruiken om ziekenhuizen met regionale monopolies onder druk te zetten.

Ingrijpen vooraf lijkt derhalve niet strikt noodzakelijk. De kosten van te weinig toetreding zijn desalniettemin zo groot, dat toezicht op dit aspect van groot belang is. Als blijkt dat toetreding effectief wordt geblokkeerd door bestaande ziekenhuizen met SEH-afdeling, zijn er verschillende opties mogelijk (zie ook hoofdstuk 5).

- Maatstafconcurrentie. De overheid of een toezichthouder reguleert de prijzen van spoed-DBC's op basis van een benchmark, zoals relatief lage prijzen elders. Hierbij moet wel rekening gehouden (kunnen) worden met niet-beïnvloedbare verschillen tussen de gereguleerde SEH-afdeling en de benchmark. Zo zal in dunbevolkte regio's de vraag naar spoedeisende hulp lager zijn dan voor SEH-afdelingen elders. Vanwege de hoge vaste kosten zullen spoed-DBC's daar dienovereenkomstig duurder zijn.
- Aanbesteding. Als bovenstaand probleem rondom benchmarking niet adequaat kan worden opgelost, bijvoorbeeld doordat onvoldoende duidelijk gemaakt kan worden in welke mate prijsverschillen terug te voeren zijn op niet-beïnvloedbare verschillen, kan het aanbesteden van spoedzorg in dunbevolkte regio's een optie zijn. Dit is vergelijkbaar met de aanbesteding van onrendabele lijnen in het openbaar vervoer, bijvoorbeeld de lokale spoorlijnen in Oost- en Noord-Nederland. In beide gevallen - openbaar vervoer en (spoedeisende) zorg - is er sprake van een politiek-maatschappelijke eis van een minimale beschikbaarheid. Men spreekt hier ook vaak van "universele dienstverlening".

## Topzorg

Welke oplossingen zijn bij de topzorg denkbaar? De kleinschaligheid zorgt er voor dat het probleem weliswaar niet zo groot is, maar ook dat benchmarking of maatstafconcurrentie (zie hoofdstuk 5) als oplossing minder kansrijk lijken: bruikbaar vergelijkingsmateriaal zal moeilijk te vinden zijn. Ook het aanbesteden van topzorg heeft nadelen ten opzichte van spoedzorg. De zittende uitvoerder van de topzorg heeft een grote inhoudelijke voorsprong op potentiële toetreders, omdat de kennis en expertise geconcentreerd zijn bij zijn medisch-wetenschappelijke staf. Een toetreders zou, om de positie van de zittende uitvoerder serieus te kunnen bedreigen, zeker moeten zijn het grootste deel van die staf te kunnen overnemen bij winst van de aanbesteding. Bij gebrek aan andere effectieve instrumenten lijkt een directere vorm van regulering hier gepast.

## Conclusie

Ziekenhuizen die spoedzorg leveren zijn mogelijk in staat om effectieve concurrentie in hun regio te voorkomen door toetreding te ontmoedigen. Ziekenhuizen die topzorg leveren kunnen zich mogelijk onttrekken aan de concurrentie tussen andere ziekenhuizen. In beide gevallen is sprake van een mogelijke machtspositie. Het is onzeker in hoeverre ziekenhuizen deze machtspositie zullen (kunnen) misbruiken. Veel is afhankelijk van de *countervailing power* van zorgverzekeraars. Vooraf ingrijpen lijkt daarom niet noodzakelijk.

Wel is het nodig om de ontwikkelingen hier goed te monitoren. Vooral de toetredingsbelemmerende werking van misbruik van marktmacht rondom spoedzorg kan het ontstaan van effectieve concurrentie frustreren. Als dit zich voordoet kan dit opgelost worden door regulering van prijzen van spoed-DBC's door middel van benchmarking. Voor spoedzorg in dunbevolkte regio's kan aanbesteding een goede terugvaloptie zijn.





## **Deel II: Voorwaarden voor effectieve concurrentie**

### **Inleiding deel II**

Wil er sprake zijn van effectieve concurrentie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders dan dient aan een drietal voorwaarden te zijn voldaan:

Voorwaarde 1: Lage toetredingsdrempels voor nieuwe zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Voorwaarde 2: Transparantie wat betreft prijs en kwaliteit van zorg.

Voorwaarde 3: Geen mededingingsbeperkend gedrag.

De volgende drie hoofdstukken gaan na in hoeverre hieraan is voldaan en schetsen beleidsopties die ertoe kunnen leiden dat in ruimere mate is voldaan aan deze voorwaarden.

## **3 Voorwaarde 1: Lage toetredingsdrempels**

### **3.1 Inleiding**

Volgens de definitie in hoofdstuk 2 luidt één van de twee voorwaarden voor concurrentie dat klanten kunnen stemmen met de voeten, door over te stappen naar een andere zorgaanbieder of naar een andere zorgverzekeraar. In hoeverre is aan deze voorwaarde voldaan op de markt voor zorgverzekeringen en op de zorginkoopmarkten? Het blijkt niet eenvoudig om deze vraag te beantwoorden. De reden hiervoor is tweeledig.

In de eerste plaats is niet duidelijk welke verzekeraars en zorgaanbieders tot de relevante keuzeset van de klant (verzekerden, patiënten, zorgverzekeraars) behoren. De relevante keuzeset omvat die verzekeraars en zorgaanbieders die in de ogen van de klant serieuze alternatieven voor elkaar vormen. Zo zal een verzekerde in Zwolle een ziekenhuis in Alkmaar zelden als een serieus alternatief beschouwen voor een ziekenhuis in de buurt van Zwolle. Het ziekenhuis in Alkmaar behoort daarom niet tot de relevante keuzeset. En een verzekerde in Maastricht zal een verzekeraar die zich uitsluitend richt op Oost-Nederland wellicht niet als alternatief zien voor een verzekeraar die al wel in de regio actief is. Waar de grens precies ligt tussen wel en niet in de keuzeset is echter niet scherp aan te geven. Bovendien kan deze grens gaan verschuiven onder invloed van maatregelen in het nieuwe zorgstelsel rond toetreding en verbetering van de transparantie.

De tweede reden waarom niet goed is aan te geven in hoeverre aan de voorwaarde van stemmen met de voeten is voldaan, betreft potentiële toetreding. Ook indien de keuzeset slechts één daadwerkelijke verzekeraar of zorgaanbieder bevat, kan op deze monopolist nog steeds een disciplinerende werking uitgaan door de dreiging van potentiële toetreding. In hoeverre sprake

is van een dergelijke dreiging hangt af van de hoogte van toetredingsdrempels. Zoals verderop in dit hoofdstuk zal blijken bestaat hierover aanzienlijke onzekerheid.

Ondanks deze onzekerheden blijkt het toch mogelijk een aantal belangrijke beleidsrelevante uitspraken te doen over de mate waarin op dit moment stemmen met de voeten een reële optie is. In de eerste plaats zijn er aanwijzingen dat het aantal zorgaanbieders en zorgverzekeraars soms te klein is voor effectieve concurrentie. Bij de zorgaanbieders betreft het vooral de ziekenhuissector, waar als gevolg van de fusietrend in een aantal regio's sprake is van regionale monopolies. Bij de verzekeraars is in de meeste regio's sprake van één dominant ziekenfonds (>50% van alle verzekerden).

### 3.2 Regionale concentraties zorgverzekeraars

Veel van de ongeveer 60 zorgverzekeraars die actief zijn op de Nederlandse markt maken deel uit van grotere concerns. Deze concerns zijn, met in totaal 10,5 mln verzekerden, samen goed voor tweederde van de Nederlandse markt (zie tabel 1). Bovendien zijn niet alle concerns in alle regio's even actief. Zo is CZ vooral groot in zuid-Nederland, terwijl AMICON de belangrijkste speler is in oost-Nederland.

**Tabel 3.1 Grote verzekeringsconcerns**

Verzekeringsconcern	Marktaandeel (ziekenfonds + particulier)
Achmea	18
CZ-groep	12
VGZ-groep	11
AGIS	11
AMICON-groep	10
Delta Lloyd Nuts Ohra	6
Totaal	68

Bron: VWS, 2002 (Geconcentreerd dereguleren?)

Vanwege de regionale specialisatie kunnen bovenstaande cijfers niet direct gebruikt worden voor het bepalen van het aantal concurrerende verzekeraars per regio in het nieuwe stelsel. Daarvoor zouden in ieder geval gedetailleerde cijfers over marktaandelen per regio beschikbaar moeten zijn, hetgeen niet het geval is. Bovendien zouden dergelijke cijfers nog niet zoveel zeggen indien in het nieuwe stelsel verzekeraars te maken krijgen met een landelijke acceptatieplicht. Een dergelijke verplichting kan er enerzijds toe leiden dat verzekeraars die nu regionaal actief zijn hun activiteiten staken of fuseren met andere verzekeraars, maar kan ook andere regionale verzekeraars doen besluiten landelijk te gaan werken. In het eerste geval kan de (regionale)

marktconcentratie toenemen, in het tweede geval afnemen. Een kader in dit hoofdstuk gaat dieper in op de voor- en nadelen van een landelijke acceptatieplicht.

### 3.3 Regionale concentratie zorgaanbieders (ziekenhuizen)

Bij de marktstructuur van zorgaanbieders is het van belang een onderscheid te maken tussen ziekenhuizen en andere zorgaanbieders (huisartsen, tandartsen, apotheken, fysiotherapeuten, verloskundigen etc). Voor 3% van alle ziekenhuizen geldt, dat binnen een straal van 25 km geen ander ziekenhuis beschikbaar is. Bovendien zijn veel ziekenhuizen gefuseerd (zie figuur 3.1, ziekenhuizen met meerdere locaties). Dit impliceert dat aanzienlijk meer dan 3% van alle ziekenhuizen geen concurrentie ondervindt van andere zelfstandige ziekenhuizen binnen een straal van 25 km. Overigens is het criterium van 25 km enigszins arbitrair: een straal van 25 km is voor sommige patiënten waarschijnlijk aan de hoge kant (voor andere wellicht aan lage kant).

---

**Tabel 3.2 Regionale concentratie ziekenhuizen, 1995**

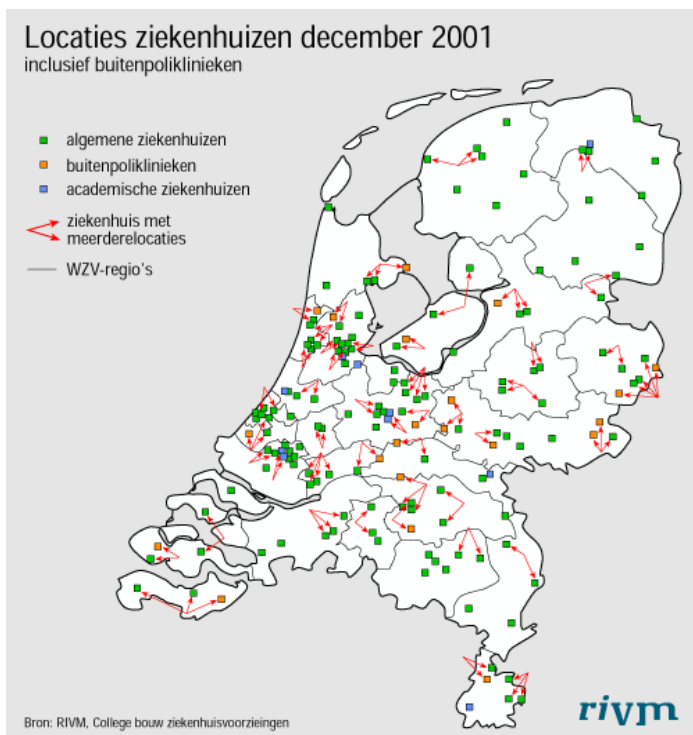
Aantal naburige ziekenhuizen per ziekenhuis (binnen een straal van 25 kilometer)	Percentage ziekenhuizen, heel Nederland	Percentage ziekenhuizen, buiten de randstad
0	3	3
1-5	44	77
6-10	21	20
>10	32	0

Bron: Maarse c.s., 2002, p. 25

---

Bij huisartsen en vrij gevestigde zorgaanbieders zoals fysiotherapeuten is in principe wel sprake van concurrerende aanbieders, hoewel aanbodtekorten in een aantal regio's de concurrentieprikkel beperken.

Figuur 3.1 Locaties ziekenhuizen



### 3.4 Toetredingsdrempels

Gelet op de concentratie van verzekeraars en ziekenhuizen is toetreding nodig om stemmen met de voeten tot een reële en daardoor disciplinerende optie te maken. Vereist is hetzij de *feitelijke* toetreding van nieuwe verzekeraars, klinieken en ziekenhuizen, *of* de *dreiging* van snelle toetreding van nieuwe verzekeraars, klinieken en ziekenhuizen. In het laatste geval is sprake van een zogenaamde betwistbare markt: een markt waar een monopolist geen marktmacht heeft omdat elke verhoging van de prijs boven de gemiddelde kosten onmiddellijk zou leiden tot toetreding tot de markt van concurrenten. Het kader gaat in op de voorwaarden waaronder dit het geval is.

---

### Potentiele toetreding: alternatief voor feitelijke toetreding?

Wanneer volstaat de dreiging van toetreding als middel ter disciplineren van een monopolist? Viscusi e.a. (1997) noemen drie voorwaarden. Naarmate hier beter aan is voldaan zijn markten meer betwistbaar:

- De potentiële toetreders moeten geen nadeel hebben ten opzichte van zittende bedrijven wat betreft inkooprijzen, technologie, kennis over de vraag, en reputatie. Dit komt aan de orde in paragraaf 3.5.2, 3.5.4, 3.6.2 en 3.6.4.
- Verzonken kosten mogen geen rol van betekenis spelen. Verzonken kosten zijn investeringen in onverkoopbare zaken zoals marketing, licenties, het aantrekken en opleiden van personeel en gespecialiseerde machines en gebouwen. Zie paragraaf 3.5.3 en 3.6.3.
- Hoeveelheidsaanpassingen dienen sneller te verlopen dan prijsaanpassingen, zodat zittende spelers niet onmiddellijk op toetreding kunnen reageren met een prijsverlaging. De toetreders moeten dus in staat zijn de markt te betreden en winst te maken voordat zittende spelers hun prijzen neerwaarts hebben bijgesteld. Dit is onwaarschijnlijk bij ziekenhuizen, vanwege de duur van de bouw van een nieuw ziekenhuis. Bovendien is gekwalificeerd personeel schaars. De mogelijkheden zijn beter voor huisartsen, tandartsen, fysiotherapeuten en dergelijke. Verzekeraars moeten contracten afsluiten met zorgaanbieders voordat ze kunnen toetreden, wat een *hit and run* strategie voor hen bemoeilijkt.

Aan deze voorwaarden kan nog een vierde voorwaarde worden toegevoegd:

- Wet- en regelgeving moet toetreding niet nodeloos belemmeren. Zie paragraaf 3.5.1 en 3.6.1.
- 

In beide gevallen - dus zowel voor feitelijk toetreding als voor de dreiging van toetreding - is het van belang dat toetredingsdrempels laag zijn. De economische theorie onderscheidt drie soorten toetredingsdrempels: drempels die het gevolg zijn van wet- en regelgeving, drempels ten gevolge van technologische kenmerken van het productieproces, en drempels die samenhangen met informatie-asymmetrie. Elk van deze drie typen toetredingsdrempels is relevant voor de zorg. In de volgende paragrafen wordt ingegaan op de verschillende toetredingsdrempels voor ziekenhuizen en voor zorgverzekeraars.

## 3.5 Toetredingsdrempels bij zorgaanbieders

### 3.5.1 Toetredingsdrempels door wet- en regelgeving

De overheid stuurt momenteel in sterke mate op de capaciteit van de zorg. Dat is te begrijpen in het licht van de wens tot kostenbeheersing en de aanwezigheid van wachtlijsten. De capaciteitssturing heeft echter als neveneffect dat het de toetreding belemmert.

Volgens de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) is voor toetreding een vergunning nodig van het Bouwcollege (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, CBZ).<sup>14</sup> Het Bouwcollege toetst of de bouwplannen voldoen aan kwalitatieve bouwmaatstaven (normatieve m<sup>2</sup>, brandveiligheid, etc) en financiële bouwstaven (prijs per m<sup>2</sup>, bouwkostenkennallen). Het verkrijgen van een vergunning duurt lang, en een vergunning wordt alleen verstrekt indien volgens het College behoefte is aan nieuwe capaciteit. Toetreders die marktaandeel willen veroveren op gevestigde ziekenhuizen, door betere kwaliteit of lagere kosten, komen op dit moment dus niet voor een vergunning van het Bouwcollege in aanmerking.

In de nieuwe Wet Exploitatie Zorginstellingen (WEZ), die mogelijk binnenkort in de plaats komt van de WZV (het wetsvoorstel WEZ ligt bij de Tweede Kamer), zullen de toetredingseisen waarschijnlijk enigszins worden versoepeld. In welke mate is echter nog onzeker omdat het wetsvoorstel veel ruimte laat voor nadere invulling door de Minister. Op hoofdlijnen stelt de wet de volgende eisen aan zorginstellingen:

- De instelling dient initiatieven te gaan ontplooiën die overeenkomen met de beleidsmatige uitgangspunten van de overheid.
- De exploitatie mag niet leiden tot overschrijding van het financieel kader van de overheid.
- De instelling moet voldoen aan de eisen omtrent de ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering.

Deze criteria impliceren dat ook na invoering van de WEZ de overheid toetreding van nieuwe aanbieders kan tegenhouden. In de kabinetsbrief naar aanleiding van het wetsvoorstel d.d. 13 december 2001 staat als voorbeeld dat de overheid geen toestemming geeft voor een initiatief dat is gericht op het realiseren van 100 extra plaatsen intramurale verpleeghuiszorg in een regio waar juist behoefte is aan een toename van de extramurale zorg. Dit voorbeeld laat zien dat de overheid gedeeltelijk op de stoel van de ondernemer blijft zitten.

Naast toetredingsdrempels voor nieuwe aanbieders bevat de WEZ regels rond de uitbreiding van bestaande zorginstellingen. In de toelichting op het wetsvoorstel staat dat het voormalige kabinet streeft naar een situatie waarin bestaande instellingen volledige verantwoordelijkheid gaan dragen voor de uitbreiding en nieuwbouw van eigen huisvesting (dit in afwijking van de huidige WZV).

Overigens kan ook de complexiteit van de wet- en regelgeving op zichzelf al een toetredingsdrempel opwerpen. 'Insiders' kunnen profiteren van complexiteit doordat zij de mazen in de wet kennen. Een dergelijk ongelijk speelveld is ongewenst met het oog op concurrentie. Toetreding is gebaat bij eenvoudige regels.

<sup>14</sup> De zogenaamde zelfstandige behandelcentra (ZBCs) zijn vrijgesteld van een vergunningplicht, maar daar staan andere verplichtingen tegenover. Zie het intermezzo over winstgerichte instellingen.

---

## Tekort aan medisch, verplegend en verzorgend personeel

Tekort aan medisch, verplegend en verzorgend personeel kan een knelpunt zijn bij uitbreiding van het zorgaanbod. Personeelstekort is geen toetredingsdrempel, aangezien het zowel bestaande als nieuwe zorgaanbieders parten speelt. Momenteel leidt personeelstekort ertoe dat in sommige markten onvoldoende zorgaanbieders aanwezig zijn. Zo dreigt volgens het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel) anno 2001 een tekort aan huisartsen.\* Dit kan ongewenste gevolgen met zich meebrengen en de concurrentie op de markt schaden: bestaande zorgaanbieders houden marktmacht en consumenten krijgen onvoldoende overstapmogelijkheden.

De uitbreiding van de werkgelegenheid in de gezondheids- en welzijnszorg ging in het vorige decennium gepaard met een gestage groei van het aantal vacatures: van 9200 in het eerste kwartaal van 1997 naar 24000 in het eerste kwartaal van 2002 (cijfers CBS, geen oudere cijfers beschikbaar). Het personeelstekort is gedeeltelijk (omgekeerd) afhankelijk van de conjuncturele situatie. Medio 2002 is het aantal vacatures voor het eerst gedaald tot 21000. Alhoewel het aantal vacatures niet ongunstig afsteekt bij de marktsector, zijn er twee redenen waarom gesproken kan worden van een probleem. In de eerste plaats wordt er wel op gewezen dat personeeltekorten in de quartaire sector maatschappelijk zwaarder wegen dan in de marktsector (Dagevos, 2002a). In de quartaire sector is bijvoorbeeld uitstel van levering van diensten vaak niet mogelijk en zijn alternatieven niet of nauwelijks voorhanden. In de tweede plaats heeft de gezondheids- en welzijnszorg te maken met een aanvullend probleem bij de personele bezetting, namelijk een relatief groot ziekteverzuim. In 2001 bedroeg het ziekteverzuimpercentage (exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof) in de gezondheids- en welzijnszorg 7,5%.

Er zijn vier invalshoeken om het gebrek aan medisch, verplegend en verzorgend personeel op te lossen. De eerste is verhoging van de arbeidsproductiviteit. Dagevos (2002a) schrijft dat het mogelijk kan zijn om meer te produceren met de beschikbare middelen en wijst daarbij op schattingen van Bisognano dat de productiviteit van ziekenhuizen met 25% omhoog zouden kunnen. Prikkel tot verbetering van efficiëntie als gevolg van concurrentie kunnen hierbij een nuttige rol spelen. Voor sommige vormen van efficiëntieverbetering kan een wetswijziging nodig zijn. Bijvoorbeeld voor de door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bepleitte herschikking van taken tussen dokters en assistenten of verpleegkundigen.\*\* Een tweede invalshoek is om het ziekteverzuim te verlagen. Dagevos (2002b) wijst er op dat hierdoor de knelpunten in de zorg in een snel tempo zouden kunnen verdwijnen, maar dat het moeilijk zal zijn te realiseren. Voor vermindering van het ziekteverzuim is volgens hem een brede en intensieve aanpak nodig, waarbij aanpassingen van arbeidsinhoud (bijvoorbeeld vergroting regelcapaciteit) en arbeidstijden (mogelijkheden verruimen om arbeid en zorg te combineren, omdat in de zorg veel vrouwen werk) in de rede liggen. Een dergelijke brede invalshoek is reeds in gang gezet door middel van arboconvenanten. Een derde invalshoek is om meer instroom te genereren door aantrekkelijkere arbeidsvoorwaarden en meer opleidingscapaciteit. Op het punt van primaire arbeidsvoorwaarden (loon) is de laatste jaren al een inhaalslag gemaakt, waardoor de mogelijkheden voor verbetering nu wellicht liggen in zaken als arbeidsinhoud, loopbaanperspectief en personeelsbeleid. Voor de uitbreiding van opleidingscapaciteit zijn de beleidsopties om zelfregulering bij de vervolgopleiding af te schaffen en de numerus fixus te verruimen (MDW, 2001). Een vierde optie is om capaciteit uit het buitenland te halen (bijvoorbeeld België).

Wat gebeurt er wanneer het op korte termijn niet lukt om het personeelstekort op te lossen? Bij aanhoudend gebrek aan medisch, verplegend en verzorgend personeel zal uitbreiding van het zorgaanbod leiden tot verschuivingen van bestaand personeel naar werkgevers met de hoogste salarissen en/of de aantrekkelijkste arbeidsomstandigheden. Toetreding van zorgaanbieders kan dan op korte termijn ongewenste effecten met zich meebrengen: stijging van de arbeidskosten zonder hogere productie. Op de lange termijn kan de resulterende verbetering van de arbeidsvoorwaarden er wel weer toe bijdragen de krapte op deze arbeidsmarkt te verminderen.

\* <http://www.nivel.nl/huisarts/huisartsaanbod.shtml>

\*\* zie [www.rvz.net](http://www.rvz.net)

---

### 3.5.2 Technologische toetredingsdrempels I: schaalvoordelen

Bij toetreding tot de markt dient een zorgaanbieder te investeren in goodwill, het gebouw, apparatuur, personeel en dergelijke. Indien het 'productieproces' gekenmerkt wordt door belangrijke schaalvoordelen, zal een toetreder meteen fors moeten investeren om de minimale efficiënte schaal te behalen. Dit kan een belemmering vormen indien potentiële toetreders onvoldoende toegang hebben tot kapitaalmarkten.

Binnen de cure spelen schaalvoordelen vooral bij ziekenhuizen en nauwelijks bij andere zorgaanbieders. Een ziekenhuis dat groeit kan bijvoorbeeld profiteren van lagere gemiddelde totale kosten door een betere benutting van kapitaalgoederen en standaardisatie van processen. Schaalvoordelen zijn er bij samenvoeging van gelijksoortige activiteiten, vanwege de mogelijkheden tot specialisatie en uitwisseling van kennis. De groei van een ziekenhuis kan echter ook schaalnadelen en 'diseconomies of scope' met zich meebrengen, bijvoorbeeld als gevolg van de toename van bestuurskosten, verminderde flexibiliteit, verminderde keuzevrijheid en stijging van transportkosten voor toeleveranciers, medewerkers en patiënten.

In empirisch onderzoek worden schaalears effecten vaak gerelateerd aan het aantal bedden. Literatuurstudie door Posnett (2002, aangehaald door Maarse et al. 2002) en empirisch onderzoek door Dranove (1998) wijzen er op dat de optimale schaal van een algemeen ziekenhuis tussen de 200 en 310 bedden ligt. Uitgaande van deze onderzoeken ligt het gemiddeld aantal bedden in Nederland tamelijk hoog: in 2002 waren er gemiddeld 505 bedden per algemeen ziekenhuis. Dit geeft een indicatie dat ziekenhuizen ook doelmatig kunnen zijn bij een substantieel kleinere omvang dan gebruikelijk in Nederland en dat er ruimte is voor een toename van het aantal ziekenhuizen. Dit komt overeen met bevindingen van Blank et al. (1998) en Ecorys-NEI (2002). Zie het volgende kader voor een mogelijke verklaring voor de relatief grote schaal van Nederlandse ziekenhuizen.



---

## Inefficiënte schaalomvang in Nederlandse ziekenhuizen door bekostigingssystematiek?

Waarom kennen Nederlandse ziekenhuizen een relatief grote schaal? De belangrijkste oorzaak is dat de overheid in het verleden met de bekostiging van ziekenhuizen schaalvergroting en fusies heeft gestimuleerd (Maarse, 1995). De bekostiging van behandeling en verblijf in het ziekenhuis waren afhankelijk van de omvang van het ziekenhuis, met een hogere vergoeding voor een groter ziekenhuis. Deze bekostigingssystematiek was gebaseerd op de aanname dat grote ziekenhuizen vaak moeilijkere en duurdere behandelingen verrichten dan kleinere ziekenhuizen. Door te fuseren kregen ziekenhuizen tezamen een hoger budget dan de som van de afzonderlijke budgetten (Maarse, 2002). Deze fusieprikkel is in de loop van de jaren negentig verminderd. Bij de invoering van DBC's zal de bekostiging nog beter de daadwerkelijke integrale kosten (inclusief kapitaallasten) gaan weerspiegelen en zal deze stimulans tot schaalvergroting (en daarmee inefficiëntie) komen te vervallen.

Indien de overheid de prikkel tot schaalvergroting wegneemt is het waarschijnlijk dat zorgaanbieders zich zullen ontwikkelen richting de meest efficiënte (kleinere) schaalomvang. Verzekeraars kunnen hierbij een rol spelen, in principe is geen overheidsinterventie nodig. Verkleining van de schaalgrootte kan het gevolg zijn van toetreding, waardoor bestaande ziekenhuizen marktaandeel verliezen. Bestaande ziekenhuizen kunnen daarnaast ook zelf beslissen tot schaalverkleining, eventueel samenhangend met een streven naar grotere doelmatigheid (patiënten sneller naar huis, e.d.). Ziekenhuizen met meerdere locaties kunnen zich bijvoorbeeld opknippen. Een andere optie is dat delen van het ziekenhuis (poliklinische en/of chronische zorg) zich afsplitsen en zich omvormen tot gespecialiseerde zelfstandige behandelcentra. Ook hiervoor is het van belang dat DBC's de integrale kosten weerspiegelen: enerzijds om toetreders in staat te stellen hun kapitaalkosten terug te verdienen, anderzijds om *cherry picking* van relatief makkelijke patiënten door toetreders te voorkomen.

---

Bij een goed werkende kapitaalmarkt hoeven schaalvoordelen geen toetredingsdrempels op te werpen. De toegang tot kapitaal is gedeeltelijk een reputatiekwesitie: hebben banken voldoende vertrouwen in het ondernemersplan van de potentiële zorgaanbieder. Een aantal banken biedt speciale dienstenpakketten voor zorgondernemers. Er zijn geen aanwijzingen dat toegang tot de kapitaalmarkt voor toetreders in het huidige zorgstelsel een toetredingsdrempel vormt. Alhoewel dit een goede uitgangspositie is voor de overgang naar het nieuwe zorgstelsel, is nog onduidelijk of de toegang tot kapitaal dan even goed zal zijn. Wanneer concurrentie van de grond komt (en het risico van ondernemen toeneemt) zullen kapitaalverstrekkers een hogere risicopremie gaan hanteren dan nu gebruikelijk. Dit geldt evenzeer voor bestaande aanbieders die willen vervangen of uitbreiden.

### 3.5.3 Technologische toetredingsdrempels II: verzonken kosten

Bij verzonken kosten gaat het om investeringen die niet meer liquide zijn te maken of op andere manier zijn aan te wenden indien het bedrijf besluit de markt te verlaten. Voorbeelden zijn de marketingkosten om naamsbekendheid te krijgen, kosten voor het verkrijgen van licenties, kosten voor het aannemen en scholen van personeel en de kosten van zeer gespecialiseerde

gebouwen en apparatuur. Verzonken kosten kunnen een belangrijke toetredingsdrempel vormen. Indien een potentiële toetreder verwacht dat gevestigde aanbieders na toetreding hun prijzen zullen verlagen tot het niveau van de marginale kosten, impliceren verzonken kosten dat toetreding niet winstgevend is (Stiglitz, 1987).

Toetredingsdrempels als gevolg van verzonken kosten spelen in ieder geval een rol bij ziekenhuizen, omdat zij gespecialiseerde gebouwen en apparatuur nodig hebben. Maarse et al. (2002) wijzen er op dat niet alle onderdelen van ziekenhuiszorg even kapitaalintensief zijn. Delen van de zorg die nu nog in het ziekenhuis gebeuren behoeven minder financiële en technologische investeringen, zoals (het toenemende aandeel van) de zorg die nu in een poliklinische setting en in dagverpleging gebeurt. Deze zorg zou ook in gespecialiseerde zelfstandige behandelcentra kunnen worden aangeboden met relatief lage toetredingsdrempels. Net als tandartsen kunnen bijvoorbeeld ook KNO-artsen zich zelfstandig vestigen. De eerste gespecialiseerde behandelcentra voor oogheelkunde zijn sinds enkele jaren al actief.

Kleine zelfstandige behandelcentra hebben voordelen op het punt van kwaliteit en efficiëntie. Specialisatie biedt hen betere mogelijkheden dan algemene ziekenhuizen om de meest *up-to-date* apparatuur aan te schaffen. Ook wordt de kans op complicaties kleiner naarmate een arts meer ervaring heeft in een bepaalde operatie. De efficiëntie kan baat hebben bij een kleinere overhead en schaalvoordelen bij de inkoop. Anderzijds kunnen kleine behandelcentra minder profiteren van 'economies of scope' (voordelen uit samenvoeging van verschillende soorten activiteiten). Zo worden röntgenapparatuur in een ziekenhuis gebruikt door allerhande specialismen, waardoor investeringen in deze apparatuur sneller rendabel worden en de kwaliteit kan verbeteren. Vanwege de kleine schaal kan een zelfstandige behandelcentrum deze rentabiliteit en kwaliteit bij röntgenapparatuur moeilijk bereiken. Uitbesteding van röntgenfoto's heeft als nadeel dat het transactiekosten met zich meebrengt voor de zorgaanbieder en patiënt. Overigens wijzen Maarse et al. (2002) er op dat de voordelen 'economies of scope' veel minder zijn dan de schaalvoordelen als gevolg van samenvoeging van gelijksoortige activiteiten.

#### **3.5.4 Toetredingsdrempels ten gevolge van informatie-asymmetrie**

Zittende zorgaanbieders kunnen kostenvoordelen hebben als gevolg van een kennisvoorsprong over de lokale patiëntenpopulatie en als gevolg van hun reputatie. Bij de huidige schaarste zijn deze toetredingsdrempels laag. Zo zullen mensen zich snel bij een nieuwe tandartsenpraktijk aanmelden wanneer ze niet bij de gevestigde tandartsen terecht kunnen. Op korte termijn lijken kostenvoordelen bij zittende partijen geen belangrijk issue en derhalve behoeft beleid op dit punt geen prioriteit. Daar komt bij dat eventuele kostenvoordelen voor zittende partijen al kunnen verminderen door maatregelen gericht op het transparant maken van kwaliteit. Een betere transparantie kan er immers aan bijdragen dat het belang van reputatie vermindert en toetreding makkelijker wordt. Door de introductie van prestatie-indicatoren worden patiënten en

verzekeraars minder afhankelijk van reputatie als indicatie voor de kwaliteit van zorg en zullen ze eerder overstappen. Hier profiteren overigens alleen zorgaanbieders van die toetreden vanuit een andere regio, geheel nieuwe toetreders kunnen zich immers nog niet laten toetsen op de prestatie-indicatoren.

---

#### **Kostennadelen zittende partijen: afschrijving oude ziekenhuisgebouwen**

Terwijl nieuwe partijen te maken krijgen met toetredingsdrempels, hebben zittende partijen te maken met kostennadelen als gevolg van de door de overheid opgelegde wijze van afschrijving. In het huidige systeem krijgen ziekenhuizen een gegarandeerd budget om de kapitaallasten te dekken. Het voornemen is dat in het nieuwe stelsel de DBC-vergoedingensystematiek gehanteerd wordt waarbij zorgaanbieders de integrale kosten (inclusief kapitaalkosten) per behandeling vergoed krijgen. Zorgaanbieders kunnen dan zelf bepalen wanneer ze welke investering doen en hiervoor geld lenen op de kapitaalmarkt, in plaats van de huidige centrale besluitvorming en budgettering. De consequentie van deze overstap is aanzienlijk. Bestaande ziekenhuizen hebben namelijk tot op heden te maken met afschrijftermijnen tot 50 jaar, terwijl volgens kapitaalverschaffers de economische levensduur van die gebouwen varieert tussen de 30 en 40 jaar. Lange afschrijftermijnen hebben het voordeel van lagere kapitaallasten (een investering wordt uitgesmeerd over een langere periode), maar kan tot problemen leiden wanneer de levensduur van de investering korter blijkt dan de afschrijvingstermijn.

Het is waarschijnlijk dat de kapitaalmarkt zal afdwingen dat ziekenhuizen hun afschrijftermijnen verkorten tot wat in de markt gebruikelijk is: de economische levensduur. Dit brengt in de transitie een solvabiliteitsprobleem met zich mee als gevolg van de extra kapitaallasten die zijn gemoeid met de verkorting van de afschrijftermijn. Wanneer ziekenhuizen deze tijdelijke extra kapitaallasten zelf moeten betalen hebben ze een kostennadeel ten opzichte van toetreders die niet samenhangt met efficiëntie. Hiervoor dient een oplossing te worden gevonden voor invoering van DBC's. Een optie is dat de overheid de extra kapitaallasten vergoed via een eenmalige bijdrage, vanuit de gedachte dat de overheid de lange afschrijftermijnen in het verleden verplicht heeft opgelegd. Een andere optie is dat ziekenhuizen een achtergestelde lening krijgen. Een voorgenomen verkorting van de afschrijftermijnen van 50 naar 40 jaar is medio 2002 afgelast "omdat de nodige geldmiddelen in het Budgettair Kader Zorg ontbreken".

\* Circulaire van het CGT d.d. 7 januari 2002 met kenmerk RL/ih/A/02/04c.

## 3.6 Toetredingsdrempels bij zorgverzekeraars

### 3.6.1 Toetredingsdrempels door wet- en regelgeving

Met de afschaffing van de wettelijke regionale binding van ziekenfondsen in 1992 is de belangrijkste wettelijke toetredingsdrempel van zorgverzekeraars verdwenen. Zittende ziekenfondsen hebben nu geen wettelijke beperking meer om toe te treden in andere regio's. De wettelijke toetredingsdrempels beperken zich tot de aanvraag van een vergunning en een notificatieprocedure.<sup>15</sup>

Particuliere verzekeraars die actief willen zijn in het nieuwe zorgstelsel moeten voldoen aan strengere informatieverplichtingen en hebben minder ondernemersvrijheid dan nu. Terwijl ziekenfondsen al gewend zijn onder dergelijke omstandigheden te opereren, zouden de verplichtingen en beperkingen bij de overgang naar het nieuwe stelsel een toetredingsdrempel kunnen zijn voor particuliere verzekeraars. Aangezien een groot deel van de particuliere verzekeraars in een conglomeraat zit met ziekenfondsverzekeraars zal deze toetredingsdrempel in de praktijk klein zijn.

### 3.6.2 Technologische toetredingsdrempels I: schaalvoordelen

Uit empirisch onderzoek naar schaalvoordelen van zorgverzekeraars in de VS van Blair en Vogel (1978) en Cummins (1977) blijkt dat bij verzekeringen schaalvoordelen geen grote rol spelen. Bij een mogelijke landelijke acceptatieplicht (zie kader) en een mogelijke introductie van *managed care* kan het belang van schaalvoordelen toenemen. Bij *managed care* selecteren verzekeraars de zorgaanbieders selectief en controleren ze sterk op kosten en kwaliteit. Verzekeraars hebben hiervoor een minimale schaal nodig voor investeringen in informatiesystemen, zorgmanagement en contractmanagement.

### 3.6.3 Technologische toetredingsdrempels II: verzonken kosten

Verzonken kosten voor verzekeraars hangen samen met hun relatie met verzekerden en zorgaanbieders.

- Verzekeraars hebben private informatie over het gedrag van hun eigen verzekerdenpopulatie. De toetreding van nieuwe verzekeraars heeft er baat bij wanneer de historische data over verzekeringsclaims voor iedereen inzichtelijk zijn, omdat verzekeraars dan tot een betere schatting van de toekomstige kosten kunnen komen.<sup>16</sup> Dit kan de informatie-asymmetrie

<sup>15</sup> Daarnaast moeten verzekeraars aan de Wet toezicht verzekeringsbedrijven voldoen, over toereikende technische voorzieningen en een solvabiliteitsmarge beschikken en zich houden aan beleggings- en juridische verplichtingen. Dit geldt voor alle verzekeraars en is dus geen toetredingsdrempel.

<sup>16</sup> Zie hoofdstuk over transparantie voor de gevolgen voor kartelvorming.

verkleinen, maar omdat niet alle kennis over de populatie in databanken is te verwerken wordt de informatie-asymmetrie nooit volledig opgelost.

- Verzekeraars hebben in het nieuwe stelsel een netwerk nodig van zorgaanbieders waar ze zorg inkopen. De transactiekosten voor de opbouw van dit netwerk zijn te zien als verzonken kosten, waarvan de omvang mede afhankelijk is van de vraag of er een landelijke acceptatieplicht geldt of niet (zie kader). De huidige ziekenfondsen hebben het kostenvoordeel ten opzichte van sommige particuliere verzekeraars dat ze al een uitgebreid netwerk hebben van contracten met zorgaanbieders. De strekking van dit kostenvoordeel is overigens beperkt omdat veel particuliere verzekeraars tezamen met ziekenfondsen onderdeel zijn van een conglomeraat.

#### **3.6.4 Toetredingsdrempels ten gevolge van informatie-asymmetrie**

Gelet op de aard van het product vormt reputatie een toetredingsdrempel. Bovendien kan kennis over de verzekerdenpopulatie de toetreding vergemakkelijken. Net als bij zorgaanbieders is het voor het vergemakkelijken van toetreding daarom van belang de informatievoorziening te verbeteren. Indien de kwaliteit van verzekeraars objectief meetbaar is kunnen bestaande zorgverzekeraars zich beter profileren in nieuwe regio's, waardoor toetreding makkelijker wordt. Voor geheel nieuwe zorgverzekeraars (die nog nergens als zorgverzekeraar actief zijn) blijft de reputatie van zittende zorgverzekeraars een toetredingsdrempel.

---

## Een landelijke acceptatieplicht voor verzekeraars?

Een van de elementen van het nieuwe zorgstelsel is de invoering van een acceptatieplicht voor zorgverzekeraars. Nog onbeantwoord is de vraag of deze acceptatieplicht landelijk gaat gelden, of dat verzekeraars zich mogen focussen op één of meerdere regio's (met acceptatieplicht voor de gebieden waarin een verzekeraar wil werken).

Het voordeel van verzekeraars die zich tot één of meerdere regio's beperken is dat ze nauwe banden met zorgaanbieders kunnen onderhouden. Het zorgaanbod is immers voornamelijk regionaal georganiseerd. Op regionaal niveau kunnen verzekeraars gerichtere afspraken maken en beter onderhandelen met zorgaanbieders. Daardoor zullen nieuwe elementen in het zorgstelsel, zoals functionele zorgaanpakken en 'preferred provider' arrangementen, naar verwachting eerder van de grond komen. Kortom, bij de mogelijkheid van een regionale focus is er een potentie om de doelmatigheid te verbeteren. Maar deze potentie zal alleen worden benut wanneer concurrentie verzekeraars hiertoe prikkelt. De grote vraag bij een regionale focus luidt derhalve: zullen in elke regio voldoende verzekeraars actief zijn voor serieuze concurrentie? Deze vraag valt op voorhand moeilijk te beantwoorden. Bij de optie van een regionale focus kan worden uitgegaan van het huidige ziekenfondsmodel, waarbij verzekeraars hun eigen werkgebied bepalen. Wanneer het risico hoog wordt ingeschat dat dan 'witte vlekken' ontstaan (gebieden waar geen verzekeraar wil werken) is het mogelijk dat de overheid de regio's vaststelt. Hierbij rijst wel de vraag: hoe bakenen we deze regio's af? Een andere mogelijkheid is om het voor verzekeraars aantrekkelijker te maken in de 'witte vlekken' actief te worden, bijvoorbeeld door regiodifferentiatie van de normuitkering uit het risicovereveningsstelsel.

Mogelijk voordeel van een landelijke acceptatieplicht is dat in elke regio voldoende verzekeraars zullen opereren, waardoor de potentie tot verbetering van doelmatigheid daadwerkelijk wordt benut. Een mogelijk nadeel van landelijk opereren is dat verzekeraars afspraken dienen te maken met zorgaanbieders in het hele land. De band met zorgaanbieders is dan wellicht minder hecht waardoor er minder ruimte is voor doelmatigheid. Kortom, bij een landelijke acceptatieplicht kunnen de mogelijkheden voor een doelmatige aansturing van zorgaanbieders kleiner zijn dan bij een regionale focus. Mogelijk lost de markt dit probleem zelf op door de introductie van regionaal opererende zorginkopers (zorgmakelaars) die ten behoeve van zorgverzekeraars de zorginkoop in specifieke regio's verzorgen. Een eventueel tweede nadeel van een landelijke acceptatieplicht is dat dit toetreding van nieuwe verzekeraars kan belemmeren. Een nieuwe verzekeraar dient bij een landelijke acceptatieplicht immers direct op landelijke schaal actief te zijn. Dit is te ondervangen door nieuwkomers tijdelijk te ontslaan van de verplichting tot landelijk werken. Een laatste mogelijk nadeel is dat sommige van de huidige regionale verzekeraars de stap naar landelijke dekking niet kunnen of willen zetten. De markt kan dit wellicht zelf ondervangen door fusies van verschillende regionale verzekeraars.

Vanwege het belang van concurrentie lijkt een landelijke acceptatieplicht de voorkeur te verdienen, eventueel aangevuld met een tijdelijke ontheffing voor nieuwe verzekeraars. Naar verwachting kunnen de meeste grote concerns de stap naar landelijke dekking zonder veel problemen zetten, mogelijk na één of twee fusies van kleinere verzekeraars. Indien dit resulteert in een situatie waarin ook op langere termijn minstens vier landelijk actieve verzekeraars overblijven, kan nog steeds sprake zijn van voldoende concurrentie tussen verzekeraars. Actief mededingingstoezicht is in zo'n relatief geconcentreerde markt een belangrijke vereiste.

---

### 3.7 Conclusies

In veel delen van de zorg zijn nog onvoldoende spelers actief om daadwerkelijk te kunnen stemmen met de voeten. Dit geldt vooral voor de markten voor zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Om concurrentie van de grond te laten komen is het daarom van belang toetreding te bevorderen. In dit hoofdstuk komen enkele beleidsopties naar voren:

- Deregulering: wanneer zorgverzekeraars hun regierol gaan vervullen ligt het in de rede dat de overheid haar grip op de capaciteit loslaat. Op termijn dient capaciteit geen criterium meer te zijn voor de vergunningverlening aan nieuwe zorginstellingen en zelfstandige behandelcentra. Dit impliceert een liberale invulling van het voorstel van de Wet op de Exploitatie van Ziekenhuisvoorzieningen (WEZ) die momenteel bij de Tweede Kamer ligt en door het volgende kabinet zal worden behandeld. Meer in het algemeen is toetreding gebaat bij eenvoudige regels.
- Invoering DBC's: het huidige bekostigingsmodel voor ziekenhuizen bevat een prikkel tot schaalvergroting. Bevordering van toetreding van nieuwe ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra is gebaat bij de beoogde overgang op het nieuwe bekostigingsmodel gebaseerd op DBC's waardoor de bekostigingssystematiek schaalneutraal wordt. Voorwaarde voor de introductie van DBC's is wel dat deze de integrale kosten van de zorg weerspiegelen (inclusief kapitaallasten). Dit is enerzijds van belang om 'cherry picking' door toetreders te voorkomen, anderzijds om nieuwe toetreders in staat te stellen hun kapitaalkosten terug te verdienen. Invoering van DBC's kan tijdelijk kostennadelen voor bestaande ziekenhuizen tot gevolg hebben, omdat zij dan met hun financieringssysteem moeten overstappen van lange afschrijftermijnen naar korte afschrijftermijnen. Dit dient te worden opgelost vóór invoering van DBC's, bijvoorbeeld via een eenmalige overheidsbijdrage of een achtergestelde lening.
- Informatievoorziening: de toetreding van bestaande zorgaanbieders en verzekeraars in nieuwe regio's is gebaat bij een betere informatievoorziening, waarbij kwaliteit objectief meetbaar wordt via prestatie-indicatoren. De toetreding van verzekeraars is ook gebaat bij de toegankelijkheid van informatie over historische verzekeringsclaims.
- Winstgerichte aanbieders: het toelaten van winstgerichte klinieken in de ziekenhuiszorg kan extra toetreding van zorgaanbieders uitlokken: het perspectief op winst uit zorg stimuleert investeringen in zorg. Een apart intermezzo over winst in de ziekenhuiszorg gaat in op de voor- en nadelen van het toelaten van winstgerichte klinieken.
- Landelijke acceptatieplicht met ontheffing voor nieuwkomers: met het oog op de bevordering van concurrentie verdient een landelijke acceptatieplicht de voorkeur. Omdat dit de toetreding van nieuwe verzekeraars kan bemoeilijken is het een optie om toetreders tijdelijk te ontslaan van de plicht tot landelijk werken.

## Intermezzo: Winst in de ziekenhuiszorg?

### Inleiding

Winst maken is in Nederland niet toegestaan voor aanbieders van verzekerde zorg (het zogenaamde 2e compartiment). Winstgerichte privé-klinieken moeten zich daarom richten op het zogenaamde 3e compartiment, de 'luxe'-zorg buiten het ziekenfondspakket zoals plastische chirurgie. Binnen het 2e compartiment zijn wel zo'n 40-tal kleine non-profit-privé-klinieken actief, de zogenaamde zelfstandige behandelcentra (ZBCs). De meeste van deze ZBCs komen voort uit winstgerichte klinieken die zich vóór 1998 al richtten op het 2e compartiment. Na invoering van nieuwe wetgeving in 1998, die winst in het tweede compartiment verbood, hebben deze klinieken zich omgevormd tot non-profit klinieken.

Naast het verbod op winst gelden voor de ZBCs nog een aantal andere beperkingen:

- ZBCs mogen uitsluitend ingrepen verrichten waarvoor wachtlijsten bestaan;
- ZBCs dienen een samenwerkingsverband aan te gaan met een regulier ziekenhuis om te kunnen doorverwijzen;
- Langdurige opname (>1 dag) van patiënten is niet toegestaan.

Als gevolg van deze laatste restrictie mogen ZBCs geen tarieven in rekening brengen voor verpleegdagen, hetgeen in de praktijk betekent dat ZBCs geen vergoeding ontvangen voor kapitaallasten (gewone ziekenhuizen financieren hun kapitaallasten grotendeels via het verpleegdagentarief).

Het verbod op winst staat ter discussie. Zo pleit de Raad voor Volksgezondheid en Zorg voor het toelaten van winst, met de volgende motivatie:

'De huidige schaarste in de zorg vermindert erdoor, de patiënt krijgt meer keuzemogelijkheden en de behoefte aan zorg die als gevolg van de vergrijzing zal toenemen, zal er beter door kunnen worden opgevangen. [...] De winstprikkel kan zorgaanbieders aanzetten tot doelmatig handelen.' RVZ, 2002, p. 6). Anderen zetten hier vraagtekens bij. Zo stelt CTG-voorzitter Scheerder: 'Met privé-klinieken investeer je in leegstand. [...] De operatiekamers in ziekenhuizen worden onvoldoende benut omdat er te weinig personeel is. Privé-klinieken kunnen efficiënter opereren omdat ze beperkte handelingen verrichten, simpele dingen. (NRC, 17-8-2002)'

Tegenover de mogelijke voordelen van winstgerichte privé-klinieken staan mogelijke nadelen. De RVZ noemt zelf de volgende risico's: 'De risico's zijn dat ondernemers om zoveel mogelijk winst te maken onrendabele diensten en patiënten mijden, te hoge prijzen in rekening brengen en te weinig kwaliteit bieden' (ib.). Om deze risico's te beperken doet de Raad een aantal aanbevelingen:



- Vaststellen van basisnormen voor kwaliteit door de minister van VWS
- Versterking van de Inspectie voor de Volksgezondheid
- Instelling van een marktmeester voor de gezondheidszorg

Wat levert economisch onderzoek aan inzichten op over de voor- en nadelen van winstgerichte klinieken?<sup>17</sup>. Alvorens in te gaan op deze vraag is het van belang te constateren dat het onderscheid tussen for-profit en not-for-profit in de zorg vaak minder scherp is dan in andere sectoren. Ziekenhuizen hebben weliswaar de non-profit-vorm, maar daarbinnen functioneren vaak maatschappen van specialisten. Hun inkomen hangt af van de 'winst' van de maatschap. Dit grijze gebied tussen for-profit en not-for-profit maakt het extra moeilijk te voorspellen in welke opzichten het gedrag van deze twee organisatievormen zal verschillen.

### Privé-klinieken in het buitenland

Het marktaandeel van privé-klinieken is in Nederland erg klein. Exacte cijfers zijn niet beschikbaar, maar marktleider Medinova (een samenwerkingsverband van vijf non-profit klinieken verspreid over het land) heeft minder dan 60 specialisten in dienst, ten opzichte van een landelijk totaal van een kleine 15 000 medisch specialisten. In het buitenland spelen privé-klinieken vaak een veel grotere rol, ook binnen de verzekerde zorg, zie tabel 1. Het marktaandeel van winstgerichte ziekenhuizen is in het buitenland soms fors, maar blijft altijd kleiner dan het aandeel van non-profits. Het toelaten van for-profit-ziekenhuizen lijkt dus niet te resulteren in het verdwijnen van non-profits: de twee typen instellingen kunnen naast elkaar bestaan.

**Tabel 1 Privé-ziekenhuizen in het buitenland**

	aantal regelgeving/financiering
Duitsland	2/3 van alle ziekenhuizen privaat; waarvan de helft winstgericht (winstgerichte ziekenhuizen zijn relatief klein: 7% van alle bedden); privé-ziekenhuizen die ziekenfondspatiënten behandelen krijgen investeringssubsidies
Frankrijk	20% is winstgericht, 15% is privaat en non-profit, rest is publiek
Zweden	Lumpsum financiering voor publiek en non-profit, betaling per verrichting voor winstgerichte ziekenhuizen
	Van de circa 90 ziekenhuizen zijn negen privaat, waarvan 1 winstgericht (Stockholm)
	Hervormingen onderweg gericht op concurrentie door private ziekenhuizen in publiek gefinancierde deel van de zorg.
VS	13% van alle ziekenhuizen, 11% van alle bedden in for-profit

Bronnen: RVZ (2002), winst en gezondheidszorg, bijlage 5; American Hospital Association (website).

<sup>17</sup> De voor- en nadelen van winstgerichte zorgverzekeraars komen elders kort aan bod (zie hoofdstuk 9)

### **Winst en misbruik van marktmacht**

Zijn winstgerichte ziekenhuizen meer geneigd tot misbruik van marktmacht dan non-profits? Met deze vraag hebben Amerikaanse economen zich de laatste jaren intensief beziggehouden. Directe aanleiding vormde een uitspraak van de rechter over het voornemen tot fusie van twee non-profit ziekenhuizen in Grand Rapids, Michigan, die door de fusie samen over een marktaandeel van 73% zouden beschikken. De rechter stond deze fusie toch toe, grotendeels op basis van een artikel in 'The Journal of Law and Economics' van de econoom Lynk (1995). In dat artikel komt Lynk op grond van econometrische analyse tot de conclusie dat non-profit ziekenhuizen na fusies hun prijzen verlagen, in tegenstelling tot winstgerichte ziekenhuizen die hun prijzen juist verhogen.

Deze conclusie is later aangevochten door andere onderzoekers (Keeler et al., 1999), die op grond van meer gegevens concluderen dat zowel non-profit- als for-profit-ziekenhuizen hun prijzen verhogen na een fusie. De prijsverhoging is echter veel groter (factor 2 tot 5) bij fusies tussen for-profit ziekenhuizen.

Al met al biedt Amerikaanse empirie ondersteuning voor de vrees dat winstgerichte instellingen in sterkere mate misbruik zullen maken van marktmacht dan non-profits.

### **Winst en toetreding**

Zoals uiteengezet in hoofdstuk 3 belemmert wetgeving op dit moment vrije toetreding in de ziekenhuiszorg. Versoepeling van de criteria voor het verkrijgen van een vergunning is een noodzakelijke voorwaarde voor het uitlokken van extra toetreding. Maar is dit een voldoende voorwaarde, of is er meer nodig om toetreding uit te lokken, zoals het loslaten van het verbod op winst? Op deze vraag is, bij gebrek aan empirisch onderzoek, geen definitief antwoord mogelijk. In theorie zijn er een paar redenen waarom het antwoord bevestigend zou kunnen luiden:

1. Toelaten van winst maakt het aantrekken van kapitaal gemakkelijker: non-profit-instellingen zijn aangewezen op eigen vermogen van de oprichters en van leningen van de bank; om toegang te krijgen tot risicodragend kapitaal van derden is een kans op winst vereist. Hoe belangrijk dit voordeel is, valt moeilijk te zeggen. Een aantal banken en verzekeraars is op dit moment bereid leningen te vertrekken aan nieuwe klinieken (ZBCs). Maar hier liggen mogelijk strategische motieven aan ten grondslag: een goede relatie opbouwen met de belangrijkste spelers om een betere uitgangspositie te verkrijgen indien het winstverbod inderdaad wordt losgelaten.
2. Mogelijkheid tot verkoop: indien de BV-vorm wordt toegestaan, wordt het mogelijk de kliniek op een bepaald moment geheel of gedeeltelijk te verkopen. Bij non-profits is dit niet mogelijk.

Het toelaten van winst kan dus extra toetreding van zorgaanbieders uitlokken: het perspectief op winst uit zorg kan investeringen in zorg stimuleren.

### Winst en kwaliteit

Het beschikbare empirische onderzoek naar verschillen in kwaliteit tussen for-profit en not-for-profit ziekenhuizen geeft geen eenduidig beeld (zie tabel 2). De gehanteerde kwaliteitsmaatstaven lopen sterk uiteen tussen de verschillende onderzoeken. Voorbeelden van de gehanteerde maatstaven zijn: juistheid diagnose; adequaatheid behandeling; mortaliteit; functieherstel (bijv. na een gebroken heup); weer zelfstandig kunnen wonen. In één onderzoek werd aan artsenbeoordelaars gevraagd of ze hun moeder naar het betreffende ziekenhuis zouden sturen (Keeler et al. 1992).

---

**Tabel 2 For-profit, not-for-profit en kwaliteit: uitkomsten van buitenlands onderzoek**

Onderzoeker	Jaar van Publicatie	Land	Uitkomsten: kwaliteit
Shortell en Hughes	1988	VS	geen statistisch significante verschillen
Hartz et al.	1989	VS	hogere mortaliteit in for-profit ziekenhuizen
Keeler et al.	1992	VS	volgens sommige indicatoren hogere kwaliteit bij for-profit ziekenhuizen, maar geen verschil in mortaliteit
Sloan	1998, 1999	VS	geen statistisch significante verschillen
McLellan en Staiger	2000	VS	(hartaanvallen) hogere mortaliteit in for-profit ziekenhuizen
Devereaux et al.	2002	verschillende landen	(meta-analyse) mortaliteitsrisico significant hoger bij for-profit ziekenhuizen dan bij not-for-profit ziekenhuizen.

---

Uit het beschikbare onderzoek blijkt dat het toelaten van winst negatieve gevolgen kan hebben voor de kwaliteit van de zorg, ook bij een belangrijke outputmaatstaf als mortaliteit. Maar de verschillende onderzoeken suggereren dat kwaliteitsverlies niet op hoeft te treden. Uit de onderzoeksverslagen valt niet op te maken wat doorslaggevend is voor het al dan niet optreden van kwaliteitsverlies. De noodzaak van goed kwaliteitstoezicht (ook) bij winstgerichte klinieken lijkt hoe dan ook een no-regret optie (relatief lage kosten, potentieel hoge baten).

### Winst en kosten-efficiëntie

For-profit-ziekenhuizen zijn per verrichting soms goedkoper en soms duurder dan not-for-profit ziekenhuizen (zie tabel 3).

---

**Tabel 3 For-profit, not-for-profit en kosten per verrichting: uitkomsten van buitenlands onderzoek**

Onderzoeker	Jaar van Publicatie	Land	Uitkomsten: kosten per verrichting
Breyer	1988	Duitsland	hoger in for-profit ziekenhuizen dan in andere ziekenhuizen
Zuckerman et al.,	1994	VS	hoger in for-profit ziekenhuizen dan in andere ziekenhuizen
Koop et al.,	1997	VS	hoger in for-profit ziekenhuizen dan in andere ziekenhuizen
Zweifel en Breyer	1997	Duitsland	lager in private ziekenhuizen dan in publieke; onderscheid profit/non-profit niet significant
Duggan	2001a	VS	lager in private ziekenhuizen dan in publieke; onderscheid profit/non-profit niet significant
Kessler en McClellan	2000	VS	lager in regio's met winstgerichte ziekenhuizen

---

Een tekortkoming van het beschikbare onderzoek is dat zelden goed wordt gecorrigeerd voor verschillen in kwaliteit. Een uitzondering vormt het onderzoek van Kessler en McClellan (2001). Zij vergelijken zowel de kosten per verrichting als de kwaliteit van de geleverde zorg tussen for-profit en not-for-profit ziekenhuizen. In regio's met winstgerichte ziekenhuizen zijn de uitgaven voor ziekenhuisbehandeling van hartklachten 2,4% lager per verrichting, bij nagenoeg identieke gezondheidsuitkomsten.

Uit het bovenstaande volgt dat de beschikbare empirie weinig houvast biedt bij het voorspellen van het effect van toelaten van winstgerichte klinieken op de kosten per verrichting. Deze conclusie is een stuk minder stellig dan die van de RVZ, die in een recent artikel nog stelt: "Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat de prijzen in for-profit ziekenhuizen zo'n tien procent hoger liggen dan in non-profit ziekenhuizen." (Jeurissen en van der Grinten, 2001, p. 14).

---

#### Kanttekeningen bij de relevantie van buitenlands onderzoek

Bij de vertaling van buitenlands - meest Amerikaans - onderzoek naar de Nederlandse situatie is voorzichtigheid geboden. Naast de institutionele verschillen tussen landen is voorzichtigheid nog om een tweede reden geboden. Het toelaten van winstgerichte instellingen blijkt het gedrag van niet-winstgerichte ziekenhuizen te beïnvloeden. Zo kan de nabijheid van een for-profit ziekenhuis het kostenbewustzijn bij not-for-profits vergroten. Vergelijking van de kosten van de twee typen ziekenhuizen geeft dan geen goed beeld van de effecten van het toelaten van for-profit op de macro-kosten en -kwaliteit. Onderzoek van Kessler en McClellan (2001) laat zien dat dergelijke spillover effecten belangrijk kunnen zijn: non-profits in de nabijheid van for-profits hebben lagere kosten dan andere non-profits. Ook Duggan (2000b) vindt aanwijzingen dat non-profits in regio's met for-profits zich in sterkere mate als winstgerichte instelling gedragen dan non-profits in regio's zonder winstgerichte concurrenten.

---

#### Winst en onnodige zorg

Leidt het toelaten van winst tot (meer) dure of onnodige behandelingen? Empirisch onderzoek toont duidelijk aan dat artsen die (mede-)eigenaar zijn van een kliniek veel intensiever behandelen (zie iBMG, 2002, voor een aantal voorbeelden). Dit hoeft nog niet te leiden tot

onnodige zorg: het is immers mogelijk dat artsen die geen financieel belang hebben bij extra productie te weinig zorg leveren. Dit zou dan tot uitdrukking moeten komen in betere kwaliteit bij for-profits, althans voorzover prestatie-indicatoren de juistheid van de behandeling meten. Hiervoor bestaan geen aanwijzingen (zie boven).

Een gerelateerde vraag betreft verschillen in de adoptie van nieuwe technologie. Gaan winstgerichte klinieken hier sneller toe over dan niet-winstgerichte klinieken? Opnieuw is de empirie zeer dun gezaaid. Sloan (2000) concludeert in zijn overzicht van het beschikbare onderzoek: 'With rare exceptions, there were no statistically significant differences in adoption between private not-for-profit and for-profit hospitals' (p. 1161)

Concluderend: het toelaten van winstgerichte klinieken kan leiden tot meer onnodige zorg. De empirie is echter dun gezaaid.

### **Winst en tweedeling**

Onder tweedeling in de zorg wordt doorgaans verstaan: verschillen in toegankelijkheid van zorgvoorzieningen die samenhangen met het inkomen. Kan het toelaten van winstgerichte zorgaanbieders in het tweede compartiment leiden tot meer tweedeling in de zorg? Empirisch onderzoek naar deze vraag is niet beschikbaar. Het antwoord hangt bovendien af van de vormgeving van andere aspecten van het nieuwe stelsel. Volgens de huidige plannen gaat voor verzekeraars een acceptatieplicht gelden met de verplichting om elke verzekerde tegen dezelfde premie te verzekeren voor een basispakket (de non-discriminatie-eis). Een verzekeraar mag dus geen onderscheid maken tussen 'rijke' en 'arme' verzekerden. Toch sluit dit tweedeling geenszins uit. Het is immers mogelijk dat een verzekeraar die zaken doet met dure, maar kwalitatief zeer goede, privé-klinieken zich netjes houdt aan de acceptatieplicht, maar door een hoge premie te vragen alleen 'rijke' verzekerden aantrekt.

Maar een dergelijk scenario behoort ook tot de mogelijkheden wanneer het verbod op winst van kracht blijft. Indien de toetredingsdrempels voor ZBCs worden verlaagd terwijl DBC-prijzen worden vrijgegeven, ontstaat ruimte voor ZBCs die zich toeleggen op dit kwalitatief betere maar duurder zorg. De extra opbrengsten die dit oplevert worden dan niet uitgekeerd als winst maar in de vorm van een hoger specialistentarief per DBC.

Samengevat: tweedeling kan toenemen indien de toetredingsdrempels voor nieuwe aanbieders worden verlaagd, en indien DBC-prijzen worden vrijgegeven.

### **Conclusies en beleidsopties**

Aan het toelaten van winstgerichte aanbieders in de verzekerde zorg zijn voor- en nadelen verbonden. Of de voordelen opwegen tegen de nadelen hangt af van drie factoren:

- De mate waarin zorgaanbieders onderling gaan concurreren. Bij intensieve concurrentie tussen aanbieders bestaat geen risico van misbruik van marktmacht. Hierbij moet worden opgemerkt

dat het toelaten van winstgerichte klinieken op langere termijn kan bijdragen aan snelle toetreding van nieuwe zorgaanbieders, die de bestaande machtsposities ondergraven. Dit onderstreept nogmaals het belang van lage toetredingsdrempels.

- De mate waarin verzekeraars onderling gaan concurreren (op prijs/kwaliteit). Bij intensieve concurrentie tussen verzekeraars worden klinieken die onnodig veel, of onnodig dure behandelingen uitvoeren 'op de vingers getikt' door verzekeraars.
- De mate waarin het lukt goede prestatie-indicatoren te ontwikkelen, zodat slecht presteren wordt afgestraft, hetzij door de toezichthouder, hetzij door het vertrek van verzekerden en verzekeraars.

Indien (winstgerichte) zorgaanbieders en verzekeraars in voldoende mate onderling gaan concurreren en indien het lukt om goede prestatie-indicatoren te ontwikkelen, biedt verruiming van de mogelijkheden voor winst een aantal belangrijke kansen:

- extra toetreding met als mogelijk gevolg extra zorgaanbod, doordat concurrentieprikkels aanzetten tot een betere benutting van de beschikbare capaciteit, wellicht ook door bestaande aanbieders;
- betere kwaliteit;
- lagere kosten per verrichting.

Deze effecten hoeven niet beperkt te blijven tot de winstgerichte klinieken zelf: Amerikaans onderzoek laat zien dat de nabijheid van een winstgerichte kliniek disciplinerende effecten kan hebben op de non-profit-instellingen.

Op dit moment is echter nog onvoldoende sprake van concurrentie tussen verzekeraars en aanbieders (zie hoofdstuk 3). Bovendien zijn kwaliteitsmaatstaven nog onvoldoende ontwikkeld (zie hoofdstuk 7). Dit maakt het loslaten van het verbod op winst op korte termijn tot een enigszins riskante strategie, maar daar staat het mogelijke voordeel tegenover van meer en snellere toetreding van nieuwe zorgaanbieders.

Een beleidsoptie die op korte termijn minder kwaliteitsrisico's met zich meebrengt is versoepeling van toetredingsdrempels voor non-profit-instellingen. Ondertussen kan dan verder worden gewerkt aan de ontwikkeling van prestatie-indicatoren, en aan toerusting van een toezichthouder voor de zorgsector. Indien blijkt dat verlaging van toetredingsdrempels in onvoldoende mate leidt tot toetreding van nieuwe aanbieders kan alsnog besloten worden tot het toelaten van winstgerichte klinieken.

Een strategie die al op korte termijn de toetredingsmogelijkheden voor winstgerichte aanbieders verruimt heeft echter ook voordelen. Verruiming van de mogelijkheden voor winst op korte termijn verkleint het risico van te weinig toetreding en daarmee van te weinig concurrentie tussen zorgaanbieders.

## 4 Voorwaarde 2: transparantie

### 4.1 Inleiding

Terwijl in het vorige hoofdstuk de aanbodzijde van de verschillende markten in de zorg centraal stond, komt in dit hoofdstuk de vraagzijde aan bod. Concurrentie komt namelijk niet automatisch van de grond wanneer voldaan is aan de voorwaarde van voldoende aanbieders (artsen, ziekenhuizen, zorgverzekeraars etc.). Zoals uiteengezet in hoofdstuk 2 is een aanvullende voorwaarde dat afnemers (verzekerden, verzekeraars) kunnen stemmen met de voeten: indien de prijs/kwaliteit-verhouding elders gunstiger is, dan stappen zij over naar de concurrent.

Aan deze voorwaarde is op dit moment niet altijd in voldoende mate voldaan.

Ziekenfondsverzekerden mogen volgens de wet eens per jaar overstappen naar een ander ziekenfonds, dat hen bovendien moet accepteren. Uit empirisch onderzoek blijkt echter dat ziekenfondsverzekerden nauwelijks gebruik maken van deze mogelijkheid, terwijl toch sprake is van aanzienlijke verschillen in premiehoogte tussen verschillende ziekenfondsen (zie kader).<sup>18</sup> Een belangrijke verklaring voor de ongevoeligheid van verzekerden voor premieverschillen is een gebrek aan transparantie: prijs- en kwaliteitsverschillen tussen verzekeraars zijn moeilijk te vergelijken, door het ontbreken van objectieve en gemakkelijk te interpreteren informatie. Naast transparantie spelen andere overstapkosten een rol, die veelal samenhangen met wet- en regelgeving.

Ook zorgverzekeraars kunnen niet altijd gemakkelijk overstappen (in dit geval naar een andere zorgaanbieder). Dit speelt vooral als het gaat om ziekenhuizen. Voor een deel is dit een kwestie van regelgeving: voor ziekenfondsen geldt een contracteerplicht met de ziekenhuizen in de regio. Ook speelt een rol dat in een aantal regio's het aantal ziekenhuizen beperkt is. Maar ook als deze twee belemmeringen zijn weggenomen, dan nog is er geen garantie dat verzekeraars gemakkelijk kunnen overstappen van het ene ziekenhuis naar het andere. De reden is dat zorgverzekeraars op dit moment te weinig inzicht hebben in de kosten en in de geleverde prestaties van ziekenhuizen.

<sup>18</sup> Hoewel uit recente krantenartikelen opgemaakt zou kunnen worden dat er sprake is van een kentering.

---

## Prijsgevoeligheid verzekeren

Empirische onderzoeken naar de prijsgevoeligheid van ziekenfondsverzekeren wijzen er op dat consumenten nauwelijks overstappen naar andere ziekenfondsen, ondanks grote prijsverschillen. De onderzoeken zijn redelijk goed bruikbaar voor dit rapport omdat de systematiek van de huidige ziekenfondsverzekering vergelijkbaar is met die van de algemene verzekering curatieve zorg in het nieuwe stelsel: een verplicht basispakket met vrijwillige aanvullende verzekeringen.

Tot 1992 waren ziekenfondsverzekeren verplicht aangesloten bij hun regionale verzekeraar. Sindsdien mogen ziekenfondsverzekeren vrij kiezen. Overstappen naar een andere verzekeraar kan verzekeren groot voordeel geven. Gemiddeld bedroeg het prijsverschil tussen het basispakket van de duurste en de goedkoopste ziekenfonds 42 euro in de periode 1996-2000 (118 versus 160 euro). Prijsconcurrentie blijkt in het huidige ziekenfonds echter nog niet te leiden tot actief overstapgedrag van verzekeren. Na een decennium met keuzevrijheid is 77% van de ziekenfondsverzekeren nog steeds aangesloten bij de historische ziekenfondsverzekeraar (Van den Brink, 2001). Schattingen van Schut et al (2002) bevestigen dit beeld. Interessant is dat in hun schattingen naar voren komt dat zelfstandigen in 2000 wel prijsgevoelig waren. De oorzaak is dat zij in dat jaar verplicht moesten toetreden tot de ziekenfondsverzekering.\*

\* De prijselasticiteit van alle ziekenfondsverzekeren was volgens schattingen van Schut et al (2002) in de periode 1996-2000 -0,14, echter niet significant van nul verschillend. De prijselasticiteit voor zelfstandigen werd voor 2000 geschat op -4,3. De schattingen van de prijselasticiteit zijn een indicator voor het aantal verzekeren dat zal overstappen wanneer een verzekeraar zijn nominale premie verandert. De prijselasticiteit kan worden berekend door de procentuele verandering van het marktaandeel van een verzekeraar te delen door de procentuele verandering van de prijs. De prijselasticiteit is gewoonlijk een negatief getal (omdat een verzekeraar marktaandeel verliest wanneer zijn prijs stijgt). Bijvoorbeeld, een prijselasticiteit van -2 wil zeggen dat een 1% verhoging van de nominale premie leidt tot een verlaging van het marktaandeel met 2%.

---

## 4.2 Het belang van transparantie

In de notitie 'Versterking van de positie van de consument' van het Ministerie van VWS (2001C) wordt onder transparantie verstaan dat consumenten voldoende inzicht hebben in de aanbieders, de prijs, en de kwaliteit van goederen en diensten, zodat zij een afgewogen keuze kunnen maken. Vertaald naar verzekeren en verzekeraars betekent dit het volgende:

- Verzekeren hebben inzicht nodig in de prijs en kwaliteit van de producten die verzekeraars aanbieden om de voor hen aantrekkelijke verzekeraar te kunnen kiezen. Goede informatie verlaagt de overstapkosten van verzekeren. Wat betreft informatie over kwaliteit gaat het om de kwaliteit van service van de verzekeraar, maar ook om de kwaliteit van de zorg die verzekeren via de verzekeraar ontvangen. Hierdoor kunnen verzekeren kiezen op basis van de kwaliteit/prijsverhouding voor het totale verzekeringsproduct, d.w.z. service en zorg. Als inzicht in de kwaliteit van zorg ontbreekt, dan kan dit tot ongewenste uitkomsten leiden. Verzekeren kunnen dan de prijs vooral zien als een signaal voor kwaliteit.
- Verzekeraars dienen te beschikken over informatie over de prijs en de kwaliteit van zorgaanbieders, om de prestaties van zorgaanbieders te kunnen vergelijken en keuzes te maken



op basis van hun kwaliteit/prijsverhouding. Dit is een noodzakelijke voorwaarde voor onderhandelingsmacht ('countervailing power') ten opzichte van de zorgaanbieders. Verzekeraars hebben ook belang bij (gepoolde) informatie over de gezondheid van de populatie verzekerden om toekomstige kosten in te schatten.

Voor een goed werkende markt is transparantie over prijs en kwaliteit van verzekeraars en zorgaanbieders dus gewenst. Dit geldt al voor het huidige stelsel, waarin verzekerden al vrije keuze hebben voor een verzekeraar en zorgaanbieder. De noodzaak van transparantie zal nog toenemen wanneer concurrentie een grotere rol krijgt. Voor verzekeraars en verzekerden wordt het immers belangrijker om zorgaanbieders te kunnen vergelijken op hun prijs-/kwaliteitsverhouding.<sup>19</sup>

Transparantie is overigens niet de enige voorwaarde waaraan voldaan dient te zijn willen verzekerden en verzekeraars met de voeten kunnen stemmen. De andere voorwaarden en enkele bijbehorende beleidsopties worden kort toegelicht in een tweetal kaders. De huidige plannen voorzien ook reeds in een aantal maatregelen om aan deze voorwaarden te voldoen. De belangrijkste nog openstaande beleidsvragen hebben betrekking op het verbeteren van transparantie.

<sup>19</sup> Verzekerden letten alleen indirect op de prijs van zorgaanbieders, namelijk via hoogte van de verzekeringspremie.

---

## Andere oorzaken van overstapkosten voor *verzekerden* dan transparantie

Naast een gebrek aan transparantie zijn er nog twee andere oorzaken van overstapkosten bij verzekerden. In de eerste plaats kan sprake zijn van *lock-in* door aanvullende zorgverzekeringen. Dit houdt het volgende in. Stel dat een verzekerde met een basispakketpolis en een aanvullende polis bij verzekeraar A wil overstappen naar verzekeraar B. Tot op heden hebben consumenten hun basispakket en de aanvullende verzekering over het algemeen bij dezelfde verzekeraar. Doordat voor de aanvullende verzekering geen acceptatieplicht of verbod op premiedifferentiatie geldt kan overstappen in de praktijk moeilijk zijn. Een interessante optie om dit probleem op te lossen is het verplicht loskoppelen van het basispakket en de aanvullende verzekering en het goed informeren van consumenten over de mogelijkheid om alleen voor hun basispakket over te stappen.\*

Het probleem van *lock-in* zal kleiner zijn naarmate het basispakket breder is, omdat dan de behoefte aan aanvullende verzekeringen afneemt. Een andere (vergaande) optie om overstapkosten voor verzekerden te verkleinen is derhalve de invoering van een breed basispakket. Deze optie heeft als nadeel inperking van de keuzevrijheid.

In de tweede plaats lijken verzekerden te maken te hebben met een *status quo bias*. De aanwijzing hiervoor is dat ziekenfondsverzekerden in het algemeen nauwelijks prijsgevoelig zijn, maar dat de prijsgevoeligheid wel hoog was in de situatie dat zelfstandigen verplicht een ziekenfonds moesten zoeken (zie vorig kader). In dit licht is van belang dat werkgevers meer prijsgevoelig zijn bij het afsluiten van collectieve verzekeringen voor hun personeel. Dit pleit er voor dat er (zoals beoogd) ook in het nieuwe zorgstelsel ruimte is voor collectieve verzekeringen. Wanneer desondanks de prijsgevoeligheid van de vraag naar zorgverzekeringen onvoldoende blijft, is het een optie om verzekerden te verplichten om periodiek opnieuw een verzekeraar te kiezen. Dat dit werkt blijkt in de praktijk. Zo moeten verzekerden in de Verenigde Staten elk jaar opnieuw hun verzekeraar kiezen. Dit is volgens Schut en Hassink (1999) één van de factoren die bijdragen aan de hogere prijsgevoeligheid van Amerikaanse consumenten. Een minder vergaande optie is om de termijnen waarbinnen consumenten mogen overstappen naar een andere verzekeraar te verlengen.

\*Of verzekerden dit aantrekkelijk vinden hangt mede af van de premiekorting indien basispakket en aanvullend pakket bij dezelfde verzekeraar worden ondergebracht. Die korting hangt samen met de besparing op administratiekosten. Forse kortingen vormen een rem op de mobiliteit van verzekerden. Omdat de administratiekostenechter niet meer dan een paar procent van de poliskosten bedragen lijkt dit risico wel mee te vallen.

---

---

## Andere oorzaken van overstapkosten voor verzekeraars dan transparantie

Naast een gebrek aan transparantie zijn er nog drie oorzaken van overstapkosten bij verzekeraars. In de eerste plaats is nog steeds sprake van een contracteerplicht: ziekenfondsen moeten met elk ziekenhuis in de regio een contract aangaan. De afschaffing van de contracteerplicht zoals vervat in de huidige plannen voor het nieuwe zorgstelsel lost dit probleem op.

Een tweede bron van overstapkosten voor verzekeraars vindt zijn oorsprong in een vorm van koppelverkoop. Zorgverzekeraars die willen veranderen van zorgaanbieders hebben te maken met overstapkosten als gevolg van het multi-product-karakter van ziekenhuizen, gekoppeld aan de marktmacht van ziekenhuizen. De Kam en Nypels (2001) geven het volgende voorbeeld 'De verzekeraar wil bijvoorbeeld toe naar een situatie waarin alle heupoperaties in het ziekenhuis worden verricht waar de orthopeden hebben bewezen deze ingreep het meest doeltreffend en tegen de laagste kosten te kunnen doen. Maar bij de uitvoering van zo'n plan zien de orthopeden in de andere ziekenhuizen hun omzet grotendeels wegvallen. Zij zullen de gehele medische staf mobiliseren om dit te verhinderen. (...) De medische staf zal het bestuur van hun ziekenhuis en de directie onder zware druk zetten om de zorgverzekeraar op andere gedachten te brengen. Omdat die voor andere behandelingen een contract met dit ziekenhuis weer hard nodig heeft - daar worden bijvoorbeeld de blindedarmoperaties het meest effectief uitgevoerd - kiezen verzekeraars onder deze omstandigheden eieren voor hun geld. Dus blijven alle ziekenhuizen heup- én blindedarmoperaties doen.' (p. 191). De omvang van dit probleem hangt af van de onderhandelingsmacht van verzekeraars. Bij voldoende keuzemogelijkheden tussen ziekenhuizen speelt het probleem minder. Koppelverkoop is overigens onder de Mededingingswet in principe niet toegestaan voor ondernemingen met een machtspositie.

Een derde en laatste oorzaak van overstapkosten voor verzekeraars betreft de band van verzekerden met een bepaalde zorgaanbieder. Indien verzekerden, bijvoorbeeld vanwege een gebrek aan informatie over alternatieve aanbieders, een voorkeur hebben voor de bestaande zorgaanbieder, maakt dit het moeilijker voor hun verzekeraar om geen contract te sluiten met de betreffende aanbieder. Dit zou hem immers klanten kunnen kosten.

---

### 4.3 Transparantie en concurrentie

Enerzijds is transparantie een voorwaarde voor concurrentie. Anderzijds kan concurrentie ook bijdragen aan transparantie. Stigler (1961) toont aan dat marktpartijen een prikkel hebben om informatie beschikbaar te stellen om consumenten aan te trekken, ook wel 'advertising-as-information' genoemd. Zo adverteren verzekeraars met wachtlijstbemiddeling. Wanneer een enkele verzekeraar niet adverteert met wachtlijstbemiddeling zullen consumenten denken dat deze verzekeraar deze dienst niet levert en uitwijken naar een concurrent (indien er verder geen verschillen zijn).

De zorgmarkten hebben echter enkele kenmerken die bij aanbieders de prikkel verminderen om informatie te verstrekken:

- Verzekerden krijgen vaak pas inzicht in de kwaliteit van hun verzekeraar en zorgaanbieder op het moment dat een beroep op zorg wordt gedaan: zorg en zorgverzekeringen zijn ervaringsgoederen.
- Patiënten en verzekeraars zijn vaak niet in staat de kwaliteit van het zorgaanbod goed te beoordelen: de producten en diensten zijn complex, patiënten hebben vaak weinig ervaring en het duurt vaak lang voordat de resultaten van een behandeling volledig duidelijk zijn. Bovendien is het moeilijk te beoordelen welke resultaten zijn toe te schrijven aan de behandeling en welke resultaten samenhangen met andere factoren, zoals de conditie van de patiënt.
- In samenhang met het vorige punt is het reputatiemechanisme belangrijk wanneer consumenten hun verzekeraar of zorgaanbieder willen kiezen. Bij de keuze van een ziekenhuis laat een patiënt zich bijvoorbeeld adviseren door de huisarts of familie en vrienden. Maar het reputatiemechanisme kent belangrijke beperkingen: vaak betreft het op maat gemaakte producten en diensten, waardoor het moeilijk is de ervaring van één patiënt of verzekerde te vertalen naar andere consumenten.
- De zorgmarkt heeft te maken met beleidsveranderingen, waardoor consumenten nog niet volledig op de hoogte zijn van de nieuwe mogelijkheden. Uit onderzoek van Kerssens et al. (2000) blijkt dat veel ziekenfondsverzekerden bijna 10 jaar na afschaffing van de wettelijke regionale gebondenheid van verzekeraars nog niet weten dat ze kunnen overstappen.

Indien concurrentie wordt geïntroduceerd op markten waar te weinig informatie beschikbaar is over kwaliteit(-verschillen) zijn allerlei ongunstige uitkomsten mogelijk:

- Wanneer een verzekerde of verzekeraar op de hoogte is van de kwaliteit van zijn huidige aanbieder, maar niet van die van concurrenten, zal de afnemer niet snel van aanbieder veranderen. Dit resulteert in marktmacht voor de aanbieders, ondanks de aanwezigheid van concurrenten, wat zich kan uiten in hoge prijzen. Ook kan een aanbieder/verzekeraar proberen met lage prijzen klanten te werven, om vervolgens prijzen te verhogen.<sup>20</sup> Overstapkosten door een gebrek aan transparantie zorgen immers dat klanten niet weglopen ondanks gestegen prijzen. In de literatuur staat een dergelijke strategie bekend als “Bargain-then-ripoff” (Farrell en Klemperer, 2002).
- Indien afnemers helemaal geen informatie over kwaliteit hebben kan concurrentie leiden tot één van de twee mogelijke onwenselijke uitkomsten. De eerste mogelijkheid is dat consumenten een hoge prijs onterecht interpreteren als een signaal voor hoge kwaliteit. In dat geval zullen aanbieders hun prijzen hoog houden en niet op kwaliteit concurreren. De tweede mogelijkheid is dat afnemers de laagste prijs kiezen. In dat geval zal de focus op prijsconcurrentie leiden tot

<sup>20</sup> Hierbij hoeft geen sprake te zijn van discriminatie (verboden voor zorgaanbieders met een machtspositie en verzekeraars) wanneer de prijzen voor alle afnemers in periode  $t$  gelijk zijn en in periode  $t+1$  voor alle afnemers in dezelfde mate worden verhoogd.

lage prijzen, maar worden aanbieders geprikkeld om hun kwaliteit te verlagen naar het wettelijke minimumniveau.

#### 4.4 Transparantie in het huidige zorgstelsel

Hoe staat het met de transparantie in het huidige zorgstelsel? Om dit te beoordelen moeten we een onderscheid maken tussen informatie over de beschikbaarheid van zorgvoorzieningen, informatie over het proces van kwaliteitsverbetering (kwaliteitsmanagement) en informatie over de kwaliteit van prestaties (prestatie-indicatoren).

In het huidige stelsel is veel informatie beschikbaar over zorgvoorzieningen. De Consumentenbond, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en internetsites vergelijken zorgaanbieders op hun voorzieningen en verzekeraars op hun prijzen (Geencentteveel.nl, Independer.nl, Kiesmetzorg.nl). Daarnaast is er veel aandacht voor kwaliteitsmanagement. Zo proberen steeds meer zorgaanbieders certificaten te krijgen voor de wijze waarop zij hun organisatie inrichten op de continue verbetering van kwaliteit (ISO-normen).<sup>21</sup> Een dergelijk certificaat zegt op zichzelf echter niets over het niveau van kwaliteit. Voor alle delen van de zorg geldt dat er nauwelijks informatie beschikbaar is over het kwaliteitsniveau van prestaties van zorgaanbieders. Hetzelfde geldt voor verzekeraars. Dit heeft drie oorzaken. Allereerst ontbreekt het de Consumentenbond en NPCF aan financiële middelen. Ten tweede zijn zorgaanbieders vaak niet bereid om te participeren in onderzoek naar het kwaliteitsniveau van prestaties wanneer de bevindingen worden gepubliceerd ('benchmarking'). In de derde plaats ontbreekt het ook bij zorgaanbieders zelf aan informatie over de kwaliteit van prestaties, als gevolg van gebrekkige administratie. Om deze redenen constateert het Ministerie van VWS (2001b) dat er vaak onvoldoende informatie beschikbaar is om een keuze te kunnen maken uit het beschikbare zorgaanbod en de aanwezige verzekeraars.

De Consumentenbond en NPCF geven aan dat ze publieke informatievoorziening met vergelijking van de kwaliteitsniveau's per zorginstelling wenselijk vinden. Hun kennis over de zorgmarkt en over de behoeften van patiënten en consumenten kunnen zij hierbij inzetten. Patiënten-/consumentenorganisaties verwachten dat zorgaanbieders en verzekeraars in de

<sup>21</sup> In 1994 is in Nederland de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) opgericht, als een gezamenlijk initiatief van brancheorganisaties van patiënten/consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het doel van HKZ is harmonisatie van kwaliteitsbeoordeling in de sectoren zorg en welzijn. HKZ beoordeelt de kwaliteit zelf niet, dit doen de aangesloten certificatie-instellingen. Dit gebeurt op basis van ISO 9001 normen. HKZ maakt de ISO-normen toegankelijk en voorziet ze van een toelichting en praktijkvoorbeelden. De aanvullende HKZ-normen hebben vooral betrekking op het primaire zorgproces. Een HKZ-certificaat heeft betrekking op het kwaliteitsmanagement-systeem van de instelling, meer specifiek de inrichting van haar primaire proces en de ondersteunende processen. Een certificaat maakt duidelijk dat een instelling een goed functionerend kwaliteitsmanagement systeem heeft en dan men systematisch werkt aan continue verbetering van de zorg- en dienstverlening.

toekomst meer bereid zullen zijn om mee te werken aan publieke benchmarks. Ze wijzen daarbij op 'Het zorghandvest voor ziekenhuizen' waarin NVZ Vereniging van Ziekenhuizen (2002) aangeeft dat ze zich periodiek wil laten toetsen op basis van prestatie-indicatoren. De patiënten-/consumentenorganisaties vrezen echter dat het lang zal duren voordat een dergelijke cultuuromslag in de hele sector doorgevoerd is en dat informatie oppervlakkig zal blijven. Voor spoedige en voldoende openbaarheid van informatie over kwaliteit achten de Consumentenbond en de NPCF een wettelijke stok achter de deur wenselijk.

## 4.5 Transparantie in het nieuwe zorgstelsel

De voorgenomen beleidsmaatregelen rond het nieuwe zorgstelsel zullen de transparantie in een aantal opzichten verbeteren:

- Voor particulier verzekerden kan de transparantie verbeteren doordat in het nieuwe zorgstelsel sprake zal zijn van een standaardpakket. In het huidige systeem kunnen particulier verzekerden verzekeringspakketten nauwelijks vergelijken doordat (anders dan bij ziekenfondsverzekerden) het pakket per verzekeraar verschilt. Daar staat tegenover dat de transparantie kan verminderen door de introductie van (onderling sterk verschillende) preferred provider arrangementen en door de toegenomen vrijheid die zorgverzekeraars in het nieuwe zorgstelsel krijgen bij de invulling van functionele zorgaanspraken.
- De introductie van DBC's (die op zich los staat van invoering van het nieuwe zorgstelsel) kan bijdragen aan transparantie over ziekenhuiszorg, doordat het hierdoor beter mogelijk wordt om de ziekenhuiszorg op te delen in standardeenheden (DBC's). De verrichtingen/activiteiten van ziekenhuizen en medisch specialisten worden per DBC in kaart gebracht.  
Transparantieverbetering via DBC's is vooral wenselijk voor de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Ziekenhuizen kunnen zich onderscheiden door verschillen in prijs en/of kwaliteit die ze per DBC aanbieden. De introductie van DBC's maakt informatie over kwaliteit echter niet automatisch objectief en vergelijkbaar tussen instellingen.
- Verzekeraars hebben in het nieuwe zorgstelsel betere mogelijkheden om private informatie te verkrijgen over zorgaanbieders, door in contracten de informatievoorziening te koppelen aan de bekostiging van de prestaties van de zorgaanbieders. Verzekeraars kunnen met de informatie het voorschrijf- en verwijsgedrag van zorgaanbieders bijvoorbeeld benchmarken. Verzekeraars ontberen in het nieuwe stelsel echter nog steeds informatie over zorgaanbieders waar ze geen contract mee hebben. Bovendien zullen verzekeraars de informatie niet automatisch met anderen delen (consumenten, overheid, concurrenten, toetreders).
- In een concurrerende markt voelen verzekeraars een prikkel om te toetsen of alle behandelingen door een zorgaanbieder wel noodzakelijk zijn. Verzekeraars kunnen de kosten van de niet-noodzakelijke zorg dan immers niet meer doorberekenen aan de verzekerden. Verzekeraars

noch patiënten kunnen zelf beoordelen of behandelingen noodzakelijk zijn. Verzekeraars hebben mogelijkheden om dergelijke informatie boven tafel te krijgen door bijvoorbeeld steekproefsgewijs individuele dossiers van een zorgaanbieder voor te leggen aan beroepsgenoten.

- Het Ministerie van VWS (2001b) beoogt informatieconvenanten af te sluiten met verzekeraars, zorgaanbieders en consumenten-/patiëntenorganisaties. Het doel is dat de marktspelers gezamenlijk besluiten welke informatie ze beschikbaar maken en hoe. Indien de convenanten binnen twee jaar niet tot de gewenste transparantie leiden, zal de overheid bekijken in hoeverre het anderszins mogelijk is de verschillende partijen gewenste informatie te laten leveren. Het Ministerie noemt daarbij de mogelijkheid om het wettelijk te verplichten, maar heeft dit niet verder uitgewerkt. De convenanten kunnen tot goede resultaten leiden, omdat marktpartijen er belang bij kunnen hebben om de wijze van transparantieverbetering in eigen handen te houden. Maar doordat er geen duidelijke sanctie is ingesteld voor de marktpartijen wanneer de convenanten niet werken, bestaat het risico dat de zorgaanbieders niet meewerken. Zorgaanbieders en verzekeraars kunnen bij een verlengde periode met onvoldoende transparantie immers profiteren van de mogelijkheid om hogere prijzen te vragen. Bovendien hebben de marktspelers tot op heden een negatieve houding ten aanzien van het openbaar maken van informatie. Daarnaast bestaat het risico dat veel tijd verloren gaat wanneer de overheid pas na een ongunstige afloop van de convenanten gaat bekijken hoe de transparantie dan kan worden verbeterd. De convenanten hebben een grotere kans van slagen en het risico op vertraging vermindert, wanneer de overheid nu al formuleert hoe ze de partijen op andere manieren de gewenste informatie kan laten leveren.

Concluderend, de plannen voor het nieuwe stelsel voorzien in enige verbetering van de transparantie, maar meer voor verzekeraars en de consumenten die momenteel privaats verzekerd zijn, dan voor ziekenfondsverzekerden. Bovendien is de effectiviteit van de informatieconvenanten in de huidige vorm onzeker. Er bestaat daarom een reëel risico dat de transparantie in alle onderdelen van de zorg op korte termijn gebrekkig blijft. In het vervolg van dit hoofdstuk bekijken we de mogelijkheden om de transparantie voor consumenten te verbeteren.

## **4.6 Mogelijkheden voor verbetering transparantie: lessen uit de VS**

### **4.6.1 Inleiding**

Om zicht te krijgen in de huidige 'state of the art' wat betreft het transparant maken van kwaliteit kunnen we naar de Verenigde Staten kijken, waar ruim een decennium ervaring is opgedaan met het ontwikkelen en gebruiken van prestatie-indicatoren in de zorg.

#### 4.6.2 **Transparantieverbetering door accreditatie-instellingen en de overheid**

Tot in de jaren tachtig van de twintigste eeuw was de transparantie in de Amerikaanse zorgmarkt gebrekkig doordat marktspelers geen initiatief namen om informatie te verstrekken. Nadat dit leidde tot een groeiende stroom klachten van consumenten over de kwaliteit van verzekeraars en zorgaanbieders, alsmede over het gebrek aan informatie, ontstond er een gevoel van urgentie om de transparantie te verbeteren. Dit leidde tot diverse initiatieven door marktpartijen en enkele initiatieven door de overheid op het niveau van individuele staten.

Marktpartijen lieten prestatie-indicatoren ontwikkelen en implementeren door drie onafhankelijke private non-profit accreditatie-instellingen<sup>22</sup> (NCQA, JCAHO, URAC). Zij zijn deels opgericht namens consumenten die de gebrekkige informatie niet meer wilden accepteren en deels ontstonden ze op verzoek van de zorgverzekeraars die last kregen van reputatieproblemen. De financiering van de Amerikaanse accreditatie-instellingen loopt grotendeels via de tarieven die zorgverzekeraars moeten betalen voor hun accreditatie. Daarnaast geeft de Amerikaanse overheid in beperkte mate subsidie. De Amerikaanse accreditatie-instellingen krijgen de benodigde informatie via verzekeraars. Verzekeraars zijn verplicht deze informatie te verstrekken als ze geaccrediteerd willen worden. De verzekeraars krijgen de informatie op hun beurt weer van de zorgaanbieders, die hiertoe contractueel verplicht zijn. De verzekeraars dienen de informatie te laten goedkeuren door een audit-organisatie.

In enkele Amerikaanse staten is de overheid actief betrokken bij de verbetering van transparantie via verplichte *'report cards'*, waarop de uitkomsten op een groot aantal prestatie-indicatoren per zorgverzekeraar (en de door hem ingekochte zorg) worden samengevat.

#### 4.6.3 **De ontwikkelde prestatie-indicatoren**

De NCQA en de accreditatie-instellingen hebben (ieder afzonderlijk) kenmerken geformuleerd waaraan prestatie-indicatoren moeten voldoen. Afgezien van enkele kleine uitwerkingsverschillen komt de lijst met kenmerken steeds overeen. De belangrijkste kenmerken van de gebruikte prestatie-indicatoren zijn:

- Relevantie: De indicator moet betrekking hebben op een belangrijke deel van de zorg, bijvoorbeeld qua populatie-omvang, risico, financiën.
- Precisie: De indicator moet reproduceerbaar en nauwkeurig zijn. Bovendien moet er voldoende variatie zijn in de prestaties van de indicator tussen zorgverzekeraars/zorgaanbieders, waarbij zij mogelijkheden hebben de prestaties van de indicator te verbeteren.

<sup>22</sup> Accreditatie heeft betrekking op de erkenning door een gezaghebbende organisatie dat een zorgaanbieder/zorgverzekeraar competent is om haar taak uit te voeren. In de Nederlandse ziekenhuiswereld wordt met accreditatie ook wel een vorm van peer-review bedoeld op basis van normen die zijn ontwikkeld door het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen, maar deze omschrijving bedoelen we in dit rapport niet.



- Minimale bias: De indicator moet ongevoelig of corrigeerbaar zijn voor externe omstandigheden (zoals verschillen in patiëntenbestand).
- Bewezen relatie tussen de indicator en de kwaliteit van zorg: Dit houdt onder meer in dat de indicator niet manipuleerbaar mag zijn door de verzekeraar of de zorgaanbieder.
- Toepasbaar/uitvoerbaar: Er dienen betrouwbare en vergelijkbare databronnen beschikbaar te zijn met beperkte mogelijkheden voor manipulatie. Daarbij dient aandacht te zijn voor privacy-aspecten en de kosten voor het verzamelen van de informatie.

Met deze criteria heeft de NCQA de Health Plan Employer Data and Information set (HEDIS) ontwikkeld, die meer dan 90% van de Amerikaanse 'Health Plans' gebruiken om prestaties in zorg en dienstverlening te meten ([www.ncaq.org/about/president.htm](http://www.ncaq.org/about/president.htm)). HEDIS omvat meer dan 60 prestatie-indicatoren die representatief zijn voor de (wat minder vaak gebruikte) indicatoren van andere accreditatie-instellingen. De prestatie-indicatoren hebben betrekking op verschillende onderdelen van de cure, waaronder ziekenhuiszorg, huisartsen en tandartsen. De prestatie-indicatoren hebben geen betrekking op de medisch inhoudelijke kwaliteit van behandelingen, zoals complicaties en mortaliteit. De indicatoren hebben relatief vaak betrekking op preventie en consumententevredenheid over de zorg en in mindere mate op zorgbehandelingen en de zorgverzekeraar:

- Preventie (percentage patiënten in de doelgroep die zijn onderzocht): hoge bloeddruk, cholesterol, borstkanker, diabetes, baarmoederhalskanker, chlamydia, prenataal onderzoek, postnataal onderzoek, advies om te stoppen met roken, vaccinaties
- Behandelingen
  - Percentage patiënten in de doelgroep die een bepaalde behandeling hebben gekregen: astma, cholesterol, menopauze, antidepressie, na hartaanval, na geestelijke ziekte
  - Aantal opnames (algemeen, spoedeisend), aantal ontslagen patiënten, gemiddelde verblijfsduur, medicijnverstrekking
- Toegang tot zorg: zwangerschapzorg, jaarlijks tandartsbezoek, toegang tot huisarts, beschikbaarheid van tolk
- Beschrijving zorgaanbieders: certificering, omzet huisarts, vergoeding huisarts, aantal jaren ervaring, samenwerking met publieke en maatschappelijke organisaties
- Consumententevredenheid zorgaanbieders (% tevreden consumenten): beschikbare informatie, communicatie met medisch personeel, algemene tevredenheid zorgaanbod
- Consumententevredenheid zorgverzekeraar (% tevreden consumenten): levering gewenste soort zorgaanbod, snelheid levering zorgaanbod, klachtenbehandeling, behulpzaamheid kantoorpersoneel, algemene tevredenheid zorgverzekeraar.

Indicatoren over de medisch inhoudelijke kwaliteit van behandelingen (zoals complicaties, onjuiste medische procedure en mortaliteit) worden veel minder gebruikt dan andere prestatie-indicatoren. De bestaande literatuur geeft een gemengd beeld van de effecten van indicatoren over de kwaliteit van behandelingen. Zo meldt Lansky (2002) een sterke verbetering van de kwaliteit van het zorgaanbod, in het bijzonder een reductie van de mortaliteit. Daar tegenover staan de bevindingen van Dranove et al (2002). Zij concluderen dat de indicatoren over de kwaliteit van behandelingen er toe leiden dat zorgaanbieders duurdere behandelingen verstrekken dan strikt noodzakelijk en gezondere patiënten selecteren.

Vanwege deze aandachtspunten met indicatoren over de medisch inhoudelijke kwaliteit van behandelingen benadrukt de AHRQ dat er zeer zorgvuldig mee dient te worden omgegaan bij de onderlinge vergelijking van individuele zorgaanbieders. Dit komt verder aan de orde in hoofdstuk 8.

#### **4.6.4 Het effect van prestatie-indicatoren op het gedrag van verzekerden**

Wat is de impact van deze prestatie-indicatoren op het gedrag van de Amerikaanse zorgconsument? Amerikaanse consumenten gebruiken vaak meerdere informatiebronnen bij de keuze van verzekeraar. Daarbij letten ze ook op de zorgaanbieders die door de verzekeraars zijn gecontracteerd. Bijna de helft van de consumenten gebruikt prestatie-indicatoren (verkregen via de werkgever<sup>23</sup>) en een even groot deel gaat af op eigen ervaringen in het verleden. Een derde gebruikt informatie van vrienden en collega's. Ongeveer tien procent krijgt de informatie via advertenties en een vergelijkbaar percentage via medische professionals (Feldman et al, 2000 en Farley et al, 2002).

Een belangrijke bevinding is dat prestatie-indicatoren een statistisch significante invloed hebben op de keuze van verzekerden voor een zorgverzekeraar. Het percentage consumenten dat overstapt naar een andere verzekeraar als gevolg van score op de prestatie-indicatoren verschilt per onderzoek, variërend van 3% tot 18% (Harris et al, 2002; Chernew et al, 2001; Beaulieu, 2002; Lansky, 2002). Daarnaast kan de informatie nuttig zijn als bevestiging van de keuze voor de huidige verzekeraar (Beaulieu, 2002), maar hierover is geen empirische informatie beschikbaar. Overigens brachten de eerste onderzoeken naar het effect van prestatie-indicatoren minder sterke effecten naar voren dan meer recente. Een verklaring kan zijn dat vergelijking van kwaliteit nog nieuw is voor Amerikaanse consumenten, die meer gewend zijn te kiezen op basis van verschillen in kosten en dekking tussen verzekeraars (Cahps nieuwsbrief, via [www.rand.org](http://www.rand.org)). Onderzoekers spreken de verwachting uit dat de invloed van prestatie-indicatoren op het gedrag van consumenten in de loop der tijd verder zal toenemen (zie bijvoorbeeld Harris et al, 2002 en Farley et al, 2002).

<sup>23</sup> De werkgever is een belangrijke schakel in de informatievoorziening in de VS doordat het overgrote deel van de consumenten onder de 65 jaar hun verzekering via de werkgever afsluit. Werkgevers verspreiden de informatie vaak via 'report cards', waarin de scores op de verschillende prestatie-indicatoren zijn gebundeld in 5 tot 10 scores.

#### 4.6.5 Continue verbetering prestatie-indicatoren

De accreditatie-instellingen en de overheid in de VS proberen voortdurend de kwaliteit van hun prestatie-indicatoren te verbeteren. Diverse onderzoekers menen zelfs dat de impact van prestatie-indicatoren in de Verenigde Staten op korte termijn dient te verbeteren, gelet op de kosten die met het verzamelen en verspreiden van de informatie is gemoeid. Ze vrezen dat de kosten van de informatievoorziening anders hoger worden dan de baten van transparantie. Verbetering van de kwaliteit van de prestatie-indicatoren kan op drie manieren:

- Aansluiten bij de behoefte van de consument: Lansky (2002) merkt op dat de waarde van prestatie-indicatoren kan verbeteren wanneer deze beter aansluiten bij de informatiebehoefte van consumenten. In dit licht vonden Chernew en Scanlon (1998) in hun onderzoek dat consumenten vooral hechten aan informatie over preventie. De NPCF zegt in dit kader dat prestatie-indicatoren niet beperkt dienen te blijven tot gezondheidszorg, maar ook betrekking moeten hebben op aanpalende terreinen als wonen, welzijn en sociale zekerheid.
- Duidelijkere prestatie-indicatoren: Uit onderzoek van Chernew en Scanlon (1998) blijkt dat consumenten een prestatie-indicator soms anders interpreteren dan beoogd. Meer in het algemeen wijzen Feldman et al (2000) op onderzoeken waaruit blijkt dat consumenten vaak niet begrijpen wat de relatie is tussen bepaalde indicatoren en kwaliteit. De NPCF geeft aan dat chronisch zieken waardevolle input kunnen leveren voor de ontwikkeling van indicatoren voor de medisch-technische kwaliteit.
- Duidelijke presentatie: Feldman et al (2000) wijzen er op dat de informatie veel consumenten verwacht door een gebrekkige presentatie. Meer informatie betekent immers niet automatisch dat er ook meer transparantie is. Het risico bestaat dat consumenten door de bomen het bos niet meer zien.

Eén en ander suggereert dat de ontwikkeling van goede indicatoren jaren kan duren en dat het ver voor de introductie van concurrentie zou moeten aanvangen. Natuurlijk kunnen wij in Nederland tijdswinst boeken door gebruik te maken van de ervaring in de VS en andere landen (Canada, VK), maar er is dan nog steeds tijd nodig om de indicatoren aan te passen aan de Nederlandse situatie. In de VS betrekken de accreditatie-instellingen en de overheid alle partijen uit de zorgsector bij de ontwikkeling van de indicatoren, om acceptatie te vergroten. Dit blijkt ook uit de ervaring in de telecommunicatiesector (zie kader). Prestatie-indicatoren hebben weinig impact wanneer één of meerdere partijen ze niet ondersteunen.

#### 4.6.6 **Lessen uit de VS**

Samenvattend brengt de ervaring in de VS met transparantieverbetering een aantal lessen naar voren:

- Marktspelers gingen pas over tot de verbetering van transparantie na een groeiende stroom klachten over kwaliteit en over gebrek aan informatie.
- Het is mogelijk om de transparantie sterk te verbeteren met behulp van prestatie-indicatoren.
- Verzekerden blijken bij de keuze van verzekeraar rekening te houden met verschillen in prestatie-indicatoren.
- De ontwikkeling van prestatie-indicatoren vergt veel tijd en samenwerking met alle marktpartijen.

Uit deze lessen volgt dat de transparantie van de Nederlandse zorgmarkt er bij gebaat is wanneer de ontwikkeling van prestatie-indicatoren snel begint.

---

## Lessen uit de markt voor telecommunicatie

De afgelopen decennia hebben veel landen de markt voor telecommunicatie geliberaliseerd. In deze markt is informatievoorziening vergeleken met de zorgsector makkelijk tot stand te brengen, aangezien veel indicatoren goed en objectief meetbaar zijn. Toch werd de markt voor telecommunicatie in geen van de door Stichting Telecomgebruikers Nederland (1999) onderzochte landen automatisch transparant, wat mogelijk verband houdt met het feit dat het een oligopolie betreft. Welke lessen kunnen we trekken uit de wijze waarop in de markt voor telecommunicatie is omgegaan met transparantie?

STN onderzocht de transparantie van de telecommunicatiemarkt in Zweden, het VK, de VS, Australië en Nederland. In alle landen rapporteren marktpartijen aan de toezichthouder. Omdat het daarbij gaat om vertrouwelijke documenten verbetert deze informatiestroom de transparantie voor afnemers niet.

In Zweden en de VS zijn geen mechanismen in gang gezet om de transparantie voor afnemers te verbeteren. Doordat marktpartijen niet uit zichzelf vergelijkbare informatie naar buiten brengen, zijn in deze landen voor afnemers alleen prijsvergelijkingen beschikbaar en geen kwaliteitsvergelijkingen.

In het VK en Australië worden prestatie-indicatoren gepubliceerd, maar door verschillen in aanpak heeft dit alleen in het VK daadwerkelijk geleid tot transparantie. Wat zijn de verschillen in aanpak tussen Australië en het VK? Uit onderstaande vergelijking blijkt dat het succes in het VK samenhangt met de gezamenlijke aanpak van afnemers, aanbieders en de toezichthouder. In het VK stimuleerde de toezichthouder dat marktpartijen zelf de transparantie verbeterden, met de dreiging dat de toezichthouder het anders zou afdwingen. Het proces van definiëren van indicatoren en meetmethoden duurde langer dan twee jaar, maar bleek succesvol. De toezichthouder in Australië heeft daarentegen nooit met een dwangmiddel willen dreigen, maar heeft geprobeerd om de markt transparanter te maken met vrijwillige participatie van marktpartijen. Het resultaat is een periodiek dik boekwerk met niet vergelijkbare informatie.

Vergelijking aanpak transparantieverbetering in Australië en het Verenigd Koninkrijk				
	Verenigd Koninkrijk		Australië	
Proces	-	toezichthouder dreigt met dwang	-	toezichthouder dreigt niet met dwang
	-	initiatief van de markt	-	marktpartijen dragen niet zelf bij aan transparantie
	-	toezichthouder eerst actief, later alleen monitor	-	toezichthouder in rol van oppositie
Structuur	-	gezamenlijke ontwikkeling van indicatoren	-	geen vaste indicatoren
	-	onafhankelijke controle van data	-	publicatie door toezichthouder
	-	publicatie door de markt	-	toezichthouder betaalt publicatie
	-	markt betaalt publicatie		

Uit de vergelijking van vijf landen blijkt dat de markt niet automatisch goede vergelijkbare informatie naar buiten brengt. Het kan noodzakelijk zijn dat de toezichthouder een stok achter de deur heeft (en er ook mee dreigt) om marktpartijen te stimuleren zelf de transparantie te verbeteren. De ontwikkeling van prestatie-indicatoren duurde twee jaar, ondanks dat prestaties in de telecommunicatie relatief goed en objectief meetbaar zijn.

---

## 4.7 Mogelijke ongunstige neveneffecten van verbeterde transparantie

Het verbeteren van de beschikbare informatie heeft ook nadelen: de administratieve lasten kunnen toenemen en het maken van kartelafspraken wordt gemakkelijker.

Een toename van transparantie brengt administratieve lasten met zich mee voor het registreren, verzamelen, toegankelijk maken, verspreiden en analyseren van informatie. Dit geldt in eerste instantie voor de zorgverzekeraars en zorgaanbieders die de informatie moeten verzamelen, maar ook voor consumenten en de overheid die de informatie moeten vergelijken. Hierbij moet worden bedacht dat in grote lijnen steeds dezelfde informatie nodig is van zorgverzekeraars en zorgaanbieders, die kan worden ingezet voor diverse doeleinden (consument, verzekeraar, zorgaanbieder, overheid). Zo hebben consumenten, de overheid en verzekeraars vergelijkbare informatie nodig over de kwaliteit van zorgaanbieders, alhoewel de verzekeraars behoefte zullen hebben aan een grotere detaillering. Bundeling van de informatieverzoeken kan voorkomen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieder vergelijkbare informatie meerdere keren moeten verstrekken. Het Ministerie van VWS denkt daarom over de introductie van een zogenaamde 'Trusted Third Party', alhoewel daar ook nadelen zijn verbonden (zie kader). In ieder geval is zorgvuldige afweging per type informatieverzoek van de baten voor de transparantie en de administratieve lasten noodzakelijk.

Een tweede potentieel nadeel van grote transparantie is dat het voor marktspelers makkelijker wordt om kartelafspraken te maken of parallel gedrag te vertonen. Møllgaard et al. (2000) stellen: '*...it generally seems hard to improve information to customers without at the same time affecting the information and/or strategic incentives of firms.*' Het risico van kartelvorming krijgt vooral in de economische theorie veel aandacht, maar er is niet veel bewijs is dat het in de praktijk ook vaak voorkomt. In het algemeen wordt het risico van kartelvorming groter naarmate producten meer homogeen zijn, wat in de zorg verschilt per type product. Dit neemt niet weg dat het risico van kartelvorming wordt onderkend door de Amerikaanse Federal Trade Commission (FTC)<sup>24</sup>. Hoe loopt de relatie tussen transparantie en kartelvorming? In oligopolistische markten kunnen producenten volgens Møllgaard et al. op ten minste twee manieren profiteren van verbeterde transparantie. Direct kunnen ze ontduiking en afwijking van kartelafspraken of parallel gedrag sneller en met grotere precisie achterhalen door verbeterde informatie over andere bedrijven. Indirect kan het bedrijf dat ontduikt/afwijkt zwaarder worden gestraft, aangezien consumenten bij een verbeterde transparantie sterker zullen reageren op veranderingen in de prijs-kwaliteit verhouding. Deze kartel-bevorderende prikkels kunnen onder redelijke aannames zwaarder wegen dan de prikkel om het kartel te ontduiken als gevolg van hogere prijsgevoeligheid bij consumenten. Een voorbeeld van het directe risico is wanneer verzekeraars inzicht hebben in elkaars historische data over

<sup>24</sup> zie <http://www.ftc.gov/reports/hlth3s.thm>

verzekeringsclaims.<sup>25</sup> Een voorbeeld van het indirecte risico is het Deense cementkartel dat ontstond na een door de overheid geïnitieerde transparantieverbeteringen (Albaek et al., 1997). Møllgaard et al. wijzen er op dat het risico op kartelvorming kleiner wordt naarmate er meer spelers in de markt zijn. In het algemeen kan het risico op kartelafspraken worden verkleind door de informatie-uitwisseling te beperken tot de essentiële informatie en door de informatie voor iedereen (ook potentiële toetreders) toegankelijk te maken (OESO, 2001). In aanvulling hierop stelt de FTC als concrete eisen voor de zorgsector dat de informatie over contractprijzen en kosten 1) wordt verzameld door een onafhankelijke derde partij, 2) tenminste 3 maanden oud is<sup>26</sup>, 3) van tenminste vijf aanbieders komt en 4) bij verspreiding voldoende is geaggregeerd (niet te herleiden naar een bepaalde aanbieder).

Overigens zijn er geen aanwijzingen dat de informatievoorziening de privacy van burgers zal aantasten. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar kunnen de informatie anonimiseren. Bovendien wordt de informatie vaak op een hoger aggregatieniveau gerapporteerd en naar buiten gebracht.

Kortom, er zijn mogelijkheden om de risico's van transparantieverbetering met betrekking tot administratieve lasten en kartelvorming te beperken door rekening houden met een aantal aandachtspunten:

- voldoende aanbieders van informatie;
- informatiestromen beperken tot essentiële gegevens;
- informatieverzoeken bundelen;
- informatie ten minste drie maanden oud;
- informatie voor iedereen toegankelijk.

<sup>25</sup> Het kan vanuit concurrentie-oogpunt wenselijk zijn dat de historische data over verzekeringsclaims voor iedereen inzichtelijk zijn, omdat verzekeraars dan tot een betere schatting van de toekomstige kosten kunnen komen (verkleinen informatie-asymmetrie). Wanneer ook nieuwe verzekeraars toegang hebben tot de data verbeteren bovendien de mogelijkheden voor toetreding. Anderzijds verbetert het de mogelijkheden voor prijsafspraken.

<sup>26</sup> Verouderde informatie heeft geen nut meer voor het handhaven van een kartel.

---

### Trusted third parties

VWS spreekt in haar vervolgotitie op 'Vraag aan bod' over Trusted Third Parties (TTP): onafhankelijke organisaties die diensten aanbieden om de betrouwbaarheid van elektronische gegevensuitwisseling te bevorderen. Het voornemen is dat zorginstellingen alle informatie over de prijs, volume en kwaliteit van de geleverde zorg aan een TTP verstrekken. Een TTP heeft als taak informatie te beheren en (op het juiste aggregatieniveau en beschermd met de juiste waarborgen) ter beschikking te stellen aan alle belanghebbenden en belangstellende derden. Een TTP analyseert de data zelf niet. Een voorbeelden van een TTP is het CBS.

Door het afsplitsen van gegevensbeheer beoogt VWS vertrouwen in de informatie te waarborgen en belangenverstrengeling en discussies over de juistheid van de gegevens te vermijden. TTP's kunnen ook de administratieve lasten voor zorgaanbieders bij het verzamelen van informatie helpen verminderen. Een potentieel nadeel is dat TTP's een extra schakel vormen in de informatieketen, waardoor de kans bestaat dat de beheerde informatie niet volledig aansluit bij de behoeften van de organisaties die de informatie gaan gebruiken. In de VS is het beheer en de analyse van informatie bij accreditatie-instellingen gecombineerd en wordt de juistheid van de gegevens gewaarborgd via audit-controles (vergelijkbaar met een accountantscontrole). De optie van audit controles is ook het overwegen waard voor Nederland.

---

## 4.8 Conclusies

Concurrentie komt pas van de grond wanneer afnemers kunnen reageren op verschillen in prijs en kwaliteit tussen aanbieders. In het huidige zorgstelsel zijn verzekerden nog onvoldoende prijsgevoelig en ontberen patiënten informatie om zorgaanbieders goed te kunnen vergelijken op kwaliteit. Ziekenfondsen hebben nog geen contracteervrijheid bij ziekenhuizen. Kortom, de overstapkosten lijken nog hoog.

De plannen voor het nieuwe stelsel voorzien in een aantal maatregelen gericht op het verlagen van de overstapkosten voor verzekerden en verzekeraars. Verzekerden kunnen makkelijker overstappen als gevolg van een acceptatieplicht voor alle verzekeraars. De overstapkosten van verzekeraars dalen wanneer de contracteerplicht voor ziekenfondsen komt te vervallen en de financiering van ziekenhuizen zal gaan plaatsvinden op basis van DBCs .

In aanvulling op de voorgenomen beleidsmaatregelen kunnen de overstapkosten worden verlaagd door verzekerden goed te informeren over de mogelijkheid om over te stappen naar een andere verzekeraar. Dit is een no-regret optie, want veel verzekerden blijken na een decennium nog steeds niet te weten dat ze keuzevrijheid hebben. In aanvulling hierop is een interessante optie verzekeraars te verplichten om hun aanvullende verzekeringen los te koppelen van het basispakket, waardoor consumenten de mogelijkheid krijgen om alleen voor hun basispakket van verzekeraar te veranderen. Andere beleidsopties zijn meer radicaal. Zo kunnen verzekerden worden verplicht om periodiek opnieuw een verzekeraar te kiezen, of kan de overheid een breed



basispakket invoeren. Een breed pakket heeft echter ook herverdelingsimplicaties waarover de politieke voorkeuren uiteenlopen.

Voor lage overstapkosten is ook van belang dat er voldoende transparantie is over de prijs en kwaliteit van verzekeraars en zorgaanbieders. De beleidsvoornemens voor het nieuwe zorgstelsel kunnen de transparantie iets verbeteren, maar er is een reëel risico dat de transparantie in de zorgmarkten en in de verzekeringsmarkt in eerste instantie gebrekkig blijft. Onvoldoende transparantie kan er toe leiden dat consumenten bij een toename van concurrentie te hoge prijzen moeten betalen en/of te lage kwaliteit ontvangen.

Als het gaat om de verbetering van de transparantie van verzekeraars en alle onderdelen van de zorg zijn interessante lessen te leren van de ervaringen in de VS. Deze ervaringen laten zien dat de markt zelf in staat is om de transparantie voor consumenten aanzienlijk te verbeteren via de ontwikkeling van prestatie-indicatoren, maar dat aan deze markt-aanpak ook nadelen zijn verbonden:

- Marktspelers in de VS ontplooiden pas activiteiten gericht op verbetering van de transparantie toen er een gevoel van urgentie ontstond: consumenten klaagden over kwaliteit en ze waren ontevreden over het gebrek aan transparantie.
- De ontwikkeling en implementatie van prestatie-indicatoren vergt veel tijd.
- Verbetering van transparantie kan gepaard gaan met een toename van administratieve lasten en kan het risico op kartelvorming vergroten.

De Amerikaanse ervaringen maken duidelijk dat overheidsbeleid de marktinitiatieven gericht op transparantie-vergroting kan versnellen. Hiertoe kan de overheid de ontwikkeling van objectief meetbare prestatie-indicatoren initiëren en financieren, en deelname aan deze initiatieven verplicht stellen. De actieve inbreng van zorgaanbieders, verzekeraars en consumenten/patiëntenorganisaties is belangrijk, om de kwaliteit en de acceptatie van de indicatoren te vergroten. Uit de Amerikaanse lessen volgt tenslotte dat de transparantie van de Nederlandse zorgmarkt er bij gebaat is wanneer de ontwikkeling van prestatie-indicatoren snel begint. Na de initiërende rol van de overheid bij het ontwikkelen van de prestatie-indicatoren is het waarschijnlijk dat concurrentie vervolgens bijdraagt aan verdere verbetering van transparantie. Wanneer dat onvoldoende gebeurt kan de overheid een wettelijke dwang tot informatievoorziening als 'stok achter de deur' te hebben, bijvoorbeeld via sectorspecifieke mededingingsregels (zie hoofdstuk 5).



## **5 Voorwaarde 3: Geen mededingingsbeperkend gedrag**

### **5.1 Inleiding**

Stel dat aan de eerste twee voorwaarden voor concurrentie is voldaan: door toetreding zijn er voldoende aanbieders en afnemers reageren op verschillen in prijs-/kwaliteitverhouding. Dan is het nog steeds mogelijk dat concurrentie niet van de grond komt wanneer spelers op de markt de mededinging beperken. Dergelijk gedrag is in principe verboden op grond van de Mededingingswet.

Dit hoofdstuk geeft toelichting op de mogelijkheden om mededingingsbeperkend gedrag via de Mededingingswet aan te pakken. Afhankelijk van de karakteristieken van de markt is het daarnaast mogelijk om sectorspecifieke mededingingsregels in te stellen. Uit het hoofdstuk komt naar voren dat in delen van de zorg sectorspecifieke mededingingsregels noodzakelijk kunnen zijn om concurrentie te bevorderen en om misbruik van machtspositie tegen te gaan in markten waar concurrentie niet mogelijk blijkt. Omdat van te voren niet is in te schatten hoe de markt zich zal ontwikkelen, is het nuttig dat de toezichthouder tevens mogelijkheden heeft om de toepassing van sectorspecifieke mededingingsregels zo nodig uit te breiden.

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt. Allereerst wordt er ingegaan op de kenmerken van algemene en sectorspecifieke mededingingsregels. In paragraaf 5.3 is vervolgens aandacht voor specifieke kwesties die spelen bij de uitvoering van de Mededingingswet. Daarna komt in paragraaf 5.4 aan de orde op welke punten sectorspecifieke mededingingsregels nuttig kunnen zijn.

### **5.2 Onderscheid algemene en sectorspecifieke mededingingsregels**

Bij het mededingingstoezicht kan onderscheid worden gemaakt naar algemene en specifieke mededingingsregels. De algemene mededingingsregels zijn vastgelegd in de Mededingingswet. Deze regels gelden voor alle sectoren in de Nederlandse economie. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) voert de Mededingingswet sinds 1998 uit. Voor sommige sectoren, zoals telecommunicatie, gas en elektriciteit, gelden naast de Mededingingswet ook specifieke mededingingsregels. Sectorspecifieke mededingingsregels kunnen worden uitgevoerd door aparte toezichthouders (vergelijkbaar met de OPTA), of door (een kamer bij) de NMa (vergelijkbaar met de DTe). Dit is vooral een bestuurlijke keuze.

Wanneer is het wenselijk om sectorspecifieke mededingingsregels in te stellen en wanneer volstaat de Mededingingswet? Nera (2000) heeft de belangrijkste verschillen tussen de algemene en sectorspecifieke mededingingsregels in kaart gebracht voor netwerksectoren. Daarvan zijn de voor dit rapport relevante bevindingen samengevat in onderstaande tabel.

---

**Tabel 5.1 Verschillen algemene en sectorspecifieke mededingingsregels**

Algemene mededingingsregels	Sectorspecifieke mededingingsregels
Algemeen en abstract kader	Op maat gesneden regels
Gedeeltelijk reactief	Pro-actief
Beperkt aantal instrumenten	Groot aantal instrumenten
Bedoeld om de mededinging te beschermen	Macht om mededinging te bevorderen of te beperken
Eenmalige interventies	Lange termijn perspectief
Specifiek, beperkt aantal doeleinden	Groter aantal doeleinden

Bron: samengesteld op basis van Nera (2000)

---

De Mededingingswet is gedeeltelijk reactief van aard. Dit impliceert dat een onderneming niet altijd vooraf goed kan toetsen of zijn gedragingen geoorloofd zijn. Ondernemingen kunnen van te voren wel een idee krijgen over wat wel en niet is toegestaan aan de hand van richtlijnen en jurisprudentie. Alleen voor bepaalde categorieën kartelgedrag is het op voorhand duidelijk dat die niet zijn toegestaan. Zo is prijsbinding altijd verboden. De reactieve aanpak is geschikt voor markten die uit zichzelf over het algemeen tot concurrerende uitkomsten leiden. Voor een groot deel is de Mededingingswet niet reactief. Zo beoordeelt de NMa fusies en ontheffingsverzoeken voor kartelvorming vooraf.

De belangrijkste verschillen tussen algemene en op maat gesneden sectorspecifieke mededingingsregels voor de zorg zijn de mogelijkheid voor pro-actief toezicht op bedrijven met een machtspositie, de mogelijkheid om concurrentie te bevorderen en de mogelijkheid om aanvullende doelstellingen te bevorderen.

De *New Regulatory Framework* voor telecommunicatie<sup>27</sup> van de Europese Unie noemt een aantal criteria voor het instellen van sectorspecifieke mededingingsregels. Dit framework komt er grofweg op neer dat sectorspecifieke mededingingsregels nodig kunnen zijn indien een bedrijf over een significante en bestendige machtspositie bezit en het aannemelijk is dat die positie misbruikt zal worden. Een machtspositie is bestendig wanneer de machtspositie binnen afzienbare tijd niet zal verminderen, meestal als gevolg van hoge toetredingsdrempels en gebrek aan innovatie. Sectorspecifieke regels, zoals minimum/maximumprijzen, zijn in dat geval gericht op het voorkomen van ongewenst gedrag van een marktpartij. De behoefte aan specifieke regels neemt toe naarmate herhaald misbruik meer waarschijnlijk is (vanwege marktomstandigheden) en de afhandeling van individuele geschillen meer tijd vergt. Specifieke regels kunnen ook wenselijk zijn wanneer de tijd die nodig is om gedragingen achteraf te beoordelen hoge maatschappelijke kosten met zich meebrengt, bijvoorbeeld wanneer in het geval door misbruik van marktmacht levensbedreigende situaties ontstaan. De sectorspecifieke regels kunnen rekening houden met de unieke technische en economische context van een bepaalde markt. De specifieke regels kunnen vooraf omschrijven welke gedragingen wel en niet

<sup>27</sup> Zie <http://europa.eu.int/comm/competition/antitrust/others/telecom/conference.html>

zijn toegestaan en impliceren vaak een stevige beperking van de ondernemersvrijheid. Dit betekent dat sectorspecifieke mededingingsregels niet 'gratis' zijn: ook de positieve prikkels van concurrentie op kostenbeheersing en innovatie worden beperkt en er is risico van overheidsfalen. Met dit laatste wordt bedoeld dat de kwaliteit van de gedragsregels onvoldoende kan zijn als gevolg van informatie-asymmetrie en 'micro-management'<sup>28</sup> bij de toezichthouder.

De Mededingingswet beoogt via eenmalige interventies in specifieke gevallen de concurrentie op de markt te beschermen of te herstellen. In de zorg dient concurrentie echter grotendeels nog op gang te komen. De Mededingingswet is niet bedoeld om concurrentie te stimuleren, het ontbeert hiervoor (logischerwijs) ook de instrumenten. Sectorspecifieke mededingingsregels kunnen dit wel, bijvoorbeeld door het verbeteren van toetreding. De formulering van een lange termijn perspectief voor de wijze waarop concurrentie wordt gestimuleerd vermindert bij marktpartijen de investeringsrisico's. Sectorspecifieke mededingingsregels voor de bevordering van concurrentie dienen een samenhangend geheel te vormen met beleidsmaatregelen gericht op verbetering van toetreding en transparantie. In principe hebben sectorspecifieke mededingingsregels om de concurrentie te bevorderen een tijdelijk karakter. Soms is concurrentie vanwege de economische en technische kenmerken ook op termijn onmogelijk of onwenselijk en krijgen de sectorspecifieke regels een meer permanent karakter.

De Mededingingswet biedt geen mogelijkheden om expliciet aanvullende beleidsdoelstellingen te bevorderen. Sectorspecifieke regelgeving biedt mogelijkheden om het toezicht mede te richten op aanvullende beleidsdoelstellingen, zoals solidariteit of kostenbeheersing. Dit creëert wel het risico op onzekerheid door de mogelijkheid van beleidswijzigingen en inconsistentie in het geval dat de doelstellingen conflicteren. Om deze reden wordt voor aanvullende doelstellingen veelal aparte regelgeving opgesteld, die niet tegelijk ook de mededinging dient te beschermen/bevorderen.

Verder biedt de Mededingingswet geen handvatten voor het aanpakken van ongewenst gedrag van marktpartijen dat niet mededingingsbeperkend is. Een voorbeeld betreft te hoge prijzen als gevolg van parallel gedrag door partijen in een oligopolistische markt, zonder dat er sprake is van overleg of afstemming. In een dergelijke markt kan sectorspecifieke regelgeving volgens het CPB (te publiceren in 2003) in principe wenselijk zijn. De publicatie benadrukt echter dat het in de zorg mogelijk en wenselijk is om het beleid te richten op voorkóming van een dergelijke marktsituatie, door het bevorderen van concurrentie, transparantie en toetreding.

<sup>28</sup> Een voorbeeld van micro-management is dat de toezichthouder teveel nadruk legt op implementatie van de sectorspecifieke mededingingsregels, in plaats van op de publieke doelstellingen die via concurrentie dienen te worden bereikt.

Samenvattend kan worden gesteld dat sectorspecifieke mededingingsregels in de zorgsector vooral wenselijk kunnen zijn (naast de Mededingingswet) in één of meerdere van de volgende gevallen:

- wanneer een bedrijf over een significante en bestendige machtspositie bezit (hoge toetredingsdrempels), misbruik van die positie aannemelijk is én de afhandeling van individuele geschillen veel tijd vergt;
- wanneer het noodzakelijk is bij een markt in transitie de concurrentie te stimuleren;
- wanneer via mededingingsregels ook aanvullende beleidsdoelstellingen dienen te worden bereikt.

De voordelen die sectorspecifieke mededingingsregels in deze gevallen kunnen hebben dienen per deelmarkt te worden afgewogen tegen de nadelen als gevolg van de beperking van de ondernemersvrijheid die de regels impliceren. Dit komt aan de orde in paragraaf 5.4.

## 5.3 Mededingingswet

Deze paragraaf geeft aan welke gedragingen op grond van de Mededingingswet verboden zijn in het nieuwe zorgstelsel. Wat zijn de gevolgen van invoering van het nieuwe zorgstelsel voor de fusiecontrole, het tegengaan van misbruik van een machtspositie en het tegengaan van kartelvorming? Deze paragraaf neemt de Richtsnoeren voor de zorgsector van de NMa (2002) als uitgangspunt, die zich nog richten op het huidige zorgstelsel. In de analyse wordt gekeken op welke punten de Richtsnoeren onder invloed van het nieuwe zorgstelsel waarschijnlijk aanpassing behoeven.

### 5.3.1 Fusies

Fusies tussen zorgverzekeraars en tussen zorgaanbieders zijn aan de orde van de dag.

- In de periode 1980-1994 werden 48 fusies tussen algemene ziekenhuizen geregistreerd, tegenover 31 in de periode 1960-1980 (Nivel 2000, aangehaald door Maarse et al, 2002). Alle fusies droegen een regionaal karakter. Mede hierdoor is het aantal algemene ziekenhuisorganisaties de afgelopen twee decennia gedaald van 172 in 1981 tot 94 in 2001. Het aantal categorale ziekenhuizen liep terug van 48 in 1981 tot 12 in 1997 (Maarse et al, 2002). Er zijn geen fusies geweest tussen de acht academische ziekenhuizen. Zal deze fusietrend zich voortzetten? In het huidige zorgstelsel worden fusies mede gestimuleerd doordat de wijze van overheidsbekostiging schaalvergroting beloont, maar met de invoering van DBC's zal deze kostenprikkel verdwijnen (zie paragraaf 3.2). Daar tegenover staat dat zorgaanbieders in het nieuwe zorgstelsel een prikkel hebben te fuseren om marktmacht te vergroten.

- Op de markt voor zorgverzekeringen heeft zich de afgelopen 10 jaar een proces van schaalvergroting en concentraties voorgedaan. Het aantal ziekenfondsen is gedaald van 53 in 1985 tot 28 in 2000 en het aantal particuliere zorgverzekeraars van 82 tot 54. Bovendien zijn er veel allianties tussen ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars. Er zijn geen aanwijzingen dat dit proces zal verminderen in het nieuwe zorgstelsel, aangezien kleine verzekeraars door fusies marktmacht kunnen ontwikkelen om als effectieve tegenkracht op de markt voor zorginkoop te kunnen opereren.

Grofweg hebben fusies twee doelstellingen, namelijk efficiëntieverbetering en/of vergroting van marktmacht. Het streven naar grotere efficiëntie is gunstig vanuit welvaartspectief, alhoewel dient te worden opgemerkt dat verwachtingen op dit punt lang niet altijd worden waargemaakt. Empirisch onderzoek in de VS geeft aan dat zorgverzekeraars tot op heden niet te maken hebben met sterke schaalvoordelen (dit kan veranderen nieuwe zorgstelsel, zie paragraaf 3.6.2) en bij Nederlandse algemene ziekenhuizen ligt het gemiddelde aantal bedden boven de efficiënte schaal (zie paragraaf 3.5.2). Schaalvoordelen lijken voor deze spelers derhalve geen argument voor een fusie. Bij ziekenhuizen kan de wijze van bekostiging een verklaring zijn voor de fusietrend. Mogelijk komt de huidige fusietrend bij verzekeraars en ziekenhuizen mede voort uit het streven naar marktmacht. Dit streven kan gunstig zijn voor de concurrentie wanneer bijvoorbeeld twee kleine partijen fuseren in een markt waar al één of enkele grote spelers actief zijn. Vergroting van marktmacht via een fusie wordt pas een probleem wanneer het de mededinging beperkt, bijvoorbeeld doordat de gefuseerde partijen tezamen een economische machtspositie krijgen.

#### **Fusies tussen zorgaanbieders**

De Mededingingswet is het geëigende instrument om te voorkomen dat fusies tussen zorgaanbieders de mededinging beperken. Daarbij is wel een aantal aandachtspunten.

Een eerste aandachtspunt is de afbakening van de relevante markt. Daarbij is het gebruikelijk om de vraag van consumenten/patiënten als uitgangspunt te nemen. Dit betekent in sommige gevallen dat verschillende beroepsgroepen op dezelfde productmarkt opereren, zoals tandartsen en tandartsspecialisten. In de meeste gevallen zijn verschillende beroepsgroepen (zoals apothekers, fysiotherapeuten, huisartsen en tandartsen) actief in verschillende productmarkten, aangezien de verschillende vormen van zorg voor de patiënten niet of in zeer beperkte mate uitwisselbaar zijn. Volgens dezelfde redenering is het waarschijnlijk dat de ziekenhuiszorg uit een groot aantal deelmarkten bestaat (Sacher en Silvia, 1998). Oogheelkunde en kraamhulp zijn immers geen substituten van elkaar. Bij een te ruime marktafbakening, waarin ziekenhuiszorg als één markt wordt beschouwd, zouden fusies tussen ziekenhuizen onterecht kunnen worden toegestaan.

Voor de geografische markt van zorgaanbieders is van belang hoe groot de afstand is die patiënten bereid zijn (of geacht worden) af te leggen. Voor huisartsen bijvoorbeeld gaat de NMa uit van een lokale/regionale markt. Er zijn ook vormen van zorg waarvoor de geografische markt groter zal zijn. Dit is volgens de NMa afhankelijk van de mate van spoedeisendheid, van bezoekfrequentie en van zorgspecialisatie. In de toekomst zou de geografische markt voor bepaalde zorg ook ruimer kunnen zijn dan alleen Nederland, als gevolg van de vervagende landsgrenzen. Nieuwe vormen van zorgaanbod (bijvoorbeeld preferred provider arrangementen) hoeven niet per se tot een andere geografische afbakening te leiden. Zo is in de VS - tegen de verwachting in<sup>29</sup> - geen bewijs gevonden dat reisafstanden voor patiënten zijn toegenomen als gevolg van de opkomst van 'Health Maintenance Organisations' en 'Preferred Provider Organisations' (White en Morrisey, 1998).

Een tweede aandachtspunt betreft de fusietoetsing in het *huidige* zorgstelsel. De NMa geeft aan dat ze op de beperking stuit dat de Mededingingswet alleen ingrijpt waar daadwerkelijke concurrentie mogelijk is. Gelet op bestaande wet- en regelgeving is de NMa van mening dat er nog geen sprake is van concurrentie tussen ziekenhuizen. Zo zijn ziekenhuizen niet vrij in de keuze tussen verzekeraars (contracteerplicht) en kunnen ziekenhuizen op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg niet zelfstandig en naar eigen inzicht de hoogte van hun budget en prijzen bepalen. Om deze reden beoordeelt de NMa fusies tussen ziekenhuizen nu nog niet (geen materiële toetsing).<sup>30</sup>

Bij deze opstelling van de NMa zijn vraagtekens te plaatsen. De afwachtende opstelling geeft ziekenhuizen in ieder geval een prikkel om, anticiperend op nieuwe wetgeving, te fuseren teneinde toekomstige concurrentie voor te zijn. De NMa realiseert zich dit wel, maar huldigt in besluiten tot op heden het standpunt dat partijen altijd kunnen anticiperen op nieuwe wetgeving en dat daar weinig aan te doen valt. Wanneer de huidige ontwikkelingen richting concurrentie zich voortzetten zal de NMa volgens de richtsnoeren kritischer komen te staan tegenover fusies. Zo gelden nu maximumprijzen (in plaats van vaste prijzen) voor additionele operaties en krijgen ziekenhuizen de mogelijkheid om op beperkte schaal extra inkomsten te genereren buiten de reguliere beperkingen om.<sup>31</sup> De NMa meldt dat ze actief aan het onderzoeken is in hoeverre concurrentie-elementen aan de aanbod- zowel als aan de vraagzijde zijn waar te nemen (seminar Ministerie VWS, 22 oktober 2002). Misschien wordt een materiële fusietoetsing mogelijk bij de voorgenomen invoering in 2003 (op basis van vrijwilligheid) van 17 DBC's, die gezamenlijk

<sup>29</sup> De idee was dat patiënten door een combinatie van financiële prikkels en selectief gecontracteerde zorgaanbieders meer 'waar voor hun geld' zouden kunnen krijgen dan in traditionele verzekeringen.

<sup>30</sup> Zie bijvoorbeeld het besluit van de d-g NMa van 5 juni 1998 in zaak 165/Stichting Sophia Ziekenhuis en Stichting Rooms Katholiek Ziekenhuis/Verpleeghuis De Weezenlanden.

<sup>31</sup> Zie besluit van de d-g NMa van 14 maart 2002 in zaak 2877/Sint Antonius Ziekenhuis - Mesos Medische Centrum.



bijna 10% van de ziekenhuisomzet vertegenwoordigen, waarvoor ruimte komt voor prijsonderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars.<sup>32</sup>

De noodzaak voor een spoedige materiële fusietoetsing is groot. Anders zijn misschien al grote regionale machtsblokken opgebouwd voordat er in het nieuwe stelsel meer ruimte komt voor concurrentie tussen ziekenhuizen. Ziekenhuizen hebben immers een prikkel om, anticiperend op nieuwe wetgeving, te fuseren teneinde toekomstige concurrentie voor te zijn. Indien machtsposities eenmaal zijn opgebouwd kan de NMa niets méér doen dan ze controleren op mogelijk misbruik van marktmacht. Het tegengaan van concurrentiebepalende fusies is makkelijker en minder kostbaar dan toezicht achteraf. Indien NMa haar afwachtende houding zou handhaven, is het een optie om tijdelijke sectorspecifieke regelgeving in te stellen om fusies tussen partijen in de zorgmarkt te toetsen (zie volgende paragraaf). Wanneer de NMa in het vervolg de fusies wel materieel gaat toetsen, ontstaat het probleem dat ze haar oordeel over de gevolgen van de fusie voor concurrentie zeer moeilijk empirisch kan onderbouwen (Klein, 1998). De NMa kan dan immers niet teruggrijpen op historische data over kosten en prijzen, omdat die het resultaat waren van overheidsbeleid en niet van concurrentie. Ook in dit licht kan tijdelijke sectorspecifieke regelgeving wenselijk zijn.

Tenslotte is bij fusies tussen zorgaanbieders de omzetrempel voor fusiemeldingen een aandachtspunt. De omzet van zorgaanbieders ligt vaak onder de drempel - in samenhang met de kleine relevante markt. Dit is mogelijk een verklaring waarom de NMa alleen nog maar fusies tussen ziekenhuisinstellingen heeft behandeld en nog geen fusies tussen andere zorgaanbieders. De hoge omzetgrens komt in paragraaf 5.4.1 aan de orde.

### **Fusies tussen zorgverzekeraars**

Bij de beoordeling van fusies tussen zorgverzekeraars in het nieuwe stelsel ligt het voor de hand dat de NMa onderscheid zal maken tussen de gevolgen voor de mededinging op de verzekeringsmarkt en de gevolgen voor de zorginkoopmarkt, zoals ze nu ook doet.

Een aandachtspunt bij de verzekeringsmarkt betreft de afbakening van de relevante markt. Het is aannemelijk dat de NMa in het nieuwe zorgstelsel één markt voor basisverzekeringen zal definiëren, wanneer het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier komt te vervallen.<sup>33</sup> Afhankelijk van de ontwikkelingen in de markt is het mogelijk dat de markt op termijn weer uiteenvalt in verschillende deelmarkten. Zo wordt in de VS onderscheid gemaakt tussen 'Health Maintenance Organisations' die een samenhangend netwerk van zorgaanbieders contracteren en 'Preferred Provider Organisations' die meer flexibele contracten hebben met

<sup>32</sup> Voornemen aangekondigd in brief van Ministerie VWS aan College Tarieven Gezondheidszorg d.d. 9 september 2002.

<sup>33</sup> Wat betreft de productmarkt maakt de NMa in het huidige stelsel onderscheid tussen de markten voor ziekenfondsverzekeringen en particuliere ziektekostenverzekeringen, omdat consumenten niet de mogelijkheid hebben tussen deze vormen van zorgverzekering te kiezen.

zorgaanbieders.<sup>34</sup> Maar het is nog niet te voorzien of en hoe dergelijke deelmarkten zich ook in Nederland zullen ontwikkelen.

Vervolgens is er de afbakening van de geografische markt voor basisverzekeringen. Hierbij volgen we weer de invalshoek van consumenten. Op basis van empirische bevindingen op basis van het huidige stelsel zijn er aanwijzingen van een regionale geografische markt, ondanks dat verzekeraars landelijk mogen opereren:

- Er is een historisch gegroeide binding tussen verzekerden en de ziekenfondsverzekeraar uit hun regio. Doordat er in het verleden slechts 1 ziekenfondsverzekeraar per regio was, heeft dat gevolgen voor de huidige afbakening van de geografische markt. In 2001 was gemiddeld nog 77 procent van de inwoners van een ziekenfondsregio verzekerd bij de grootste zorgverzekeraar in de regio, terwijl verzekerden al sinds 1992 vrij zijn in de keuze van hun verzekeraar (Van den Brink, 2001).
- De prijselasticiteit van de vraag van verzekerden naar een individuele ziekenfondsverzekeraar is zeer laag (zie kader), waardoor ziekenfondsen de mogelijkheid hebben zich in hun oorspronkelijke regio in belangrijke mate onafhankelijk van concurrenten, leveranciers, afnemers of eindgebruikers te gedragen. Dit duidt er op dat ziekenfondsen een economische machtspositie bezitten. Aanvullende aanwijzing hiervoor is dat ziekenfondsen volgens berekeningen van Schut (2001) in hun premiestelling sterker lijken te worden beïnvloed door de wettelijke maximering van reserves dan door concurrentieoverwegingen.<sup>35</sup>

Hoe de relevante geografische markt zich in het nieuwe zorgstelsel zal ontwikkelen is moeilijk te zeggen. Het is afhankelijk van een drietal factoren. Allereerst zijn de kabinetsplannen nog onduidelijk over de vraag of verzekeraars in het nieuwe stelsel landelijk moeten opereren, of dat ze zich mogen beperken tot een regio. In de tweede plaats is het marktgedrag van verzekeraars van belang. Tot op bepaalde hoogte kunnen verzekeraars zich ook bij een landelijke acceptatieplicht op een bepaalde regio oriënteren, bijvoorbeeld via preferred provider arrangementen. De prikkel hiertoe zal toenemen, aangezien zorgverzekeraars marktmacht willen hebben bij het afsluiten van contracten met zorgaanbieders. In dit licht stelt het Department of Justice dat de geografische markt van HMO's in de VS lokaal is, omdat ze een

<sup>34</sup> US Department of Justice versus Aetna Inc. and Prudential Insurance Co., 1999

<sup>35</sup> Om ongelimiteerde premieverhogingen door zorgverzekeraars te voorkomen heeft de overheid de wettelijke ziekenfondsreserve in 2001 aan een maximum gebonden. Wanneer de reserve deze maximumgrens overschrijdt, moet het ziekenfonds het surplus binnen vier weken terugstorten in de Algemene Kas van het College voor Zorgverzekeringen. De correlatie tussen de nominale premie en de wettelijke reserveratio is bijzonder hoog: een R van -0,73 in 2000 en -0,77 in 2001.

samenhangend netwerk van zorgaanbieders dienen te contracteren.<sup>36</sup> De ontwikkeling van de geografische markt is tenslotte afhankelijk van het gedrag van verzekerden. Zo is het mogelijk dat de markt meer landelijk wordt als de historische binding van verzekerden met de dominante verzekeraar in de regio vermindert door de schoksgewijze overgang naar één basisverzekering.

In het huidige stelsel stelt de NMa dat ziekenfondsen en particuliere verzekeringen actief zijn op landelijke markten, maar gelet op de empirische bevindingen zijn daar vragen bij te stellen. Het risico bestaat dat fusies worden goedgekeurd vanwege een klein marktaandeel op de landelijke markt, terwijl marktmacht in de regionale markt het gevolg is.<sup>37</sup>

### 5.3.2 Kartelvorming

De Richtsnoeren voor de zorg (NMa, 2002) geven veel helderheid over welke afspraken tussen ondernemers in de gezondheidszorg - ook in het nieuwe zorgstelsel - zijn toegestaan en welke niet. Daarbij is er onderscheid tussen horizontale afspraken tussen zorgaanbieders of tussen zorgverzekeraars, alsmede verticale afspraken tussen verzekeraars en zorgaanbieders.

Voor verschillende verticale afspraken, zoals selectieve distributie en alleenverkoop, gelden groepsvrijstellingen.<sup>38</sup> Verticale afspraken die niet zijn toegestaan zijn bijvoorbeeld verticale prijsbinding en absolute gebieds- of klantenbescherming.

Op horizontaal niveau zijn prijsafspraken, collectieve leveringsweigeringen en marktverdelingsafspraken niet toegestaan. Dit impliceert onder andere dat collectieve onderhandelingen over vestiging en tarieven tussen medisch vrije beroepen en organisaties van zorgverzekeraars niet zijn toegestaan. Wel toegestaan zijn afspraken die tot doel hebben via objectieve en transparante criteria de kwaliteit te bevorderen. Ook kunnen gezondheidscentra met zorgaanbieders uit verschillende disciplines blijven bestaan. Verder benadrukt de NMa dat

<sup>36</sup> In het besluit in de rechtzaak US Department of Justice versus Aetna Inc. and Prudential Insurance Co. (1999) bestaat de relevante markt uit de steden Dallas en Houston plus de omliggende stedelijke gebieden. De mate waarin ziekenfondsen contracten dienen af te sluiten is vergelijkbaar met HMO's.

<sup>37</sup> Tot op heden heeft de NMa fusies tussen ziekenfondsen altijd goedgekeurd (bijvoorbeeld zaaknummer 2097 (2000) Amicon - Geovéé RZG en zaaknummer 2324 (2001) Amicon Groep - Het Anker), maar er zijn geen aanwijzingen dat dit een beperking van de mededinging tot gevolg heeft gehad. De NMa toetste bij de beoordelingen namelijk de effecten op zowel de landelijke als op de regionale markt. Wanneer ze uitging van regionale markten concludeerde de NMa steeds dat de partijen actief waren in andere regio's, waardoor de transactie niet leidt tot samenvoeging van de marktaandelen van partijen op regionaal niveau. De NMa heeft een enkele keer ook onderzocht of er in de aanliggende regio's nog voldoende concurrenten actief zijn. Daarbij is de veronderstelling dat ziekenfondsverzekerden, mede gelet op de aangeboden zorg in natura, bij het uitwijken naar een ander ziekenfonds eerder zullen kiezen voor het ziekenfonds dat in de aanliggende regio is gevestigd dan voor een ziekenfonds dat geografisch op grotere afstand is gevestigd. Dan bleek dat er voor verzekerden voldoende alternatieven zijn rondom de thuisregio's van partijen.

<sup>38</sup> Een groepsvrijstelling betreft een besluit van de Mededingingsautoriteit om bepaalde vormen van concurrentiebeperkende afspraken bij voorbaat al toe te staan, omdat de voordelen van de concurrentiebeperking groter zijn dan de nadelen. Ondernemingen hoeven voor deze afspraken geen ontheffing meer aan te vragen.

gezamenlijke waarneming is toegestaan (bijvoorbeeld bij tandartsen), maar dat afspraken hierover niet verder mogen gaan dan strikt noodzakelijk (bijvoorbeeld geen gezamenlijke inkoop). Daarnaast zijn groepspraktijken (bijvoorbeeld tussen huisartsen) op basis van een Europese groepsvrijstelling toegestaan indien hun gezamenlijk marktaandeel niet groter is dan 20%.

Een aandachtspunt is het principe dat verzekeraars alleen maar gezamenlijk mogen inkopen bij zorgaanbieders wanneer hun gezamenlijke marktaandeel minder dan 15% bedraagt. Bij een hoger marktaandeel is een ontheffingsverzoek noodzakelijk. Met de heersende schaarste in het zorgaanbod kan het echter wenselijk zijn dat verzekeraars 'countervailing power' hebben. In dit licht zou de NMa een ontheffing kunnen geven voor gezamenlijke inkoop met een groter gezamenlijk marktaandeel dan 15% (mits er enige restconcurrentie resteert). Zo zijn efficiëntere onderhandelingsresultaten te verwachten wanneer een machtige zorgaanbieder onderhandelt met 3 inkoopcombinaties, in plaats van met 20 individuele verzekeraars. De gedachte is dat de consument van de gunstige onderhandelingsresultaten profiteert. Wanneer de verzekeraars collectief marktmacht hebben op de zorginkoopmarkt betekent dit niet dat ze automatisch collectief marktmacht hebben op de verzekeringsmarkt. Op dit punt dient de toezichthouder wel alert te zijn: de gezamenlijke zorginkoop mag de concurrentie op de verzekeringsmarkt niet beperken. Daarbij is het zoeken naar een subtiel evenwicht: de concurrentie is er bij gebaat wanneer verzekeraars een vuist kunnen maken richting de zorgaanbieders, maar het moet hen niet de gelegenheid geven tot collectief machtsmisbruik richting verzekerden. Wanneer door de toename van concurrentie de machtsverhoudingen in de markt verschuiven kan de NMa het moment bepalen waarop samenwerking tussen verzekeraars niet langer nodig is.<sup>39</sup>

### 5.3.3 Misbruik economische machtspositie

Een groot aantal spelers in de gezondheidszorg beschikt in meer of mindere mate over een machtspositie (zie paragraaf 3.3). Een relevant criterium is of de machtspositie bestendig is of niet. In veel markten voor de gezondheidszorg zullen met de invoering van een nieuw zorgstelsel nieuwe partijen toetreden en bestaande partijen actief worden in aanpalende markten. Een voorbeeld is dat een verzekeraar toetreedt tot een nieuwe regio. In die markten zijn machtsposities naar verwachting op termijn niet bestendig. In andere markten is het

<sup>39</sup> De redenering van 'countervailing power' gaat niet op bij kleine zorgaanbieders die gezamenlijk willen onderhandelen met een machtige verzekeraar, omdat de consument dan niet van de gunstigere onderhandelingsresultaten profiteert. De marktwerking is er niet bij gebaat wanneer de kleine zorgaanbieders zouden mogen samenwerken om een vuist te maken richting de machtige verzekeraars. Het verschil ten opzichte van de samenwerking tussen verzekeraars zit in de intermediaire rol van verzekeraars. Zolang verzekeraars geen marktmacht hebben ten opzichte van consumenten, vloeien de baten van een goede onderhandelingspositie van verzekeraars naar de consumenten toe. Wanneer zowel verzekeraars als zorgaanbieders een (collectieve) machtspositie hebben betaalt de consument de rekening: 'there is nothing worse than a monopoly except a chain of monopolies' (ook wel dubbele winstmarginalisatie genoemd).

vanwege schaalvoordelen niet waarschijnlijk dat er meer concurrentie komt en zijn machtsposities wel bestendig. Voorbeelden zijn topzorg en spoedeisende zorg. Laatstgenoemde markten komen in de intermezzo in deel I aan de orde, deze paragraaf gaat in op de markten waar naar verwachting toetreding zal plaatsvinden.

Het hebben van een economische machtspositie is op zich niet verboden. Er ontstaat pas een probleem wanneer een onderneming die positie misbruikt. De NMa geeft als voorbeeld dat een zorgverzekeraar misbruik maakt van zijn economische machtspositie wanneer hij zonder objectieve redenen omtrent kwaliteit of tarieven weigert een zorgaanbieder te contracteren. Een ander voorbeeld van misbruik is dat een onderneming haar handelspartners discrimineert door ongelijke voorwaarden op te leggen voor gelijkwaardige prestaties.

Met de beoogde toename van concurrentie in het zorgstelsel zullen veel marktpartijen hun marktmacht verliezen. In de gevallen waarin marktpartijen (bijvoorbeeld als gevolg van hoge toetredingsdrempels) hun machtspositie kunnen behouden is het waarschijnlijk dat machtsmisbruik wat vaker voorkomt dan in de huidige situatie. Hiervoor zijn drie redenen:

- Ondernemingen krijgen meer vrijheid. Dit geldt vooral voor zorgaanbieders, aangezien met de herziening van het zorgstelsel vaste prijzen en hoeveelhedsrestricties in het zorgaanbod vervallen. Hierdoor ontstaan mogelijkheden tot machtsmisbruik die er in de huidige situatie niet zijn, zoals te hoge prijzen.
- Mogelijk komen er meer spelers op de markt. Ondernemingen hebben dan een prikkel om een machtspositie in bepaalde markten te benutten om op andere markten beter te kunnen concurreren. Een voorbeeld: Een zorgverzekeraar met marktmacht in regio A kan lage tarieven bedingen bij zorgaanbieders. Met deze winsttoename creëert hij armslag om in andere markten verzekerden gunstigere condities te bieden, waardoor hij zijn marktaandeel kan vergroten.
- Mogelijk krijgen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in het nieuwe stelsel toestemming om winstgericht te worden. Amerikaans onderzoek wijst uit dat winstgerichte ondernemingen eerder misbruik maken van een economische machtspositie dan niet-winstgerichte ondernemingen (zie intermezzo over winst uit zorg in hoofdstuk 3).

Deze drie elementen zijn nieuw voor de gezondheidszorg, maar gebruikelijk voor de meeste sectoren. Er zijn vooralsnog geen aanwijzingen dat de zorgmarkten zullen afwijken van andere markten in de mate van machtsmisbruik en de mogelijkheden om dat via de Mededingingswet aan te pakken.

De overgang naar een stelsel waarin concurrentie een veel grotere rol speelt kan spelers een prikkel geven om via strategisch gedrag toetreding van nieuwe spelers te ontmoedigen, met als doel de marktmacht in stand te houden. Bestaande spelers zullen proberen om de kosten voor concurrenten en toetreders te verhogen ('raising rivals' costs'). Het is waarschijnlijk dat dit gedrag ontstaat vóórdat concurrentie daadwerkelijk van de grond komt, om de uitgangspositie te

verbeteren zodra er sprake is van concurrentie. In de VS zijn verschillende voorbeelden van verzekeraars die hun machtspositie misbruiken om lagere tarieven te bedingen bij een zorgaanbieder en zo toetreding te ontmoedigen.<sup>40</sup> De clause is dan bijvoorbeeld dat de verzekeraar altijd 10% minder betaalt dan andere verzekeraars waar de zorgaanbieder een contract mee heeft. Mogelijk probleem is dat het misbruik moeilijk is te achterhalen doordat de zorgaanbieder vaak te maken heeft met clauses in het contract die er op gericht zijn de lage tarieven te handhaven, zoals dreigementen met boetes of nog lagere tarieven. Andere strategieën voor marktpartijen om toetreding te ontmoedigen liggen, gelet op de kenmerken van de markt, niet voor de hand.<sup>41</sup>

Vanwege de versterkte prikkel tot machtsmisbruik kan het wenselijk zijn dat de NMa gedurende de overgang naar een nieuw zorgstelsel extra aandacht besteedt aan het opsporen en corrigeren van concurrentiebeperkend gedrag bij marktpartijen.

## 5.4 Sectorspecifieke mededingingsregels

Deze paragraaf schenkt aandacht aan twee doeleinden van sectorspecifieke mededingingsregels, namelijk het stimuleren van concurrentie en het voorkomen van machtsmisbruik. Er zijn geen aanwijzingen dat het wenselijk is om via mededingingsregels ook aanvullende doelstellingen te bereiken die geen betrekking hebben op mededinging (zoals solidariteit of kostenbeheersing).

In Nederland hebben we ervaring met sectorspecifieke mededingingsregels voor telecommunicatie, elektriciteit en gas. Dit betreft sectoren met een beperkt aantal producten, in tegenstelling tot de zorgsector. Het groot aantal producten maakt het ontwerp en de implementatie van sectorspecifieke mededingingsregels in de zorgsector complex. In dit licht is het van belang de regels te beperken tot waar ze echt noodzakelijk zijn.

Het ligt voor de hand dat sectorspecifieke regels zich richten op afzonderlijke markten in de zorg, niet op alle markten in de zorg tegelijkertijd. Delen van de zorgsector verschillen immers sterk van elkaar. Terwijl in de éne markt sectorspecifieke regels wenselijk kunnen zijn, hoeft dat in veel andere markten niet het geval te zijn. Bovendien is het mogelijk om de uitwerking van de regels in te spelen op de specifieke kenmerken van de markt (zoals is gebeurd bij de nieuwe richtlijnen voor de telecommunicatie). Daarbij is een goede marktafbakening cruciaal: wanneer markten die in de praktijk niet volledig van elkaar zijn gescheiden verschillend worden gereguleerd, kunnen er nadelige substitutie- en afwentelingseffecten optreden.

<sup>40</sup> Bijvoorbeeld US Department of Justice versus Medical Mutual of Ohio (1999), US Department of Justice versus Delta Dental of Rhode Island (1997) en US Department of Justice versus Oregon Dental Services (1995).

<sup>41</sup> In principe kunnen zorgaanbieders die te maken hebben met schaalvoordelen (zoals ziekenhuizen) toetreding ontmoedigen door hun capaciteit uit te breiden, zodat overcapaciteit ontstaat en er minder ruimte is voor toetreders. Gelet op de wachtlijstenproblematiek en het tekort aan medisch personeel is dit op korte termijn in een groot deel van de zorgmarkt geen haalbare strategie.

#### 5-4.1 **Bevorderen concurrentie**

Sectorspecifieke mededingingsregels gericht op bevordering van concurrentie in de zorg dienen logisch samen te hangen met de Mededingingswet en met beleidsmaatregelen in het nieuwe zorgstelsel. Uit de analyse van de Mededingingswet komt naar voren dat het wenselijk kan zijn om fusies te gaan toetsen aan de hand van sectorspecifieke regels en om in de zorgsector andere omzetcgrenzen te hanteren dan in de Mededingingswet. In aanvulling op de beleidsopties die in hoofdstuk 3 en 4 zijn genoemd is het mogelijk om via sectorspecifieke mededingingsregels de transparantie en toetreding in de zorg te bevorderen.

Wanneer in deze paragraaf wordt gesproken over ‘toezichthouder’ dan wordt de uitvoerder van de sectorspecifieke mededingingsregels bedoeld: een aparte toezichthouder of (een kamer bij) de NMa.

#### **Fusiecontrole**

Indien de NMa haar standpunt handhaaft dat ze fusies tussen ziekenhuizen niet kan beoordelen of wanneer het gebrek aan historische data over kosten en prijzen een probleem blijkt, kan het wenselijk zijn om tijdelijke sectorspecifieke regelgeving in te stellen om fusies te toetsen. Deze regelgeving zal in ieder geval betrekking moeten hebben op ziekenhuizen. Het doel is om te voorkomen dat, voorafgaand aan de overgang naar het nieuwe zorgstelsel, ondernemingen de (potentiële) concurrentie beperken. Naar aanleiding van de deregulering van de elektriciteitsmarkt in de VS noemt het hoofd van de Antitrust Division van de Department of Justice enkele opties (Klein, 1998), die ook voor de Nederlandse ziekenhuismarkt denkbaar zijn:

- In enkele vooraf omschreven situaties, waarin fusies problematisch kunnen zijn, beslissingen omtrent fusievoorstellen voor een bepaalde periode opschorten. Een voorbeeld betreft fusies tussen ziekenhuizen die tot gevolg hebben dat er in een regio geen potentiële restconcurrentie meer overblijft.
- Opschorten van beslissingen (als vorige optie), in combinatie met de mogelijkheid dat de toezichthouder een fusievoorstel toch goedkeurt indien de voordelen van de fusie duidelijk de nadelen overtreffen. Zo zou de toezichthouder bijvoorbeeld goedkeuring kunnen verlenen aan een fusie tussen ziekenhuizen als daarmee wordt voorkomen dat een ziekenhuis failliet gaat, ook als er in een regio geen potentiële restconcurrentie meer overblijft. Deze optie wordt gebruikt in de Amerikaanse Telecommunications Act uit 1996.
- Omdraaien bewijslast. In vooraf omschreven situaties waarin beperking van de potentiële mededinging aannemelijk is, dienen de fusiepartijen (in plaats van de toezichthouder) te bewijzen dat het fusievoorstel de potentiële concurrentie niet onnodig beperkt. Zo kan de omgekeerde bewijslast gelden voor fusies van ziekenhuizen die zich in dezelfde regio bevinden. Bij deze optie dient er wel voor te worden gewaakt dat het in de praktijk niet resulteert in een fusieverbod doordat fusiepartijen wordt gevraagd het onmogelijke te bewijzen.

Een alternatieve optie is dat het zo nodig via sectorspecifieke regels mogelijk wordt om bestaande machtsposities open te breken. Dit gebeurde bijvoorbeeld in het VK (British Rail) en de VS (Bell). Een dergelijke ingreep betekent echter een vergaande aantasting van eigendomsrechten. Bovendien zou het in de zorgsector een 180° omslag in het beleid zijn, aangezien de overheid door de wijze van bekostiging jarenlang fusies tussen ziekenhuizen indirect heeft bevorderd. Mede omdat er in dit stadium nog mogelijkheden zijn om machtsposities te voorkomen (fusietoezicht, bevorderen toetreding), liggen sectorspecifieke regels voor het openbreken van machtsposities niet voor de hand.

### **Omzetgrenzen**

In samenhang met de kleine relevante markten zijn zorgaanbieders vaak klein. In dit licht is het van belang een kritische blik te werpen op de omzetgrenzen in de Mededingingswet. Dit geldt vooral voor de omzetgrens bij het concentratietoezicht, want die regelt dat de Mededingingswet alleen van toepassing is op grote concentraties. Er is sprake van een 'grote' concentratie als: 1) de ondernemingen tezamen jaarlijks in totaal meer dan EUR 113.450.000 wereldwijd omzetten en 2) minstens twee van hen binnen Nederland ieder een jaaromzet van minimaal EUR 30 miljoen halen. Concentraties van ondernemingen die deze omzetrempels niet halen, zijn toegestaan zonder melding. Dit betekent dat de Mededingingswet geen handvatten biedt om bijvoorbeeld een fusie tussen twintig fysiotherapeuten uit dezelfde regio met ieder een omzet van 5 miljoen euro te verbieden wanneer die de mededinging beperkt. Verlaging van de omzetrempel lijkt nodig te zijn voor alle markten van zorgaanbieders, eventueel met uitzondering van ziekenhuizen. De omzetgrens bij het kartelverbod is beduidend lager en minder hard.<sup>42</sup> Het kartelverbod is in principe niet van toepassing op afspraken waarbij niet meer dan acht ondernemingen betrokken zijn en waarvan de gezamenlijke omzet niet hoger is dan 4.450.000 euro.

Kortom, het verdient overweging om voor zorgaanbieders de omzetgrens voor het aanmelden van fusies sterk te verlagen, om recht te doen aan de specifieke marktomstandigheden met kleine relevante markten en lage omzetten bij marktpartijen.

### **Transparantie**

Een belangrijk middel om de concurrentie op een markt te versterken is de verbetering van transparantie. Dit kan in eerste instantie tot stand komen via de ontwikkeling van prestatie-indicatoren. Paragraaf 4.3 concludeert dat negatieve bijwerkingen van concurrentie substantieel kunnen verminderen wanneer de overheid daarbij als aanjager optreedt en de marktpartijen

<sup>42</sup> Indien een afspraak die onder de omzetgrens valt toch negatieve gevolgen heeft voor de concurrentie, dan kan de toezichhouder het kartelverbod alsnog op deze afspraak van toepassing verklaren.



erbij betreft. Nadat prestatie-indicatoren tot stand zijn gekomen zou de markt uit zichzelf de transparantie in de zorgmarkten substantieel kunnen verbeteren.

De toezichthouder voor de mededinging heeft bij uitstek de capaciteit om te beoordelen hoe de transparantie in zorgmarkten en verzekeringsmarkten zich ontwikkelt. In het gunstige geval beperkt de rol van de toezichthouder zich tot monitoring. In het ongunstige geval dat de transparantie zich onvoldoende ontwikkelt is een actieve rol van de toezichthouder wenselijk (eventueel beperkt tot specifieke markten). Zo heeft de OPTA bijgedragen aan de transparantie in de telecommunicatiesector door zelf een vergelijking te publiceren van de prijzen van telecommunicatie-aanbieders (het zogenaamde benchmarking, zie onder). Dit deed de OPTA ondanks dat ze hiertoe geen wettelijke verplichting heeft en - hiermee samenhangend - ook niet de wettelijke instrumenten. Door het gebrek aan instrumenten ontbreekt de partij met een machtspositie (KPN) in de prijsvergelijking. Toezichthouders voor telecommunicatie in andere landen hebben deze instrumenten vaak wel (zie kader). Het is een voor de hand liggende optie om de toezichthouder voor de gezondheidszorg de taak te geven om de transparantie te verbeteren indien de markt dit niet uit zichzelf doet. De toezichthouder heeft in dat geval ook wettelijke instrumenten nodig, bijvoorbeeld het wettelijke recht om informatie bij ondernemers in de zorg op te vragen en de niet-privacy-gevoelige informatie te publiceren. Ervaringen op dit punt van toezichthouders uit het buitenland en uit andere sectoren kunnen helpen om het instrumentarium concreet te formuleren.

### **Toetreding**

Hoofdstuk drie noemt een aantal beleidsopties om de toetreding van zorgaanbieders en zorgverzekeraars te bevorderen. In aanvulling hierop kan er een rol zijn voor sectorspecifieke mededingingsregels.

Er kan een rol zijn voor sectorspecifieke regulering wanneer bepaalde onderdelen van het zorgaanbod een essentiële faciliteit zijn. Dit houdt in dat duplicatie van dit zorgaanbod niet wenselijk is (vanwege schaalvoordelen) en dat andere zorgaanbieders genoodzaakt zijn het zorgaanbod in te kopen om hun eigen zorg aan te kunnen bieden. Een voorbeeld is dat een zelfstandig behandelcentrum een contract moeten hebben met een naburig ziekenhuis voor spoedeisende hulp, voor het geval er complicaties zijn bij de behandeling in de kliniek. Het is maatschappelijk niet efficiënt wanneer het zelfstandig behandelcentrum de spoedeisende hulp dupliceert.

In principe is het mogelijk om met de Mededingingswet toe te zien op misbruik van machtspositie door een essentiële faciliteit. Wanneer er misbruik aannemelijk is én de afhandeling van individuele geschillen veel tijd vergt kan worden overwogen om de toegang tot de essentiële faciliteiten te reguleren. Dit is vergelijkbaar met de wijze waarop dat nu gebeurt voor de telecommunicatie en energiesectoren. Voortbordurend op hetzelfde voorbeeld kan de toezichthouder bijvoorbeeld eisen stellen aan de tarieven die een ziekenhuis aan de oogkliniek in

rekening mag brengen voor spoedeisende hulp. Het doel is om machtsmisbruik door het ziekenhuis te voorkomen en goede voorwaarden te creëren voor concurrentie. De vraag ligt nog open welke onderdelen van zorg een essentiële faciliteit zijn voor andere zorgaanbieders. De sectorspecifieke toezichthouder zal de kennis hebben om dit te bepalen. Welke zorg een essentiële faciliteit is kan in de loop der tijd veranderen als gevolg van organisatorische en technologische vernieuwingen.

Toetreding is er ook bij gebaat wanneer kruissubsidiëring door zittende marktspelers met een machtspositie wordt tegengegaan. Dit komt aan de orde in de volgende paragraaf.

#### **5.4.2 Tegengaan misbruik door bedrijf met bestendige machtspositie**

Sectorspecifieke mededingingsregels kunnen wenselijk zijn in het geval een bedrijf een significante en bestendige machtspositie bezit (hoge toetredingsdrempels), misbruik van die positie aanmerkelijk is én de afhandeling van individuele geschillen veel tijd vergt. Aan alle drie vereisten dient te zijn voldaan.

In de beginfase van het transitieproces van een sterk gereguleerde markt naar een vrije markt zal concurrentie in grote delen van de zorgsector nog niet goed op gang zijn gekomen. Het ligt daarom in de rede om de prijsregulering stap voor stap los te laten (eventueel anders vormgegeven, zie onder), naarmate concurrentie beter van de grond komt. Ook in het meest gunstige geval zal in delen van de zorgsector echter sprake zijn van een bestendige machtspositie. Topzorg en spoedeisende zorg komen naar voren als voor de hand liggende kandidaten, zoals blijkt uit het betreffende intermezzo in deel I. Het is van belang de ontwikkelingen in deze sectoren goed te monitoren. Als blijkt dat instellingen in deze sectoren hun machtspositie misbruiken kan worden teruggegrepen op sectorspecifieke mededingingsregels. Deze paragraaf stipt kort enkele mogelijkheden aan voor het tegengaan van machtsmisbruik die zowel op zorgaanbieders als op verzekeraars kunnen worden toegepast. Vervolgens schenken we aandacht aan de noodzaak om bij de vormgeving van sectorspecifieke regelgeving rekening te houden met de dynamiek in de markt. Door innovaties kunnen machtsposities onverwachts verdwijnen of ontstaan. Ook laat ondernemersgedrag zich moeilijk voorspellen.

#### **Opties voor tegengaan misbruik machtspositie**

De wijze van interventie via sectorspecifieke regulering is afhankelijk van de karakteristieken van de markt. Om de regels te bepalen is nader onderzoek nodig. Onder andere de volgende typen regels zijn mogelijk:<sup>43</sup>

<sup>43</sup> Wanneer de overheid eigendomsrechten bezit is ook aanbesteding mogelijk. In de zorgsector is het eigendom echter grotendeels privaat, waardoor deze optie vervalft. Aanbesteden is wel een mogelijkheid om zorg aangeboden te krijgen die de markt uit zichzelf niet voorziet, zoals misschien bepaalde vormen van topklinische zorg.

- **Maatstafconcurrentie:**  
In het geval van regionale monopolies kunnen instellingen worden geprikkeld tot efficiëntieverbetering door ze onderling te vergelijken. Er kan een maatstaf worden bepaald van efficiëntie, bijvoorbeeld de gemiddelde efficiëntie in de sector. Bij verzekeraars en ziekenhuizen kan gebruik worden gemaakt van de kosteninformatie die is verzameld in het kader van de invoering van DBC's. Op basis van de gemiddelde kosten kan een toezichthouder voor een DBC een prijs vaststellen. Instellingen waarbij de kosten lager zijn dan de prijs maken winst, minder efficiënte instellingen maken verlies. Dit prikkelt tot efficiëntieverbetering (CPB, 2000). Een basisvereiste voor maatstafconcurrentie is dat de prestaties van de instellingen objectief meetbaar zijn.
- **Benchmarking:**  
Dit is de eerste helft van maatstafconcurrentie, dus instellingen onderling vergelijken zonder de prijs vast te stellen. Dit stelt minder hoge eisen dan maatstafconcurrentie en is daardoor makkelijker en breder toepasbaar, bijvoorbeeld voor de vergelijking van kwaliteitsprestaties. Doordat de vergelijking publiek wordt gemaakt kan benchmarking prikkelen tot efficiëntie. Voorwaarde is dat instellingen gevoelig zijn voor hun reputatie ('regulation by embarrassment'), wat waarschijnlijk is in de zorgsector. Wanneer een dergelijke motivatie zeer sterk is kan de prikkel tot efficiëntie eventueel sterker zijn dan die van maatstafconcurrentie.
- **Prijsregulering:**  
Wanneer in een bepaalde sector bovenstaande opties onmogelijk of ontoereikend zijn, kan worden teruggevallen op regulering van de afnameprijzen. Voor zorginstellingen in deze sectoren is het in principe mogelijk de huidige situatie te handhaven (Wet Tarieven Gezondheidszorg<sup>44</sup>), waarbij de vastgestelde (maximum)prijzen niet prikkelen tot efficiëntie. In lijn met de invoering van DBC's ligt het voor de hand de prijzen te baseren op daadwerkelijke kosten. Er zijn echter ook mogelijkheden om via prijsregulering te prikkelen tot efficiëntieverbetering. Een voorbeeld is het gebruik van maximumtarieven die jaarlijks wordt gecorrigeerd voor inflatie en een vooraf vastgesteld percentage efficiëntieverbetering ('price caps'). Het percentage efficiëntieverbetering wordt vastgesteld op basis van historische ontwikkelingen of prestaties van vergelijkbare instellingen/sectoren. Een instelling die de efficiëntie sterker verbetert dan vastgesteld mag de winst behouden.

### **Innovatie**

Door technologische innovaties kunnen machtsposities in de zorg onverwachts verdwijnen, bijvoorbeeld wanneer een heel dure en complexe behandelingsmethode wordt vervangen door een goedkoper en simpeler alternatief. Ook kunnen nieuwe machtsposities ontstaan,

<sup>44</sup> De WTC wordt momenteel uitgevoerd door het College Tarieven Gezondheidszorg. Het ligt voor de hand dat de regulering van en het toezicht op tarieven wordt ondergebracht bij de toezichthouder op de mededinging, zoals ook is gebeurd in de telecommunicatiesector en de energiesectoren.

bijvoorbeeld wanneer een verzekeraar een nieuw verzekeringsconcept ontwikkelt (zoals 'preferred provider arrangementen'). Naarmate innovaties omvangrijker zijn wegen de nadelen van sectorspecifieke regulering zwaarder. De kans op overheidsfalen neemt toe. Doordat de regels de ondernemersvrijheid beperken kunnen ze immers investeringen in innovatie ontmoedigen. Als gevolg van de innovaties is het bovendien mogelijk dat de regels niet meer goed aansluiten bij de marktverhoudingen. Overigens toont de telecommunicatiemarkt aan dat sectorspecifieke regelgeving in een innovatieve markt wel degelijk mogelijk is, mits er bij de vormgeving van de regelgeving rekening mee wordt gehouden.

### **Stok achter de deur**

Helaas is het niet bij alle markten zonneklaar of de machtspositie bestendig is en of het zal leiden tot veelvuldig misbruik van die positie. Ondernemersgedrag laat zich moeilijk voorspellen. Zo is het niet uitgesloten dat verzekeraars zich blijven concentreren op hun historische regio, of dat de machtspositie van ziekenhuizen in de regio onaangetast blijft. Voor het geval op termijn in meer markten sprake blijkt te zijn van ondernemingen met een bestendige machtspositie die hun positie misbruiken, is het wenselijk dat de toezichthouder instrumentarium 'op de plank heeft liggen'. Daarmee wordt het mogelijk dat de toezichthouder zonder langdurig proces van wetwijzigingen via sectorspecifieke gedragsregels misbruik van machtspositie in additionele markten voorkomt, bijvoorbeeld door het instellen van maximumprijzen. Omdat hiermee de ondernemersvrijheid vergaand kan worden ingeperkt dienen er zwaarwegende criteria te worden gehanteerd voordat tot de additionele gedragsregels wordt overgegaan. Bovendien dient vooraf helder te zijn welke omstandigheden nopen tot additionele gedragsregels en hoe de regels dan vorm krijgen, om te voorkomen dat marktspelers met onnodige risico's worden opgezadeld. Helderheid vooraf heeft bovendien als voordeel dat het marktspelers kan disciplineren. Wanneer een onderneming met een machtspositie weet dat een toezichthouder de mogelijkheid heeft om sectorspecifieke gedragsregels op te leggen in geval van aanhoudend misbruik, heeft de onderneming een prikkel om zich meer marktconform te gedragen.

## **5.5 Conclusie**

In het nieuwe zorgstelsel neemt het belang van de Mededingingswet toe. In dit licht is in dit hoofdstuk gekeken naar de uitvoering van deze wet in de zorgmarkten. Daarbij kwamen drie aandachtspunten naar voren:

- De afbakening van de zorgverzekeringsmarkt en ziekenhuizen. Bij een te ruime marktafbakening zouden fusies tussen zorgverzekeraars en tussen ziekenhuizen onterecht kunnen worden toegestaan.

- De beoordeling van inkoopcombinaties tussen verzekeraars. Inkoopcombinaties met een marktaandeel groter dan 15% hebben een ontheffing nodig. Het ligt in de rede deze ontheffing te geven (mits er restconcurrentie overblijft) zolang zorgaanbieders nog over een machtspositie beschikken, omdat het verzekeraars countervailing power kan geven.
- De huidige beoordeling van fusies tussen ziekenhuizen. De NMa staat deze fusies toe omdat er nog geen concurrentie is tussen ziekenhuizen. Dit kan negatieve invloed hebben op de concurrentie in het nieuwe zorgstelsel.

In het nieuwe zorgstelsel is daarnaast sectorspecifieke regelgeving wenselijk om de concurrentie te stimuleren en om misbruik van machtspositie tegen te gaan. Sectorspecifieke regelgeving kan concurrentie stimuleren door fusies tussen zorgaanbieders op een andere wijze te toetsen, de omzetgrens voor fusiecontrole te verlagen, de transparantie te verbeteren en toetreding te stimuleren. Onder bepaalde omstandigheden kan het wenselijk zijn om in bepaalde sectoren misbruik van machtsposities tegen te gaan met sectorspecifieke mededingingsregels. Hiervoor zijn diverse opties, zoals maatstafconcurrentie, benchmarking en prijsregulering. Bij de vormgeving van de regels dient wel rekening te worden gehouden met innovaties die de marktverhoudingen kunnen beïnvloeden.

Omdat het vooraf onduidelijk is hoe de markten zich zullen ontwikkelen is het wenselijk om een stok achter de deur te hebben. Hiermee wordt bedoeld dat de toezichthouder de mogelijkheid heeft om zonder langdurige wetswijzigingen in additionele markten in te grijpen met gedragsregels. Daarbij dient wel vooraf duidelijk te zijn onder welke omstandigheden dit zal gebeuren en hoe de regels er dan in grote lijnen uit zien.



## 6 Geneesmiddelen: verzekeraars in de marge?

### 6.1 Inleiding

De geneesmiddelensector is om verschillende redenen een verhaal apart. Ten eerste is een geneesmiddel een product en geen dienst zoals veel andere onderdelen van de zorg. Verder opereren in de geneesmiddelensector allerlei andere en andersoortige partijen: geneesmiddelenproducenten bijvoorbeeld, winstgerichte instellingen. Die geneesmiddelenproducenten weten meer van hun producten dan de artsen die ze voorschrijven; een additionele vorm van asymmetrische informatie (bovenop de artsen die meer weten dan de patiënten). Tenslotte is de regulering binnen de sector zeer specifiek.

Deze unieke eigenschappen, gekoppeld aan het feit dat geneesmiddelenkosten een fors deel van de totale kosten uitmaken (20% van de cure in 2002; VWS, 2002b) en bovendien al jaren lang het snelst groeiende deel zijn (in de periode 1993-2001 gemiddeld 6,5% per jaar; SFK, 2002), rechtvaardigen speciale aandacht voor dit deel van de cure. Op welke manieren kunnen verzekeraars hun regisseursrol in deze sector vorm geven? Welke van deze rollen zijn meer/minder wenselijk? Welke zijn meer/minder waarschijnlijk? Op welke plaatsen zit bestaande regelgeving in de weg en waar is regelgeving (of een andere rol van de overheid) juist gewenst?

Bij de beantwoording van deze vragen richten we ons vooral op het fenomeen dat concurrentie op dit moment plaatsvindt door middel van kortingen en bonussen aan apotheekhoudenden, de zogenoemde margeconcurrentie. De problematiek die specifiek is voor de geneesmiddelensector heeft te maken met de bedrijfskolom: producent, groothandel en apotheek. Hierin zijn kortingen en bonussen een al jaren spelend en ook nu zeer actueel onderwerp.<sup>45</sup> Voor de duidelijkheid: dit hoofdstuk gaat uitsluitend over receptgeneesmiddelen, alleen verkrijgbaar bij de apotheek, en niet over drogisterij-geneesmiddelen.

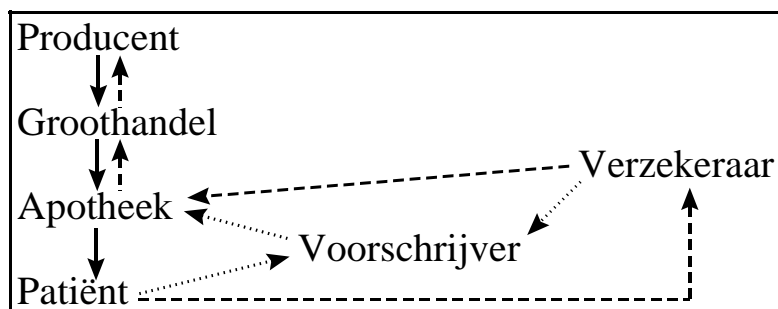
<sup>45</sup> Er is voor verzekeraars ook doelmatigheidswinst te halen rondom het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen door artsen. Het betreft hier echter de keuze van de arts (net als doorverwijzen of niet). Hieromtrent spelen wel aspecten specifiek voor de sector, waaronder marketing door farmaceutische bedrijven (De Laat, Windmeijer, Douven, 2002). Doelmatig voorschrijfgedrag komt kort aan de orde in een tekstkader.

## 6.2 De sector

Geneesmiddelenproducenten, groothandels, apotheken<sup>46</sup>: de geneesmiddelensector kent een aantal partijen die we niet eerder zijn tegengekomen in onze analyse van het zorgveld. Bovendien zijn deze zorgaanbieders van een nieuwe categorie: winstgerichte instellingen. Voor de apotheken geldt daarbij als randvoorwaarde dat het patiëntenbelang ook een prominente plaats inneemt<sup>47</sup>.

Figuur 6.1 toont de huidige verhoudingen tussen deze partijen onderling en hun relatie met de 'bekende' partijen: patiënt, arts (voorschrijver) en verzekeraar. Doorgetrokken pijlen vertegenwoordigen geneesmiddelenstromen, gestreepte pijlen geldstromen en gestippelde pijlen andere relaties. De rol van de verzekeraar - zeker de particuliere - ten opzichte van de bedrijfskolom omvat niet veel meer dan het vergoeden van de geneesmiddelen die de kolom aan de patiënt aflevert. Wel proberen verzekeraars - met name ziekenfondsen - vaak afspraken te maken met artsen over hun voorschrijfgedrag (CvZ, 2001). De voorschrijver is immers een belangrijke persoon rondom de beslissing of de patiënt een geneesmiddel nodig heeft en, zo ja, welk.

Figuur 6.1 De geneesmiddelensector: partijen en hun verhoudingen



### Producenten

Producenten van geneesmiddelen zijn grofweg in te delen in twee categorieën. Producenten van merkgeneesmiddelen en producenten van merkloze (generieke) geneesmiddelen. Het belangrijkste element van een geneesmiddel is de werkzame stof. Het merkgeneesmiddel Losec (tegen maagzweren) heeft bijvoorbeeld als werkzame stof omeprazol. Merkgeneesmiddelen zijn

<sup>46</sup> In 2001 kende Nederland 1616 openbare apotheken. Daarnaast zijn er ook nog 636 apotheekhoudende huisartsen (cijfer 2000), samen goed voor ongeveer 8% van de totale geneesmiddelenkosten. Hoewel apotheekhoudende huisartsen in een aantal opzichten een verhaal apart vormen ten opzichte van de openbare apotheken, voert het voor dit rapport te ver om hieraan apart aandacht te besteden. Overal waar in het vervolg "apotheeker" (of "apotheek") staat, dient "apotheeker en apotheekhoudend huisarts" gelezen te worden.

<sup>47</sup> Wat dit betreft is er overigens geen wezenlijk onderscheid tussen een apotheek en een specialistenmaatschap.



de eerste producten die op de markt komen/kwamen met een bepaalde werkzame stof. Producenten van merkgeneesmiddelen zijn grote multinationals die veel investeren in R&D: gemiddeld circa 13% van de omzet (Jacobzone, 2000). Vrijwel alle merkgeneesmiddelen worden na hun introductie op de markt enige jaren beschermd door een octrooi. Andere producenten mogen in die periode geen geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof op de markt brengen.

Na afloop van het octrooi komen die er wel. Deze kopieën van het merkgeneesmiddel dragen veelal geen merknaam, maar alleen de stofnaam of een combinatie van stofnaam en fabrikantnaam. Voorbeelden van dergelijke generieke middelen zijn Omeprazol Dumex en Omeprazol Pharmachemie (Z-index, 2002). Producenten van generieke middelen opereren veelal op kleinere schaal (één of enkele landen) en investeren veel minder in R&D. Nederland behoort tot de landen waar patiënten veel generieke middelen gebruiken: bij ongeveer de helft van de recepten ontvangt de patiënt een merkloos medicijn (SFK, 2002).

Tijdens de octrooiperiode concurreert een merkgeneesmiddel met geneesmiddelen met een andere werkzame stof. Belangrijke concurrenten van Losec tijdens de octrooiperiode waren geneesmiddelen met het oudere ranitidine (Zantac en generieke ranitidine) en het nieuwere pantoprazol (Pantozol). Het verkrijgen en handhaven van marktaandeel gebeurt in die periode vooral door marketing. Producenten van merkgeneesmiddelen geven gemiddeld 24% van hun totale omzet uit aan marketing (Jacobzone, 2000). Vooral in de eerste jaren na introductie van een nieuw middel wordt flink in marketing geïnvesteerd (De Laat, Windmeijer en Douven, 2002).

### **Prijsconcurrentie?**

In een “normale” markt - we zullen zo uitleggen wat we hiermee bedoelen - zou de introductie van generieke middelen na octrooiafloop naar verwachting leiden tot scherpe prijsconcurrentie. Immers, afgezien van enkele uiterlijkheden zoals naam, verpakking en tabletkleur zijn het merkgeneesmiddel en de merkloze kopieën in essentie homogene producten. En hoe homogener het product, des te scherper de prijsconcurrentie, dat wil zeggen: des te dichter zullen consumentenprijzen het kostenniveau benaderen. Alleen het merkgeneesmiddel zou door de opgebouwde merktrouw nog een zekere marge kunnen bedingen.

Bovendien zou deze scherpe prijsconcurrentie zich naar verwachting afspelen op (of net boven) het niveau van productie- en distributiekosten. Generieke producenten hebben immers veel lagere R&D- en marketingkosten dan de merkproducent. Concurrentie tussen generieke aanbieders zou de prijs tot dit niveau teruggedrijven, met voor de merkproducent geen keus dan te volgen. Onder deze omstandigheden zou de prijs voor generieke middelen na octrooiafloop veel lager kunnen zijn dan die van het merkmiddel tijdens de octrooiperiode. Een eenvoudig rekenvoorbeeld toont aan dat een gemiddeld prijsverschil van 50% niet onrealistisch is (zie kader).

Een selectieve blik over de grenzen bevestigt het bovenstaande. In Duitsland, het Verenigd Koninkrijk en in de Verenigde Staten nemen generieke middelen een even prominente plaats in als in Nederland (Jacobzone, 2000). Precieze cijfers ontbreken, maar de prijsverschillen in die landen zijn duidelijk groter dan in Nederland.

Tot zover de theorie en de buitenlandse praktijk. In de Nederlandse praktijk zijn de prijzen na octrooiafloop nauwelijks lager dan daarvoor en is er geen sprake van zichtbare prijsconcurrentie. Bij de introductie van generiek ranitidine in 1997, bijvoorbeeld, veranderde de prijs van het corresponderende merkmiddel Zantac niet of nauwelijks. Daar was ook geen enkele reden voor. De generieke introductieprijzen lagen slechts enkele procenten daaronder. In 2001 bedroeg de gemiddelde prijsafstand tussen generiek en merkmiddel nog slechts 4% (Brouwer en Rutten, 2002).

Oorzaak: er is geen sprake van een normale markt. Apotheken hebben waar het gaat om middelen zonder octrooibeschermtng een behoorlijke marktmacht. Deze marktmacht heeft diverse oorzaken. Hierop gaan wij hieronder verder in.

---

### Prijsopbouw geneesmiddelen: indicatieve berekeningen

Jacobzone (2000) presenteert de kostenopbouw van fabrikanten van merkgeneesmiddelen. We vertalen die cijfers naar de gemiddelde prijsopbouw van een merkgeneesmiddel met een prijs tijdens het octrooi van 1 euro:

#### Prijscomponent merkgeneesmiddel

Productiekosten:	0,25	euro
R&D-kosten:	0,13	“
Marketingkosten:	0,24	“
Overige kosten:	0,10	“
Marge:	0,28	“
Prijs tijdens octrooi:	1,00	euro

Laten we nu, gebaseerd op het bovenstaande, eens enkele aannames maken voor de kosten van generieke producenten. Productiekosten en overige kosten zullen ongeveer vergelijkbaar zijn met die van de merkgeneesmiddelenproducent. R&D- en marketingkosten zijn waarschijnlijk veel lager, zeg 20%. En de marge die een generieke producent kan bedingen onder prijsconcurrentie is ook flink lager dan die van een merkgeneesmiddel onder octrooi, zeg 25%. Dit levert het volgende op.

#### Prijscomponent generiek Aannames

Productiekosten:	gelijk aan merkgeneesmiddel	0,25	euro
R&D-kosten:	20% van “	0,03	“
Marketingkosten:	20% van “	0,05	“
Overige kosten:	gelijk aan “	0,10	“
Marge:	25% van “	0,07	“
Totaal (competitieve prijs generiek):		0,50	euro

De competitieve prijs van een generiek geneesmiddel is onder deze voorzichtige aannames slechts 50% van de prijs van het merkgeneesmiddel onder octrooi.

---

### De marktmacht van de apotheek

Zoals uiteengezet in hoofdstuk 2 kan marktmacht voortkomen uit hoge toetredingsdrempels, geringe transparantie en een lage prijsgevoeligheid aan de vraagzijde. Transparantie is hier niet zozeer een probleem, maar de lage prijsgevoeligheid en toetredingsdrempels zijn dat des te meer.

Ten eerste is de vraag volkomen ongevoelig voor de prijs. Patiënten vinden de prijs van een geneesmiddel niet interessant omdat ziektekostenverzekeringen de kosten voor receptgeneesmiddelen vrijwel volledig vergoeden (De Laat, Windmeijer, Douven, 2002). En verzekeraars hebben op dit moment nog onvoldoende mogelijkheden en prikkels om de geneesmiddelenkosten te beperken. Op dit laatste komen we terug in paragraaf 6.4.

Toetredingsdrempels zijn voor een groot deel institutioneel. Vanuit het oogpunt van kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening heeft de overheid een groot aantal eisen opgelegd aan apotheken, waaronder het “primaat” van de apotheker (het afleveren van geneesmiddelen dient altijd te gebeuren onder toezicht van een apotheker), eisen omtrent openingstijden en de indeling en inrichting van de apotheek en het voorschrift dat een apotheek ieder willekeurig geneesmiddel binnen relatief korte tijd moet kunnen leveren. Deze institutionele toetredingsdrempels zijn de laatste jaren stukje bij beetje verlaagd. Een nieuwe verlaging staat op stapel (zie kader "actuele ontwikkelingen" verderop in dit hoofdstuk). Niettemin zijn er nog steeds aanzienlijke toetredingsdrempels.

Er zijn echter ook niet-institutionele toetredingsdrempels. Zo heeft de koepel van apotheken, de KNMP, lange tijd een vestigingsbeleid gevoerd dat erop gericht was te voorkomen dat een nieuwe apotheek zich te dicht in de buurt van een bestaande apotheek zou vestigen. Dit lijkt echter voor Ahold geen belemmering om toe te treden.<sup>48</sup> Dit neemt niet weg dat gevestigde apotheken het nieuwkomers die zich “wild” vestigen moeilijk kunnen maken, bijvoorbeeld door ze uit te sluiten van waarneemregelingen of door niet langer in te kopen bij de groothandel die zo’n wilde apotheek belevt. Daar komt bij dat de huidige schaarste aan jonge apothekers (in opleiding) en apothekersassistenten de vooruitzichten voor toetreding op enige schaal er niet rooskleuriger op maken.

Gevolg van al deze toetredingsdrempels is dat vrijwel iedere apotheek marktmacht bezit. Deze marktmacht van apotheken zou geen probleem hoeven zijn. Regelgeving of toezicht kan voorkomen dat apotheken misbruik maken van hun marktmacht. Dit gebeurt echter niet. Integendeel zelfs: de bestaande regulering stimuleert juist dat apotheken hun marktmacht optimaal kunnen benutten. Het betreft hier de WTG.

### **WTG: margeconcurrentie**

De Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) bevat regels en kaders voor de tarieven die zorgaanbieders, in dit geval apotheekhoudenden, in rekening mogen brengen aan de consument/patiënt c.q. de verzekeraar. Voor elk recept krijgt de apotheker een inkoopvergoeding (voor het geleverde product) en de zogenaamde receptregelvergoeding (voor alle bijbehorende diensten, zoals opslag, administratie, voorlichting en medicatiebewaking). Wij concentreren ons hier op de inkoopvergoeding. Hierover stelt de WTG dat de apotheker niet meer in rekening mag brengen dan de feitelijke inkoopprijs (geen marge, dus), tenzij er een door de relevante partijen (koepels van apotheken en verzekeraars<sup>49</sup>) goedgekeurde algemene

<sup>48</sup> Ahold presenteerde onlangs plannen om via de Etos-keten receptgeneesmiddelen te gaan afleveren en bezorgen (Volkskrant, 27/8/2002).

<sup>49</sup> Producenten en groothandels zijn geen WTG-partijen. De afspraken die de WTG-partijen maken, kunnen echter wel invloed hebben op hun handelen.

prijslijst is. En die is er: de Taxe. Door middel van die Taxe bepalen producenten rechtstreeks de prijs die apotheken aan patiënten mogen berekenen.

Het belang voor apotheken is duidelijk. Alleen met een prijslijst is het hen toegestaan winst te maken op de inkoop van geneesmiddelen. Het belang voor de individuele producent is ook helder. Door een hoge prijs in de taxe op te nemen kan hij apothekers een hoge marge bieden op zijn product, hetgeen marktaandeel oplevert. (Gegeven de werkzame stof op het doktersvoorschrift is de apotheker vrij om te bepalen welk geneesmiddel hij aflevert.) Of deze margeconcurrentie uiteindelijk voor de producenten voordeliger uitpakt dan “gewone” prijsconcurrentie, is onduidelijk, en eigenlijk ook niet zo relevant: producenten hebben weinig keus anders dan mee te werken aan de prijslijst en margeconcurrentie.

Maar wat is het belang van verzekeraars bij deze hoge consumentenprijzen? Geen. Maar ze hebben evenmin belang bij lage consumentenprijzen. Het maakt voor de verzekeraars immers niet veel uit of er sprake is van (hoge) taxeprijzen, of van het principe “apothekersmarge is nul” (de WTG-situatie als er geen taxen zou bestaan). In het laatste geval zouden producenten en groothandels proberen de marges zelf te houden. In beide gevallen zouden verzekeraars zich door agressief onderhandelen kunnen onderscheiden. En als het belang bij lage prijzen ontbreekt, dan is een centrale prijslijst ook voor de verzekeraars vooral makkelijk: geen verschillende prijzen per apotheek voor hetzelfde product, controleren of apotheken zich aan het nul-marge-principe houden is niet nodig, enzovoort.

Een ander “dubieus” element binnen de WTG is de zogenoemde laagste-prijs-regel. Deze schrijft voor dat apotheken niet meer in rekening mogen brengen voor een generiek product dan de taxeprijs van het laagst geprijsde generieke product. Als deze regel goed zou werken, zou margeconcurrentie niet mogelijk zijn: het heeft dan geen zin voor een generieke aanbieder om zijn prijs (en de apothekersmarge) te verhogen, omdat de apotheker het prijsverschil niet mag incasseren. Maar de regel werkt niet goed, vanwege een aanvullende voorwaarde: alleen als de fabrikant aangeeft dat hij met zijn product de hele markt kan voorzien, doet dat product mee bij het bepalen welk product de laagste prijs heeft. En fabrikanten van laag geprijsde generieke producten geven niet aan dat zij de hele markt kunnen voorzien. Daar hebben zij geen belang bij<sup>50</sup>.

<sup>50</sup> Enigszins speculerend zien wij twee mogelijke redenen voor generiek-producenten om toch een relatief lage prijs te zetten. (1) Ze richten zich (ook) op de apothekers die het belangrijk vinden dat de prijs voor patiënten/verzekerden niet al te hoog is. In dit geval zou de melding de hele markt te kunnen voorzien ertoe leiden dat alle andere producenten ook in deze niche terecht komen. (2) Een deel van de verkopen door generieke producenten komt voort uit onderlinge leveranties (het is goedkoper relatief kleine hoeveelheden in te kopen dan om het zelf te maken). Onderdeel van de onderlinge-leverantie-overeenkomst tussen generiek-producenten kan zijn dat de koper een lagere prijs zet dan de verkoper, en niet meldt de hele markt te kunnen voorzien. De verkoper is dan zeker dat hij hogere marges kan bieden en dat zijn product een groot marktaandeel verovert.

Kortom, de laagste-prijs-regel is niet effectief gebleken in het voorkomen van prijsverhogingen en door de margeconcurrentie hebben aanbieders ook geen prikkel tot prijsverlagingen.

Conclusie: diverse bepalingen in de WTG hebben ervoor gezorgd dat aanbieders thans concurreren op basis van marges. Het fenomeen van de kortingen en bonussen is dus voor een deel door de overheid in het leven geroepen. Laten we echter niet vergeten dat het aspect van de extreem lage prijsgevoeligheid van verzekeraars (het gevolg van het ontbreken van zwakke concurrentieprikkels) minstens zo belangrijk is als oorzaak van de margeconcurrentie.

### **De uitdaging**

In 2001 bedroegen de kosten voor receptgeneesmiddelen ongeveer 2850 miljoen euro. Het aandeel van multi-source producten, geneesmiddelen waarvan generieke versies in de handel zijn, in dit totaal bedroeg naar schatting circa 630 miljoen euro. Doordat het octrooi op enkele veel verkopende producten recentelijk is verlopen of binnenkort afloopt, zijn de multi-source kosten in 2003 veel hoger: naar schatting ongeveer 1180 miljoen euro (BCG, 2002). De precieze omvang van de apothekersmarge hierin is niet bekend, hoewel er al diverse pogingen zijn ondernomen die te achterhalen. Als de prijzen van deze middelen onder “normale” prijsconcurrentie 50% lager zouden zijn, dan betaalde de Nederlandse samenleving in 2001 circa 315 miljoen euro teveel ten gevolge van de margeconcurrentie in het multi-source-segment. Het grootste deel van dit surplus komt ten goede aan apotheekehoudenden<sup>51</sup>.

Een belangrijke trend in dit verband is dat de grote groothandels de laatste jaren apotheken opkopen. “Met de voorwaartse integratie proberen de farmaceutische groothandels hun onderhandelingspositie te versterken met het oog op de veranderende rol van zorgverzekeraars.” (SFK, 2002, p. 50). In oktober 2002 bezat OPG (verreweg de grootste onder de groothandels) al 137 van de ruim 1600 openbare apotheken in Nederland. Het totale aantal apotheken in handen van een groothandel was eind 2002 naar schatting 240 (Volkskrant, 27/8/2002). De goodwill die bij overname van een apotheek betaald moet worden is hierdoor opgelopen van 1 maal de jaaromzet tot 1,5 - 2 maal de jaaromzet (BCG, 2002). Blijkbaar verwacht de markt niet dat overheid of verzekeraars er op korte termijn in zullen slagen de apothekersmarges substantieel te verlagen.

Toch is dat wel juist een van de doelen van het leggen van de regierol bij verzekeraars. Door het bewerkstelligen van effectieve concurrentie tussen verzekeraars, krijgen deze een groter belang bij het inperken van de apothekersmarge (en die van producenten en groothandels). Daarnaast moeten verzekeraars de mogelijkheid krijgen deze rol op zich te nemen. In de VS

<sup>51</sup> Ook op het single-source-segment verdienen apotheken een marge. Recente schattingen van VWS spreken van een totale apothekersmarge op receptgeneesmiddelen van 440 miljoen euro in 2001, oplopend tot 650 miljoen euro in 2003. Dit zou wijzen op een single-source-marge van 6%-10%. Sinds 1998 wordt via de zogenaamde “clawback-regeling” een deel van de apothekersmarge teruggehaald. In 2001 bedroeg dit 155 miljoen euro.

kunnen Health Maintenance Organisations (HMO's) bijvoorbeeld substantieel hogere kortingen bedingen dan apotheken en apotheekketens (Ellison en Snyder, 2001). De verzekeraar die het meest weet af te romen, krijgt een voorsprong op zijn concurrenten doordat hij dit bedrag kan investeren in betere service/zorg of lagere premies. Op welke manieren kunnen verzekeraars deze rol invullen?

### 6.3 Rollen voor verzekeraars in het nieuwe stelsel

Uit figuur 6.1 blijkt dat verzekeraars op dit moment nog buiten de bedrijfskolom (producent-groothandel-apotheker-patiënt) staan. In principe kunnen verzekeraars overal in die kolom een plaats gaan innemen. We noemen enkele mogelijke rollen voor verzekeraars.

#### **Verzekeraar produceert zelf geneesmiddelen**

Een verzekeraar kan zich inkopen in (een) bestaande generieke producent(en). Dit is een vorm van verticale integratie. Recentelijk heeft Zorgverzekeraars Nederland bijvoorbeeld de mogelijkheid geopperd om zelf geneesmiddelen (maagzuurremmers en cholesterolverlagers) op de markt te gaan brengen (Volkskrant, 26/8/2002).

#### **Verzekeraar koopt in bij producenten**

Een verzekeraar kan de multi-source consumptie van zijn verzekerden aanbesteden. Verschillende generieke producenten en de merkproducent zouden dan bijvoorbeeld kunnen bieden op de omeprazol-consumptie van de verzekerden van een bepaalde verzekeraar. Pogingen voor dergelijke aanbestedingen zijn recentelijk ondernomen, bijvoorbeeld in Groningen. Er kwamen echter geen inschrijvingen, omdat verzekeraars nog geen exclusiviteit kunnen bieden (zie paragraaf 6.4).

#### **Verzekeraar koopt in bij groothandels**

Een treetje lager in de bedrijfskolom kan de verzekeraar de gehele consumptie (single- en multi-source) van zijn verzekerden tegelijk bij één of enkele groothandels inkopen.

#### **Verzekeraar beheert eigen apothe(e)k(en)**

Het inkopen bij groothandels kan een verzekeraar aanvullen door ook zelf af te leveren aan zijn (en andere) verzekerden in een eigen apotheek. Ook in dit geval is sprake van verticale integratie. Het ziekenfonds Azivo beheert al decennia een eigen apotheek in Den Haag. Recentelijk heeft ook het ziekenfonds DSW in Schiedam een eigen apotheek geopend (Volkskrant, 27/8/2002).

### **Verzekeraar onderhandelt met apotheken**

Een verzekeraar kan ook met (enkele) apotheken onderhandelen en afspraken maken over prijzen en andere zaken, zoals een preferred-provider-status. Verzekeraars onderhandelen nu ook al met de apotheken in hun regio, maar kunnen nog geen substantiële kortingen bedingen.

Vanzelfsprekend kunnen verzekeraars ook combinaties van bovenstaande rollen op zich nemen. Bijvoorbeeld een verzekeraar die zelf produceert en dat via een eigen apotheek afzet. En dan is er natuurlijk nog de mogelijkheid dat verzekeraars geen van bovenstaande rollen op zich nemen. Zij laten dan de apothekersmarges ongemoeid en concentreren zich wellicht nog meer op het stimuleren van doelmatig voorschrijven door artsen en doelmatig geneesmiddelengebruik door patiënten (zie kader). Wij concentreren ons in dit hoofdstuk op de rollen gericht op het afkomen van de marges.

Welke van bovenstaande rollen zijn meer of minder wenselijk? De maatschappelijke baten van een rol hangen samen met (i) in hoeverre een verzekeraar in die rol succesvol is in het afkomen van de marges, en (ii) de mate waarin de verzekeraar de opbrengsten ten goede laat komen aan zijn verzekerden. De maatschappelijke kosten zijn gelijk aan de kosten voor de verzekeraar om die rol op zich te nemen. De mate waarin een verzekeraar zijn verzekerden laat mee profiteren zal niet variëren tussen de verschillende rollen, dus dit aspect heeft geen invloed op de relatieve wenselijkheid van de rollen. Blijft over de afweging tussen succeskans en kosten, precies de afweging die verzekeraars ook zullen maken. Conclusie: de keuze welke rol meer of minder wenselijk is, kan de maatschappij met een gerust hart overlaten aan de verzekeraars zelf.

Op dit moment kunnen verzekeraars de bovenstaande strategieën nog nauwelijks realiseren, getuige onder andere de mislukte aanbesteding in Groningen. Wat moet er gebeuren om dit wel mogelijk te maken?



---

## Andere verzekeraarsdoelen: doelmatig voorschrijven en doelmatig gebruik

Naast de kostenreducties bij apothekers is er ook kwaliteits- en doelmatigheidswinst te halen bij artsen en patiënten.

### Artsen

Artsen zijn de belangrijkste beslissers of er een geneesmiddel voorgeschreven wordt en, zo ja, welk. Daarbij kiezen zij vooral tussen werkzame stoffen, bijvoorbeeld bij een maagzweer tussen ranitidine en omeprazol. (Vervolgens besluit de apotheker welk ranitidine- of omeprazol-product hij aflevert.) Hij kiest het middel dat volgens hem het best past bij de diagnose en de patiënt. Daarbij gaat het om de kwaliteit (o.a. effectiviteit), de prijs speelt nauwelijks een rol, de patiënt is immers verzekerd (De Laat, Windmeijer, Douven, 2002). Uit maatschappelijk oogpunt én vanuit het oogpunt van de verzekeraar zou de prijs wel een rol van betekenis moeten spelen, zeker als het gaat om de keuze tussen therapeutisch (vrijwel) gelijkwaardige middelen. Bovendien maken artsen ook kwalitatief niet altijd de beste keus. Zo volgen huisartsen bij ongeveer 70% van hun voorschriften de internationaal toonaangevende NHG-richtlijnen, maar dus in 30% van de gevallen niet (Spies en Mokkink, 1999). Een andere indicator van suboptimaal voorschrijven is de variatie in voorschrijfgedrag tussen artsen; zie bijvoorbeeld Van Batenburg-Eddes et al. (2002). Verzekeraars doen al enkele jaren pogingen om het voorschrijfgedrag te beïnvloeden. Bij een regierol voor verzekeraars past dat zij hiervoor meer mogelijkheden krijgen, bijvoorbeeld de mogelijkheid om artsen te belonen voor doelmatig voorschrijfgedrag.

### Patiënten: therapietrouw

Voor de werking van geneesmiddelen in de dagelijkse praktijk is het van belang dat geneesmiddelen lang genoeg worden gebruikt om effectief te kunnen zijn. Vroegtijdig stoppen van farmacotherapie (therapie-ontrouw) is een van de belangrijkste oorzaken van ineffectieve behandeling. Zo toont onderzoek onder gebruikers van hoge-bloeddrukmiddelen dat slechts 40-60% de gebruiksvoorschriften trouw volgt (Pharmo, 2002). Vergelijkbare persistentiepercentages zijn gevonden voor het gebruik van onder andere cholesterolverlagers, middelen tegen botontkalking en antireumamiddelen. Hier is dus nog veel te winnen voor verzekeraars. Immers, het verhogen van de therapietrouw verhoogt de kwaliteit (effectiviteit) van zorg en verlaagt tegelijkertijd de schadelast doordat verergeringen, complicaties en termijneffecten worden voorkomen. Persoonlijke begeleiding van chronische geneesmiddelengebruikers en “slimme” herinneringssystemen zijn voorbeelden van instrumenten die verzekeraars hiervoor kunnen inzetten.

---

## 6.4 Voorwaarden voor succes

Aan welke voorwaarden moet zijn voldaan, opdat verzekeraars zich kunnen en willen inspannen om apothekersmarges af te romen? Wij bespreken er hieronder vijf, maar mogelijk zijn er nog meer:

### Exclusiviteitsgarantie voor leveranciers

Een grote hinderpaal op dit moment is dat verzekeraars bij productie, aanbesteding en inkoop geen exclusiviteitsgarantie hebben of kunnen bieden. Als een verzekeraar zich inkoop bij of een contract sluit met (generieke) producent X, dan heeft die producent geen enkele garantie dat de

desbetreffende verzekerden ook daadwerkelijk zijn product(en) afgeleverd krijgen. Integendeel zelfs: door de prijsverlaging die de verzekeraar afdwingt, is er minder ruimte voor apothekersmarges. Apothekers zullen daarom juist vaker andere - duurdere - producten gaan afleveren. Die worden immers ook gewoon vergoed via de aanspraken van verzekerden op farmaceutische hulp (het GVS). Kortom: verzekeraars hebben generieke fabrikanten en groothandels op dit moment nog niets te bieden.

Een mogelijke oplossing voor dit probleem is dat de overheid het mogelijk maakt dat verzekeraars de aanspraken beperken tot de producten van bepaalde producenten<sup>52</sup>. In de praktijk betekent dit dat verzekeraars zullen gaan werken met lijsten waarop de geneesmiddelen staan waarvan de kosten vergoed worden, zogenoemde formularia. Als een apotheker een omeprazol-recept krijgt voor een verzekerde van firma A, kan hij in het formularium van A opzoeken dat die alleen omeprazol van producent X vergoed krijgt. Uit onderzoek blijkt dat HMO's (en ziekenhuizen) in de VS de hoge kortingen die zij bedingen niet ontlenen aan hun omvang, maar aan de mogelijkheid om leveranciers uit te sluiten middels zo'n formularium (Ellison en Snyder, 2001).

In termen van regelgeving vereist het mogelijk maken van formularia per verzekeraar een flexibilisering van het GVS. Dit is nu nog een landelijk geldend formularium (met vergoedingslimieten). Om formularia per verzekeraar mogelijk te maken moeten verzekeraars zelf beperkingen kunnen aanbrengen in de vergoedingslijst, zowel wat betreft de te vergoeden geneesmiddelen als wat betreft de vergoedingslimieten. Voor recente vorderingen op dit vlak, zie kader "Actuele ontwikkelingen".

Een potentieel nadeel van een dergelijke lijst is dat verzekeraars deze gaan gebruiken om risicoselectie toe te passen, bijvoorbeeld door geneesmiddelen tegen bepaalde aandoeningen niet op te nemen in het formularium of slechts zeer beperkt te vergoeden. Vanwege de goede observeerbaarheid van die strategie kan het reputatiemechanisme de prikkel hiertoe overigens beperken. Aanvullend hierop kan de overheid minimumeisen stellen aan de verzekeraarsformularia. Zo kan men specificeren welke werkzame stoffen in ieder geval vergoed

<sup>52</sup> Aan een andere mogelijke oplossing - verzekeraars beginnen zelf apotheken of sluiten overeenkomsten met apotheken om zodoende de volumegarantie te bewerkstelligen - kleven belangrijke nadelen. Het is namelijk maar de vraag of overeenkomsten voor leveranciers voldoende garanties bieden, aangezien het voor een leverancier moeilijk/kostbaar is te controleren of de apotheken zich wel houden aan de overeenkomst met de verzekeraar. En het gaat wat ver om van alle verzekeraars te verlangen om eigen apotheken te beginnen.

moeten worden (het basispakket) en een minimale vergoedingslimiet. Deze maatregel werkt ook tegen eventuele ongewenste pakketbeperkingen uit kostenoverwegingen<sup>53</sup>.

### **Onderhandelingsmacht**

Een apotheek zal alleen formularia of andere voorwaarden accepteren van verzekeraars met een voldoende groot aandeel in het patiëntenbestand van die apotheek. Kleine verzekeraars hebben onvoldoende onderhandelingsmacht. Wanneer een aandeel “voldoende groot” is, is onzeker. De Richtsnoeren voor de zorgsector (NMa, 2002) staan verzekeraars toe om gezamenlijk in te kopen als hun gezamenlijk marktaandeel zowel op de inkoop- als op de verzekeringsmarkt niet hoger is dan 15%. Boven die grens “moeten de gevolgen op de markt worden onderzocht en kan een ontheffingsverzoek in de rede liggen.” (p. 48).

Een remedie voor de lange termijn is het verkleinen van de marktmacht die apotheken nu hebben (zie 6.2). Dit kan door toetreding te stimuleren. Wellicht is het mogelijk om nog meer institutionele toetredingsdrempels te verlagen of weg te nemen.

Aan de voorwaarde van onderhandelingsmacht voor verzekeraars kleeft het risico dat zij de marktmacht die zij hierdoor krijgen, gaan misbruiken. Uit de VS zijn voorbeelden bekend van verzekeraars die zorgaanbieders restricties opleggen aangaande bijvoorbeeld minimumprijzen die zij concurrerende verzekeraars mogen bieden. Dat verzekeraars dit zullen proberen bij producenten of groothandels is niet waarschijnlijk, omdat deze landelijk werken en (wat betreft producenten) omdat hun aantal groot genoeg is. Maar een verzekeraar heeft op zich een prikkel om bij de apotheken in zijn regio dergelijke clausules in het contract op te nemen. Deze clausules zijn evenwel in strijd met de Mededingingswet. Ook in de VS zijn deze praktijken, waar ze aan het licht kwamen, stevast door de rechter verboden (Gaynor en Vogt, 2000). Hier kan de NMa dus een rol spelen, waarbij opgemerkt dient te worden dat het vinden van dergelijke contracten geen eenvoudige taak is.

Als verzekeraars zich niet hard kunnen of willen opstellen tegen producenten, groothandels en apotheken, blijft de marktmacht in handen van de aanbieders. Wanneer in deze situatie de prijzen volledig vrij zijn, is er een reëel risico dat die verder zullen stijgen. Bovendien blijft de marktmacht rondom single-source-producten, waarop nog octrooi rust, onverminderd in handen van producenten, ook als verzekeraars op het multi-source-segment onderhandelingsmacht krijgen. Producenten zullen de bedongen kortingen in het multi-source-segment willen compenseren door hogere single-source-prijzen. De Wet geneesmiddelenprijzen

<sup>53</sup> Dit is echter niet zo waarschijnlijk. In de VS hebben consumenten HMO's met al te restrictieve, kostenbesparende polisvoorwaarden afgestraft door over te stappen op concurrerende health plans met ruimere voorwaarden (de “managed care backlash”, zie hoofdstuk 8). Bijna alle zuinige HMO's hebben daarop hun polisvoorwaarden (en premies) aangepast. Het tegenovergestelde - verzekeraars die bijvoorbeeld sildenafil (Viagra; wordt nu niet vergoed) in hun pakket opnemen om verzekerden te trekken - is minder onwaarschijnlijk. Dit leidt tot hogere kosten, maar is niet noodzakelijkerwijs ongewenst.

(WGP) garandeert echter dat de prijzen niet zullen stijgen boven het gemiddelde niveau van de ons omringende landen. Als de marktprijzen van multi-source gaan dalen, kan de minister van VWS de maximumprijzen voor dit segment eventueel intrekken<sup>54</sup>.

### **Tegenwerking gevestigde belanghebbenden voorkomen**

Welke strategieën de verzekeraars ook kiezen, als zij de marges gaan afromen, zullen zij stuiten op het verzet van de belanghebbenden bij de status quo: de apotheken. Het is mogelijk dat apotheken de eerste overeenkomsten tussen verzekeraars enerzijds en groothandels en producenten anderzijds zullen willen ontmoedigen, bijvoorbeeld door (te dreigen met) een boycot van de betreffende groothandels en producenten. Ook is het mogelijk dat groothandels weigeren apotheken te beleveren die lagere prijzen overeenkomen met een verzekeraar. Iets dergelijks is ook gebeurd midden jaren negentig: toen strandden pogingen van enkele verzekeraars voor het opzetten van postorderfarmacie.

De remedie hiertegen bestaat al: de Mededingingswet en zijn uitvoerende instantie, de NMa. Bovengenoemde gedragingen vallen onder het kartelverbod. De NMa heeft in oktober 2002 richtsnoeren voor de zorg uitgevaardigd, waarin dergelijk afgestemd gedrag wordt aangemerkt als in strijd met de Mededingingswet (NMa, 2002). Verzekeraars en hun contractpartners kunnen er daarom van uitgaan dat een boycot niet zal plaatsvinden of zal worden bestraft. Bovendien zal de dreiging van een boycot afnemen naarmate contracten tussen verzekeraars en producenten/groothandels meer gemeengoed worden. Je kunt immers niet iedereen boycotten.

### **WTG: Taxe en laagste-prijs-regel afschaffen?**

In 6.2 betoogden we dat de mogelijkheid van een algemene prijslijst (de taxe) in de WTG heeft geleid tot de huidige praktijk van margeconcurrentie. Daarnaast stelden we dat de laagste-prijs-regel - ook onderdeel van de WTG - niet effectief is in het voorkomen van prijsverhogingen (en dus margeconcurrentie). Het lijkt daarom een no-regret-optie om de taxe en de laagste-prijs-regel af te schaffen. Echter, als de taxe wordt afgeschaft mogen apotheken niet meer verdienen op de handel in geneesmiddelen, waarmee hun marktmacht in een klap verdwijnt. Als ook verzekeraars in die situatie onvoldoende kunnen of willen concurreren, dan komen de marges terecht bij groothandels en producenten. Als dit geval zich voordoet, zou een geheel nieuw reguleringsinstrument ontworpen moeten worden om de marges bij deze partijen af te romen. Het achter de hand houden van het huidige instrument, gebaseerd op de taxe, is dan makkelijker. Bovendien is het afschaffen van de taxe niet noodzakelijk om het voor verzekeraars mogelijk te maken de marges af te romen. Het is ook nu al mogelijk voor verzekeraars om met apothekers lagere inkoopvergoedingen overeen te komen (en dat gebeurt ook, op zeer

<sup>54</sup> De WGP maakt het mogelijk om een maximumprijs voor een product vast te stellen, maar dit hoeft niet.

bescheiden schaal) taxeprijzen zijn maximum-tarieven. Conclusie: het is verstandig om in ieder geval de taxen te laten voortbestaan totdat verzekeraars effectief concurreren in deze sector.

Aan de voorgaande vier voorwaarden moet zijn voldaan om te zorgen dat verzekeraars de apothekersmarges kunnen afromen. De volgende voorwaarde moet ervoor zorgen dat ze dat ook willen.

#### **Effectieve concurrentie: verzekerdemobiliteit**

Verzekeraars zullen willen investeren in het afromen van de apothekersmarges, indien ze schade oplopen wanneer ze het niet doen en hun concurrenten wel. Kortom: als er sprake is van effectieve concurrentie, in de zin dat een verzekeraar die kortingen realiseert en die tot uitdrukking brengt in de premie of de kwaliteit van zijn polis, verzekerdemobiliteit wegtrekt bij zijn concurrenten. Verzekerdemobiliteit moet mobiel(er) worden. Voorwaarden voor het verhogen van de verzekerdemobiliteit zijn besproken in hoofdstuk 4.

Als beleidsmaatregelen om verzekerdemobiliteit te maken onvoldoende effect sorteren, dan hebben verzekeraars nauwelijks een prikkel om de kortingen die zij bedingen door te geven aan de verzekerden. Winstgerichte verzekeraars zullen de marge dan voor een groot deel doorvertalen in bedrijfswinst. Het gedrag van non-profit-verzekeraars in deze situatie is minder voorspelbaar. Mogelijkheden zijn hogere salarissen, mooiere gebouwen en misschien ook wel een deel in lagere premies en/of betere zorg. Het risico zou verkleind kunnen worden door een toezichthouder de bevoegdheid te geven om, als deze situatie zich voordoet, eventuele overwinsten bij verzekeraars af te romen (zoals de overheid al jaren poogt - met wisselend succes - de marges bij apotheken af te romen). Dergelijke clawback maatregelen zijn echter symptoombestrijding en zouden eigenlijk een tijdelijk karakter moeten hebben. Het is beter dan niets, maar de fundamentele oplossing (mobiliteit vergroten) lijkt kansrijker.

## **6.5 Conclusie**

De geneesmiddelensector onderscheidt zich van andere zorgsectoren doordat er enige zekerheid bestaat over het potentieel voor kostenbesparingen: het afromen van de apothekersmarges kan verzekeraars flinke besparingen opleveren. Vooral in het multi-source-segment (producten zonder octrooibeschermt) zijn deze marges hoog, omdat apothekers daar veel marktmacht bezitten. De oorzaak hiervan is een combinatie van overheidsregulering en het ontbreken van een prijsprikkel aan de vraagzijde.

Als verzekeraars effectief gaan concurreren, daartoe gedreven door (onder andere) een hogere verzekerdemobiliteit, dan kunnen zij in de geneesmiddelensector verschillende rollen vervullen: producent, inkoper, onderhandelaar. Het is aan verzekeraars de voor hen meest aantrekkelijke rol te kiezen, dit is ook vanuit maatschappelijk oogpunt de meest wenselijke rol.

---

## Actuele ontwikkelingen

Het geneesmiddeldossier heeft van oudsher veel politieke aandacht. Met enige regelmaat verschijnen er dan ook nieuwe beleidsmaatregelen op dit terrein. Een greep uit de actuele ontwikkelingen:

### Aanpak kortingen en bonussen

Op 15 november heeft de Minister van VWS een nieuwe maatregel aangekondigd om kortingen en bonussen bij apothekers weg te halen: een gedifferentieerde claw-back. Er bestaat sinds 1999 al een korting van 6,82% op de declaratieprijs van alle geneesmiddelen. Vanaf 2003 gaat dit percentage omhoog naar 9% voor single-source-producten en naar 40% voor multi-source-producten.

### Afschaffen 'Eén vent per tent'

In een apotheek dient op dit moment nog altijd een apotheker aanwezig te zijn. Hierdoor kan een apotheker niet meerdere apotheken tegelijk beheren. Dit voorschrift staat bekend als de "één vent per tent"-regel. Er ligt nu een wetsvoorstel om deze regel te versoepelen. Wanneer dit voorstel wordt aangenomen, betekent dit een verlaging van een toetredingsdrempel voor apotheken.

### Formularium per verzekeraar dichterbij

De ministerraad is onlangs akkoord gegaan met een wijziging van het Verstrekkingenbesluit, waardoor ziekenfondsen de mogelijkheid krijgen om per werkzame stof één of meer producten aan te wijzen waarop hun verzekerden aanspraak hebben. Als deze wijziging doorgevoerd wordt kunnen verzekeraars de aanspraak van hun verzekerden beperken tot de goedkoopste aanbieder van een bepaalde stof. Dit gaat nog iets verder dan een recente uitspraak in een kort geding aangespannen door de generieke producenten tegen verzekeraar Geové: hier bepaalde de rechter dat Geové de plannen niet hoeft terug te draaien om de aanspraak van zijn verzekerden te beperken tot het goedkoopste generiek van een bepaalde stof. Het merkgeneesmiddel wordt in deze plannen niet uitgesloten. Met de wijziging van het Verstrekkingenbesluit kan dit wel. Met deze wijziging kunnen verzekeraars nog geen eigen vergoedingslimieten vaststellen.

---

Een actieve rol van (prijsgeprikkelde) verzekeraars vereist voldoende onderhandelingsmacht, bijvoorbeeld door een regionaal sterke positie, en de mogelijkheid om met een formularium te werken, dat per verzekeraar kan verschillen. Stimuleren van toetreding door apotheken door het verlagen van toetredingsbarrières is ook gewenst, bijvoorbeeld door versoepeling van de vereiste dat in de apotheek altijd een apotheker aanwezig dient te zijn.

Toezicht (door NMa en/of een sectorspecifieke toezichthouder) kan drie functies vervullen: (i) preventie en repressie van gecoördineerde tegenwerking van verzekeraarsinitiatieven door huidige belanghebbenden, (ii) preventie en repressie van misbruik van marktmacht door de regionaal sterke verzekeraars, en (iii) monitoren of verzekeraars de bedongen kortingen wel doorgeven aan verzekerden in de vorm van lagere premies of betere zorg en, als dit onvoldoende gebeurt, overwinsten afroemen.

### Inleiding deel III

Tegenover de voordelen van concurrentie op de verschillende zorgmarkten staat een drietal mogelijke nadelen:

- Een sterkere prikkel tot risico-selectie.
- Een sterkere prikkel om te bezuinigen op kwaliteit.
- Een groter risico van onnodige kostenstijgingen.

De drie hoofdstukken die volgen gaan nader in op deze risico's en op beleidsopties waarmee deze risico's zijn tegen te gaan.

## 7 Risicoselectie en risicoverevening

Een belangrijk verschil tussen medische consumptie en andere consumptiegoederen is de grote variatie in medische consumptie op individueel niveau. Sommige patiënten consumeren nu eenmaal veel meer medische zorg dan anderen. Een groot gedeelte van deze variatie in medische consumptie is toevallig en daarmee onvoorspelbaar, maar een groot gedeelte is ook voorspelbaar. Zo zijn de toekomstige ziektekosten van een aids-patiënt voorspelbaar hoger dan de kosten van een gemiddeld individu. Waarom is dit van belang? Omdat de samenleving niet accepteert dat mensen met hoge verwachte ziektekosten ook hogere premies betalen. Mensen met lage verwachte kosten subsidiëren als het ware de mensen met hoge verwachte kosten. Dit fenomeen heet risico-solidariteit; een aids-patiënt hoeft niet alleen op te draaien voor zijn toekomstige voorspelbare kosten.

Doordat een groot gedeelte van de medische consumptie voorspelbaar is, is het voor verzekeraars belangrijk om niet alleen rekening te houden met de gemiddelde kosten van de totale verzameling verzekerden, maar ook met de kosten van individuele verzekerden. Immers verzekeraars hebben weinig belang bij het bedienen van verzekerden waarvan vooraf bekend is dat de medische kosten hoger zullen zijn dan de premie. Indien verzekeraars erin slagen, op welke wijze dan ook, hoge risicogroepen uit te sluiten of af te stoten wordt risicosolidariteit ondermijnd. Een geschikt instrument om deze zogeheten risicoselectie tegen te gaan is risicoverevening. De risicoverevening komt erop neer dat verzekeraars met relatief veel hoge (of weinig lage) risico's financieel gecompenseerd worden.

In het huidige zorgstelsel is er sprake van risicoverevening op de ziekenfondsmarkt, het systeem van normuitkeringen, maar niet op de particuliere markt. In het nieuwe stelsel komt er echter een systeem van normuitkeringen dat betrekking heeft op alle burgers en waaraan alle verzekeraars dienen deel te nemen. Vanuit dat perspectief is het logisch om in dit hoofdstuk

---

### **Wat als normuitkeringen onvoldoende corrigeren voor verschillen tussen verzekeraars?**

Veronderstel dat er één standaardpakket en acceptatieplicht is. Er is één verzekeraar die hogere kosten heeft dan de andere verzekeraars in het land. Dit kan om twee redenen het geval zijn:

- (a) verzekeraar heeft meer reumapatiënten en de normuitkeringen corrigeren hier onvoldoende voor;
- (b) verzekeraar opereert in regio waar aanbieders duurder zijn (bijvoorbeeld vanwege lonen) dan elders in het land en daar wordt bij de normuitkeringen geen rekening mee gehouden.

### **Wat zijn de mogelijke gevolgen?**

1. Doordat de ziektekosten hoger zijn, brengt de regionale verzekeraar een hogere nominale premie in rekening bij zijn verzekerden. Wanneer verzekerden voldoende prijselastisch zijn zullen ze echter stemmen met de voeten en overstappen naar een andere verzekeraar. De ziektekosten van de andere verzekeraars zullen gemiddeld gezien ook stijgen. Wanneer de andere verzekeraars echter voldoende verzekerden buiten de regio hebben zal het effect op de nominale premie minder groot zijn. Op langere termijn zullen alle verzekerden weglopen bij de regionale verzekeraar.
2. De regionale verzekeraar is bang dat verzekerden met de voeten zullen stemmen bij een verhoging van de nominale premie en verhoogt zijn premie niet ten opzichte van zijn concurrenten. Hierdoor krijgt de verzekeraar minder inkomsten, hetgeen kan leiden tot een faillissement van de regionale verzekeraar.
3. Om de concurrentie met andere verzekeraars vol te houden zoekt de regionale verzekeraar zijn heil in andere middelen, zoals bekibbelen op de kwaliteit en service van de zorg. Behalve dat dit ongewenst is voor de verzekerden kan het op langere termijn de reputatie van de verzekeraar aanzienlijk schaden.
4. Bij (a) maakt de verzekeraar van zijn nood een deugd en gaat zich specialiseren in reumapatiënten. Bij (b) wordt premiedifferentiatie tussen regio's toegestaan. Verzekerden uit de regio betalen dan bij iedere verzekeraar voor het standaardpakket een hogere premie dan verzekerden buiten de regio.
5. Om de concurrentie met andere verzekeraars vol te houden onderzoekt de regionale verzekeraar zelf de redenen waarom zijn verzekerden duurder zijn dan elders in het land. De regionale verzekeraar meldt zijn bevindingen over reumapatiënten dan wel de hogere lonen aan een onafhankelijke instantie die vervolgens de claim nader onderzoekt. Deze instantie honoreert de claim en zorgt er voor dat de regionale verzekeraar in de toekomst gecompenseerd zal worden voor zijn ongunstige verzekerdenbestand. Bij (a) wordt het systeem van normuitkeringen geperfectioneerd en bij (b) worden regionale kostenverschillen in het systeem van normuitkeringen opgenomen.

---

kritisch te kijken naar de mogelijke werking van een dergelijk systeem en de mogelijkheden van risicoselectie in het nieuwe stelsel.

Om de kern van de problematiek te illustreren bespreken we echter eerst een voorbeeld in onderstaand kader. Uit dit kader blijken de mogelijke gevolgen wanneer de normuitkeringen onvoldoende corrigeren voor mogelijke verschillen tussen verzekerden. Hieruit blijkt dat die gevolgen soms gunstig zijn maar in andere gevallen potentieel ongewenst. Dit hoofdstuk bekijkt hoe groot de kans is op gewenste en minder gewenste gevolgen en wat de overheid kan doen om bij te sturen.



## 7.1 Risicoselectie

We onderscheiden twee vormen van risicoselectie (Van de Ven en Ellis, 2000):

### (a) *Adverse selection*

Wanneer verzekeraars voor een polis slechts één (gemiddelde) premie mogen vragen zullen brede polissen relatief meer hoge risico's aantrekken en smalle polissen relatief meer lage risico's. Dit fenomeen wordt ook wel *adverse selection* genoemd. Het gevolg is dat verzekeraars voor brede polissen hogere premies moeten vragen dan smalle polissen, niet alleen vanwege het feit dat de polissen breder zijn maar ook vanwege het feit dat brede polissen hogere risico's zullen aantrekken. *Adverse selection* kan leiden tot twee fundamentele problemen.<sup>55</sup> Ten eerste een solidariteitsprobleem. Zo zullen lage risico's kiezen voor een smalle polis waardoor ze minder bijdragen aan de ziektekosten van hoge risico's die een brede polis kiezen. Ten tweede zullen concurrerende verzekeraars als gevolg van *adverse selection* polissen aanbieden die vooral zijn afgestemd op de lage risico's, omdat geen enkele verzekeraar de verzekerden met de hoogste gezondheidsrisico's wil aantrekken. *Adverse selection* kan daardoor leiden tot instabiele verzekeraarsmarkten (Rothschild en Stiglitz, 1976).

### (b) *Cream skimming*

Verzekeraars doen aan "cream-skimming" als zij zich richten (of niet richten) op een bepaalde groep verzekerden omdat op deze groep relatief veel winst (of verlies) is te behalen, in vergelijking met andere risicogroepen. De verzekeraar dient dan private informatie te hebben over de verzekerde die niet is opgenomen in het systeem van risicoverevening.<sup>56</sup> Een bekende vorm van cream-skimming is het uitsluiten van verzekerden. Cream-skimming is ongewenst. Het streven is immers dat de zorg voor iedereen toegankelijk is en dat er solidariteit is tussen goede en slechte risico's. Bovendien kan het leiden tot ongewenste effecten op marktstructuren en kwaliteit van zorg. Vanuit maatschappelijk perspectief zijn de kosten die een verzekeraar maakt om slechte risico's te mijden pure verspilling. De opbrengsten van "cream-skimming" kunnen gemakkelijk hoger zijn dan de winsten die verkregen worden via doelmatigheidsverbeteringen (Van de Ven en Ellis, 2000).

<sup>55</sup> Ook wanneer risicoverevening plaats vindt kan adverse selection een probleem zijn omdat de risicoverschillen tussen verzekerden vaak onvoldoende in de verevening zijn betrokken.

<sup>56</sup> Onder private informatie verstaan we informatie omtrent de zorgkosten van een individuele verzekerde, die niet in het bezit is van (of gebruikt kan worden door) andere partijen. Private informatie kan verkregen worden via het bestuderen van historische ziektekosten, het laten invullen van vragenlijsten, of het bestuderen van kenmerken, zoals leeftijd, wijk, inkomen, afkomst etc. van verzekerden.

### 7.1.1 Risicoselectie in het huidige stelsel?

We gaan in deze paragraaf na of er risicoselectie plaatsvindt op de huidige particuliere markt en de ziekenfondsmarkt.

#### Risicoselectie op de particuliere markt

In de huidige particuliere verzekering vindt zowel *adverse-selection* als *cream skimming* plaats. *Adverse selection* is lastig direct te observeren. Particuliere verzekeraars bieden smalle en brede polissen aan, die worden gekenmerkt door verschillen in pakketomvang, eigen risico's en polisvoorwaarden. Deze verscheidenheid in polissen tussen verzekeraars heeft inmiddels een aanzienlijke omvang gekregen. Zo is er bijvoorbeeld bij een verzekeraarsmaatschappij de keuze uit een polis met kraamzorg en een polis zonder kraamzorg. Het lijkt evident dat gemiddeld gezien meer particuliere verzekerden, die geen kraamzorg in de toekomst nodig hebben, kiezen voor een polis zonder kraamzorg dan voor een polis met kraamzorg. Dit impliceert *adverse selection*. Het gevolg is dat de solidariteit voor kraamzorg afbrokkelt. Een tweede gevolg van de verscheidenheid in polissen is een afname van de transparantie. Een afgewogen vergelijking tussen de verschillende pakketten is voor een consument haast onmogelijk.<sup>57</sup>

“Cream skimming” is een belangrijke concurrentiestrategie, zo proberen verzekeraars slechte risico's te weren of in de Wtz onder te brengen (IOO, 2000). Een ander voorbeeld van “cream-skimming” in de particuliere markt is gericht adverteren.<sup>58</sup>

#### Risicoselectie op de ziekenfondsmarkt

Op de ziekenfondsmarkt vindt aanzienlijk minder risicoselectie plaats dan op de private markt. De verzekeringsplicht in het ziekenfonds voorkomt *adverse selection* bij het ziekenfondspakket. *Adverse selection* zou mogelijk plaats kunnen vinden bij de aanvullende verzekering. Dit lijkt echter nauwelijks relevant omdat door het brede uniforme basispakket de aanvullende verzekering slechts een klein gedeelte van de totale zorg omvat.

Of ziekenfondsen ook een actief beleid van “cream-skimming” voeren is minder duidelijk. Het verkrijgen van private informatie is moeilijker omdat via het systeem van normuitkeringen al voor belangrijke informatie met betrekking tot ziektekosten wordt gecorrigeerd. De acceptatieplicht maakt het bovendien moeilijker om verzekerden te weigeren. Daar komt bij dat het bedrijfsrisico dat ziekenfondsen lopen over de ziektekosten kleiner is dan dat van

<sup>57</sup> Uit interviews volgde dat verzekeraars zelf het vrijwel ondoenlijk vonden om hun pakket/prijs bepaling met die van concurrerende verzekeraars te vergelijken.

<sup>58</sup> Bijvoorbeeld voor het jaar 2002 richtte een verzekeringsmaatschappij haar campagne in met gratis cadeaus als walkmans, soundblasters etc. Particuliere verzekeraars gaven in 1998 ongeveer drie keer zoveel uit aan verkoop- en marketing kosten dan ziekenfondsen (Douven en Westerhout, 2000).

particuliere verzekeraars, hetgeen de aantrekkelijkheid van risicoselectie vermindert.<sup>59</sup> Verder kan een rol spelen dat ziekenfondsen een not-for-profit status hebben (i.t.t. particuliere verzekeraars die for-profit mogen zijn). De wettelijke maximering van reserves kan er voor zorgen dat ziekenfondsen die tegen de reserves aanzitten nauwelijks prikkels hebben voor “cream-skimming”. Ook het feit dat de premie-elasticiteit laag is op ziekenfondsmarkt kan een rol spelen. Het genereren van meer inkomen is wellicht eenvoudiger via een premieverhoging dan via “cream-skimming”. Het is mogelijk dat er “cream-skimming” plaats vindt via de aanvullende verzekering. Deze vorm van cream-skimming” lijkt echter klein <sup>60</sup>.

De conclusie is dat risicoselectie hoogstens op beperkte schaal plaatsvindt in het ziekenfonds. Deze conclusie komt overeen met de signalen uit interviews met verscheidene marktpartijen.

### **Risicoselectie in het buitenland**

Een voorbeeld is de Zwitserse zorgverzekeringsmarkt waar echter wel eigen risico's, no-claim regelingen en preferred provider arrangementen mogelijk waren. Bij het introduceren van meer concurrentie in 1996 werd er geen rekening gehouden met de gebreken in het risico-vereveningssysteem. Niemand verwachtte de asymmetrische mobiliteit van verzekerden: de ongunstige risico's bleven zitten, terwijl de gunstige risico's van verzekeraar veranderden (Beck, 1999). In Duitsland is het aantrekkelijk om expliciet te selecteren op hoge inkomensgroepen omdat de normuitkeringen daar onvoldoende voor corrigeren. Dit leidde tot selectieve marketing campagnes via telefoon en internet (Schut, Gress en Wasem, 2002). Voor meer buitenlandse voorbeelden omtrent risicoselectie verwijzen we naar Lapré et al. (2001) en Van de Ven en Ellis (2000).

Omdat de instituties in andere landen sterk verschillen met die van Nederland zijn deze voorbeelden slechts indicatief. Een algemeen en groot probleem is verder dat empirische informatie over het gebruik van risicoselectie-activiteiten door verzekeraars moeilijk is te achterhalen. Tijdens een studiereis naar de VS zijn ambtenaren van het ministerie van Financiën gewaarschuwd dat verzekeraars daar buitengewoon creatief zijn in het bedrijven van risicoselectie.

<sup>59</sup> Het huidige financiële risico dat ziekenfondsen over ziektekosten lopen is ongeveer 50%. Het financiële risico dat particuliere verzekeraars over ziektekosten lopen is ook minder dan 100% vanwege de risicoloze WTZ (waarin circa 40% van de omzet van particuliere verzekeraars omgaat).

<sup>60</sup> In 1999 heeft de toenmalige Ziekenfondsraad een onderzoek gedaan naar aanvullende verzekeringen en verzekeraars gevraagd naar het gevoerde acceptatiebeleid. Het aantal door verzekeraars zelf gerapporteerde weigeringen om mensen te accepteren liep volgens de Ziekenfondsraad uiteen van 0 tot 1200 (CTZ, 1999).

### 7.1.2 Risicoselectie in het nieuwe stelsel

Het nieuwe stelsel introduceert ten opzichte van de huidige ZFW een aantal nieuwe mogelijkheden voor risicoselectie. We noemen hieronder eerst vormen van risicoselectie die ook al mogelijk waren in de huidige ZFW:

- Prikkels voor het leveren van minder service aan ongunstige risico's en zo overstappen te stimuleren naar een andere verzekeraar.
- Gericht adverteren, bijv. door campagnes te richten op de relatief gezondere populatie.
- Door voorwaarden in de aanvullende ziektekostenverzekering of andere verzekeringen zodanig in te vullen of te koppelen dat het relatief gunstigere risico's aantrekt.

In vergelijking met de ZFW worden in 'Vraag aan bod' (zie VWS, 2001) enkele nieuwe mogelijkheden voor risicoselectie, die we ook al kennen uit de particuliere markt, geïntroduceerd. Het invoeren van "preferred provider" arrangementen, functionele zorgaanspraken en collectieve contracten leidt tot de volgende additionele mogelijkheden voor risicoselectie.

- Grotere pakketkeuze voor verzekerden.  
Door "preferred provider" arrangementen en functionele zorgaanspraken krijgen verzekeraars de mogelijkheid om meerdere pakketopties aan te bieden. Dit kan leiden tot risicoselectie. Bijvoorbeeld wanneer chronisch zieken ongunstige risico's zijn kan men specialisten met een hoge reputatie op dat gebied uitsluiten van het arrangement.<sup>61</sup> Een andere mogelijkheid is polissen, via de functionele zorgaanspraken, uitbreiden of koppelen aan aspecten die relatief gezondere mensen aantrekken, zoals fitness club abonnementen of gratis sportkeuringen etc.
- Prikkels voor het leveren van minder kwaliteit van zorg aan ongunstige risico's.  
Door een verregaande integratie van verzekeraar en zorgaanbieder ("preferred provider" arrangementen) krijgt een verzekeraar meer invloed op de beslissing van de arts (en dus ook op de afweging prijs versus kwaliteit van zorg). Naast een mogelijke toename van doelmatigheid neemt ook het gevaar voor "cream-skimming" toe.
- Collectieve contracten.  
Onderhandelbare collectieve contracten zijn vaak gunstig voor solidariteit binnen één bedrijf of bedrijfstak maar kunnen leiden tot impliciete risicoselectie. Zo zullen de ziektekosten en de premies bij een groep ambtenaren wellicht lager worden ingeschat door een verzekeraar dan een groep mijnwerkers (bijvoorbeeld omdat de verevening niet corrigeert voor beroep). Ook levert het voor verzekeraars vaak minder op om zich in te spannen voor individuele verzekerden dan

<sup>61</sup> Hier worden preferred provider arrangementen gebruikt als instrument voor risicoselectie. Zie ook Newhouse (1996).

voor collectieven. Als gevolg daarvan krijgen individueel verzekerden gemiddeld een slechtere deal dan verzekerden die aangesloten zijn bij een collectief (Schut, 2000).

Uit het bovenstaande blijkt dat risicoselectie buiten de poort kan plaatsvinden (gericht adverteren, bij ontwerpen van ziektekostenpolissen of via koppeling met andere verzekeringen), aan de poort van de verzekeraar (op basis van risico-informatie die de verzekeraar heeft/krijgt bij aanmelden van een potentiële verzekerde) en binnen de poort (wegpesten: beknibben op kwaliteit en service van de zorg aan de verzekerde). De cruciale vraag is natuurlijk of risicoselectie ook ernstige vormen zal aannemen in het nieuwe stelsel.

### **7.1.3 Neemt risicoselectie toe in het nieuwe stelsel?**

In vergelijking met de huidige particuliere markt is de verwachting dat risicoselectie zal afnemen in het nieuwe stelsel. In vergelijking met de huidige ZFW is de verwachting dat de neiging tot risicoselectie zal toenemen. Aangezien de mate van risicoselectie in de huidige ZFW beperkt lijkt, is er nog geen acuut gevaar. Wel is van belang tijdig problemen en oplossingsrichtingen te signaleren. Niet alleen is er een toename van het aantal mogelijkheden voor verzekeraars maar ook een toename in prikkels. Zo is de verwachting dat verzekeraars een groter financieel risico zullen gaan lopen dan in de huidige ZFW en krijgen ze mogelijk een winstoogmerk. Ook zullen huidige alternatieve strategieën in de ZFW voor risicoselectie, zoals het verhogen van de nominale premie, minder makkelijk worden door een te verwachten toename van de premie-elasticiteit. Bovendien spelen andere aspecten een belangrijke rol in het nieuwe stelsel, zoals de breedte van het basispakket, voor welke factoren geldt solidariteit en in hoeverre is er toezicht.<sup>62</sup>

In het licht van deze dreiging, is de rol van het ex-ante systeem van risicoverevening cruciaal. Immers hoe beter het vereveningssysteem hoe minder lonend risicoselectie is. Nederland heeft vermoedelijk een van de betere vereveningssystemen in de wereld. Toch is het goed te bezien waar gaten dreigen te ontstaan en hoe ze gedicht kunnen worden. De komende paragrafen analyseren het vereveningssysteem. Paragraaf 7.2 bespreekt de huidige situatie van verevening. Paragraaf 7.3 analyseert de centrale rol die de (ex-ante) normuitkeringen gaan spelen in het nieuwe stelsel. Paragraaf 7.4, tenslotte, gaat in op overige aspecten van risicoselectie.

## **7.2 Risicoverevening - de huidige situatie**

Voor we ingaan op de huidige situatie, is het van belang te bespreken welke doelen schuil gaan achter risicoverevening. Risicoverevening is een instrument waarbij twee doelen tegelijkertijd worden nagestreefd:

<sup>62</sup> CVZ (2000) gaat nader in op toelatingsvoorwaarden en goed verzekeraarschap voor verzekeraars.

### **(a) Equivalentie**

Wanneer het systeem van risicoverevening perfect corrigeert voor bepaalde factoren, zoals bijvoorbeeld gezondheid, dan krijgt de verzekeraar precies genoeg financiële compensatie (normuitkeringen) voor de voorspelbare kostenverschillen tussen verzekerden met betrekking tot die factoren. Voor de verzekeraar is dan, met betrekking tot de gehanteerde factoren, iedere verzekerde gelijkwaardig.

### **(b) Risico-solidariteit**

Het systeem van risicoverevening zorgt voor risico-solidariteit tussen verzekerden met betrekking tot de gehanteerde factoren. De lage risico's compenseren dan, voor de gehanteerde factoren, de kosten van de hoge risico's.

De mate van equivalentie tussen verzekerden hangt af van de gehanteerde factoren. Zo kunnen alle verzekerden als gevolg van perfecte verevening voor de verzekeraar gelijkwaardig zijn met betrekking tot gezondheid, wanneer dat de enige gehanteerde factor is, maar niet met betrekking tot andere factoren. Er blijft dan nog steeds ruimte voor verzekeraars om risicoselectie toe te passen op basis van factoren waarvoor niet verevend wordt. Andere factoren die naast gezondheid een rol kunnen spelen zijn leeftijd, geslacht en socio-economische factoren van verzekerden. Naast karakteristieken van verzekerden komen ook factoren van aanbieders en verzekeraars in aanmerking voor de risicoverevening. Men kan hierbij denken aan verschillen in regionale loonkosten, marktmacht, praktijkstijl, kapitaalkosten etc (zie Van de Ven en Ellis, 2000). Vooral deze laatste karakteristieken kunnen in het nieuwe stelsel, door een toename van de concurrentie, een belangrijke(re) rol gaan spelen.

Om te bepalen hoe de prikkels van verzekeraars precies (gaan) liggen is allereerst van belang te weten op welke factoren normuitkeringen plaatsvinden. In het Strategisch Akkoord 2002 wordt bijvoorbeeld gesproken van gezondheid of leeftijd: "Om solidariteit en toegankelijkheid te garanderen geldt voor verzekeraars een acceptatieplicht voor het standaardpakket met een verbod op premiedifferentiatie naar gezondheid of leeftijd, in samenhang met een systeem van risicoverevening". Deze passage suggereert dat normuitkeringen slechts voor een paar factoren plaatsvinden.<sup>63</sup> Prikkels voor risico-selectie kunnen dan op twee manieren ontstaan:

(a) Het systeem van normuitkeringen is imperfect, bijvoorbeeld omdat de normuitkeringen onvoldoende corrigeren voor voorspelbare verschillen tussen verzekerden met betrekking tot gezondheid of leeftijd.

<sup>63</sup> Theoretisch gezien laat de woordkeuze: "gezondheid of leeftijd" nog open of alleen op leeftijd, of alleen op gezondheidskenmerken, of op beide factoren risicoverevening dient plaats te vinden.

(b) Er bestaan voorspelbare kostenverschillen tussen verzekerden omdat daar bij de risicoverevening geen rekening mee wordt gehouden. Denk hierbij aan factoren zoals hierboven genoemd.

De geciteerde passage uit het Strategisch Akkoord 2002 zegt niets over kostenverschillen tussen verzekerden die niet gecorrigeerd worden door de factoren gezondheid of leeftijd. Een mogelijk alternatief is hier premiedifferentiatie. Dit zou bijvoorbeeld kunnen betekenen dat verzekerden in de randstad voor hetzelfde basispakket hogere premies betalen dan elders, bijvoorbeeld vanwege hogere huisvestingskosten van zorgaanbieders of verzekeraars in de randstad.

Het is dus allereerst zaak te beslissen wat de omvang van risico-solidariteit in het nieuwe stelsel gaat worden. Welke factoren, naast gezondheid en leeftijd, komen bijvoorbeeld in aanmerking voor verevening via de normuitkeringen. Hoe meer factoren worden toegelaten tot het systeem van risicoverevening, dus hoe groter de omvang van risico-solidariteit, hoe kleiner de prikkel voor risicoselectie is, en dus hoe kleiner de noodzaak voor premiedifferentiatie is. Een vervolgvraag is dan hoe het systeem van risicoverevening met betrekking tot die gewenste factoren het beste kan worden vormgegeven.

De opbouw van deze paragraaf is als volgt. Eerst gaan we nader in op theoretische overwegingen hoe goed een systeem van risicoverevening moet zijn. Vervolgens toetsen we dit aan het systeem van risicoverevening in het ziekenfonds: het systeem van normuitkeringen.

### **7.2.1 Hoe goed dient een systeem van risicoverevening te zijn?**

In de praktijk zal een systeem van risicoverevening nooit perfect zijn. Ten eerste is het lastig om alle voorspelbare informatie over ziektekosten boven tafel te krijgen. Daarnaast moet er gebruik worden gemaakt van een rekenmodel om de voorspelbare verschillen tussen verzekerden uit te rekenen. Een rekenmodel heeft beperkingen, zo is er in de wetenschap nog discussie over wat de beste inrichting van zo een model is (Zie Van de Ven en Ellis, 2000).

Verder kan niet alle informatie in het model worden opgenomen of is sommige informatie moeilijker te gebruiken dan andere. Bijvoorbeeld in het model wordt gebruik gemaakt van risicofactoren die voorspelbare gezondheidsverschillen tussen verzekerden moeten verklaren. Deze risicofactoren dienen niet alleen op individueel niveau beschikbaar te zijn maar dienen ook aan bepaalde kenmerken te voldoen. Het belangrijkste kenmerk is wel dat ze niet beïnvloedbaar mogen zijn. Risicofactoren met goede individuele voorspelkracht zijn bijvoorbeeld de historische kosten van een verzekerde. Het gebruik van deze risicofactor is echter discutabel. Historische ziektekosten bevatten ook gedrag en kosten van zorgaanbieders. Ondoelmatig gedrag door zorgaanbieders wordt daardoor niet direct afgestraft en hogere kosten worden eveneens (gedeeltelijk) vergoed. Verder is deze factor niet voor alle individuen even bruikbaar.

Bij chronisch zieken is de variabele bijvoorbeeld beter bruikbaar dan bij patiënten met een incidenteel ziektebeeld (Zie ook Van de Ven en Ellis, 2000).<sup>64</sup>

Er zal dus altijd een bepaalde mate van imperfectie bestaan bij risicoverevening. Dit kan betekenen dat sommige verzekeraars relatief hogere vergoedingen ontvangen dan andere verzekeraars. Hieronder schetsen we drie nadelen van een systeem van imperfecte risicoverevening:

- Voorspelbare kostenverschillen tussen verzekerden, voor wie de verzekeraar een gelijke premie moet rekenen, blijven aanwezig. Dit is een prikkel voor risicoselectie. Als de verzekeraar echter niet (wezenlijk) beter de individuele kosten kan voorspellen dan het vereveningssysteem, vervalt deze prikkel. Bovendien kunnen prikkels voor risicoselectie vermeden worden door de mogelijkheden van verzekeraars om risicoselectie toe te passen, te beperken.
- Imperfecte verevening kan leiden tot allocatieve verstoringen. Bijvoorbeeld wanneer het systeem van imperfecte risicoverevening structureel beter uitvalt voor een verzekeraar dan kan een verzekeraar dat beschouwen als pure winst. Merk op dat dit niet ten koste hoeft te gaan van de risicosolidariteit, maar wel kan leiden tot hogere collectieve kosten.
- Bestaande verzekeraars waarvoor het systeem van imperfecte risicoverevening structureel minder goed uitvalt worden benadeeld, hetgeen kan leiden tot faillissementen van goede verzekeraars.

Binnen een systeem van risicoverevening kunnen deze drie nadelen worden weggenomen door achteraf correctiemechanismen in te voeren (zoals bijvoorbeeld nacalculatie, generieke verevening en hoge kosten verevening in het huidige ziekenfonds). Deze correctiemechanismen, die achteraf plaatsvinden, tasten echter weer de prikkels voor doelmatigheid aan tussen verzekeraars.

Concluderend, risicoverevening dient om equivalentie tussen verzekerden te waarborgen en om risico-solidariteit af te dwingen. Het (te) ver doorvoeren van verevening, door achteraf te corrigeren, komt echter in conflict met een andere doelstelling: het verbeteren van doelmatigheidprikkels.

### **7.2.2 Hoe werkt het huidige systeem van normuitkeringen in het ziekenfonds?**

Hier bespreken we in het kort het huidige normuitkeringen-systeem in het ziekenfonds (zie ook VWS, 2002c). In dit verdeelmodel worden verzekeraars vooraf (ex-ante, prospectief) gecompenseerd voor voorspelbare ziektekosten en vinden ook achteraf (ex-post, retrospectief) compenserende maatregelen plaats. De overheid bepaalt jaarlijks op basis van ramingen een

<sup>64</sup> Ook bij het vinden van risicofactoren om bijvoorbeeld te corrigeren voor regionale verschillen is het kernprobleem dat een onderscheid gemaakt moet worden tussen niet beïnvloedbare factoren (zoals vastgoedprijzen of postcodes) en doelmatigheidsverschillen.



macrobudget voor de te leveren verstrekkingen van zorg door ziekenfondsen. Dit wordt ook wel het macro-verstrekkingenbudget genoemd. Naast de bepaling van dit budget bepaalt de overheid ook jaarlijks de wijze waarop dit budget wordt gefinancierd door verzekerden. Een gedeelte van de betalingen door verzekerden geschiedt inkomensafhankelijk en een gedeelte rechtstreeks aan het ziekenfonds via de nominale premie.<sup>65</sup> Ziekenfondsen mogen zelf de nominale premie vaststellen. De nominale premie verschilt per ziekenfonds.

Het budget wordt vervolgens aan de hand van door de overheid vastgestelde risicofactoren verdeeld over de ziekenfondsen; de zogenaamde normuitkeringen. Als risicofactoren worden onderscheiden: leeftijd, geslacht, regio, rechtsgrond en farmaceutische kostengroepen. Verzekeraars met voorspelbaar hogere kosten krijgen dus meer geld toebedeeld dan verzekeraars met voorspelbaar lagere kosten.

In het ziekenfonds vinden daarnaast ook achteraf nog compenserende maatregelen plaats. Het betreft hier ex-post generieke verevening en nacalculatie. Bij ex-post generieke verevening vindt achteraf een algemene verschuiving van middelen plaats van ziekenfondsen met een beter dan gemiddeld budgetresultaat naar ziekenfondsen met een slechter dan gemiddeld budgetresultaat. De overheid bepaalt jaarlijks vooraf via het generieke vereveningspercentage de mate waarin winsten en verliezen onderling door verzekeraars generiek worden verevend. Men onderscheidt voor verschillende zorgcategorieën verschillende vereveningspercentages. Daarnaast is er nog de categorie hoge kosten verevening (HKV). In 2002 kunnen verzekeraars 90% van alle kosten boven 7500 euro per verzekerde aanmelden voor de HKV-pool. De kosten van deze pool worden gelijkelijk omgeslagen over de verzekeraars. Ex-post generieke verevening heeft als voordeel voor de overheid dat het budgetneutraal is. Naast ex-post generieke verevening bestaat er nacalculatie. Bij nacalculatie compenseert de overheid achteraf via extra gelden mogelijke verliezen van verzekeraars. Ook hier kennen we verschillende categorieën en percentages.<sup>66</sup>

### **7.2.3 Wat kost een risico-vereveningssysteem?**

Een systeem van risicoverevening brengt naast eenmalige invoeringskosten onderhoudskosten met zich mee. Iedere periode opnieuw moeten immers de normuitkeringen bepaald worden en daarvoor zijn de meest recente gegevens nodig. Ook het toetsen en perfectioneren van het systeem, bijvoorbeeld door in te spelen op technologische ontwikkelingen of gedragsreacties van verzekeraars of verzekerden, is een continu proces.

De kosten van het jaarlijks onderhoud van risicoverevening wegen wel op tegen de verwachte baten. Een goede graadmeter voor de hoogte van deze kosten zijn de kosten van het systeem van

<sup>65</sup> De verhouding tussen de inkomensafhankelijke premie en de nominale premie is niet van invloed op de mate waarin verzekeraars concurreren (CPB 2001).

<sup>66</sup> In 2002 waren er de categorieën: ziekenhuis vast met een nacalculatiepercentage van 95% en specialistische hulp en ziekenhuis variabel met een percentage van 35% (Vektis 2002).

normuitkeringen in het huidige ziekenfonds. Deze kosten schatten we in tussen de 3 en 7 miljoen euro in het jaar 2001.<sup>67</sup> Nog geen euro per verzekerde. Als men bedenkt wat de mogelijke consequenties van uitgebreide risicoselectie zijn, is dit geen hoge prijs.

Door de invoering van meer concurrentie kunnen de kosten wel toenemen. De verzekeraars zullen zich mogelijk intensiever met de werking van het vereveningssysteem gaan bezighouden waardoor de beheerskosten bij zowel de verzekeraars als overheid kunnen toenemen. De uitvoeringskosten bij de overheid zullen wellicht omhoog gaan omdat de complexiteit zal toenemen. De kosten kunnen echter ook dalen wanneer de huidige trend van fusies tussen verzekeraars voortzet.

#### **7.2.4 In hoeverre lopen ziekenfondsen voorspelbare verliezen?**

Binnen de normen van het ziekenfondspakket mag een verzekerde, ongeacht zijn gezondheidsprofiel, leeftijd, geslacht, regio, etniciteit, life-style etc, zelf zijn eigen zorgaanbieder kiezen, ongeacht de mogelijke verschillen (in prijzen, kwaliteit etc.) die er heersen tussen zorgaanbieders. Er is geen premiedifferentiatie bij de ZFW. Iedere verzekerde, aangesloten bij hetzelfde ziekenfonds, betaalt een gelijke premie. Wil een ziekenfonds geen voorspelbaar verlies lopen op een individuele verzekerde dan dient de risicoverevening voor alle voorspelbare kostenverschillen tussen verzekerden te corrigeren.

Uit data van het CVZ volgt dat sommige ziekenfondsen ook na verrekening van de ex-ante normuitkeringen duurder of goedkoper uit waren dan andere ziekenfondsen. Een mogelijke reden zijn verschillen in doelmatigheid of service tussen ziekenfondsen of de wijze waarop ziekenfondsen zich inspannen voor het wegwerken wachtlijsten. Een verklaring lijkt echter ook te zijn dat het systeem van risicoverevening tot op zekere hoogte imperfect is.<sup>68</sup> Dit zou betekenen dat de gehanteerde risicofactoren nog onvoldoende corrigeren voor “voorspelbare kostenverschillen” tussen verzekerden. Hier zijn twee mogelijke redenen voor aan te wijzen:

- (a) De gehanteerde risicofactoren voorspellen slechts een gedeelte van de voorspelbare variatie in kostenverschillen tussen ziekenfondsen.
- (b) Door praktische uitvoeringsproblemen, zoals het ramen van ziektekosten, worden additionele fouten geïntroduceerd.

Op beide aspecten wordt in de volgende paragraaf uitgebreider ingegaan.

<sup>67</sup> De jaarlijkse kosten zijn als volgt grof ingeschat: personele kosten bij VWS (2-4 fte), personele kosten bij ZN (2-4 fte), personele kosten bij CVZ (4-6 fte), personele kosten VEKTIS (1-3) fte, kosten door onderzoeksbureau als Prismant, iBMG, etc. voor aanpassing risicoverevening-systeem (4-6 ton euro), gemiddeld per ziekenfonds 1-2 fte (totaal ca.: 30-60 fte). Per fte wordt vervolgens een bedrag van 80.000 euro gerekend.

<sup>68</sup> Sommige ziekenfondsen kunnen, bijvoorbeeld door een erfenis uit het verleden, een zeer ongunstig verzekerdenbestand hebben. Zie Schut (1995) voor een historisch overzicht van de markt voor ziekenfondsen.

## 7.3 Het systeem van normuitkeringen: problemen en oplossingen

Het ligt voor de hand dat het systeem van normuitkeringen in het ziekenfonds ook als uitgangspunt dient voor het nieuwe stelsel. In deze paragraaf gaan we nader in op het huidige systeem van normuitkeringen. We traceren mogelijk problemen en schetsen oplossingen. In 7.3.1 en 7.3.2 gaan we eerst nader in op de ex-ante normuitkeringen die ziekenfondsen vooraf ontvangen. In 7.3.3 gaan we daarna verder met de correctiemechanismen die achteraf plaatsvinden in het ziekenfonds, oftewel de ex-post compensaties.

### 7.3.1 De gehanteerde risicofactoren: hoe staan we er voor?

Sinds de ingebruikname van het vereveningssysteem, in 1993, is het systeem voortdurend verbeterd en werden nieuwe risicofactoren aan het voorspelmodel toegevoegd. Inmiddels bestaan voor de ex-ante normuitkeringen de risicofactoren uit geslacht, leeftijd, verzekeringsgrond, regiofactor en farmacie kosten groepen (FKG's).

In een empirische analyse betrekking hebbende op een databestand van één verzekeraar komen Lamers et.al. (1999) tot de conclusie dat op basis van bovengenoemde risicofactoren bijna 20% van de variatie in individuele ziektekosten kan worden voorspeld.<sup>69</sup> De auteurs geven een maximum aan van bijna 50%.<sup>70</sup> Dit zou er dus op neerkomen dat met het huidige systeem van normuitkeringen ongeveer 40% van de voorspelbare variatie in individuele ziektekosten kan worden voorspeld. Het huidige systeem van risico-verevening is dus imperfect.

Aangezien het maximum ruimschoots niet gehaald wordt en individuele historische kosten niet worden meegenomen is er dus ruimte voor een verzekeraar om een tijdreeks-analyse op microniveau uit te voeren voor verzekerden die al meerdere jaren zijn verzekerd.<sup>71</sup> Daaruit valt af te leiden welke verzekerden “structureel verliesgevend” zijn. In het huidige stelsel is het voor een ziekenfonds relatief eenvoudig om op basis van individuele historische kosten van ziekte uit het verleden voor sommige verzekerden de verwachte kosten beter te voorspellen dan het systeem van normuitkeringen.<sup>72</sup>

<sup>69</sup> Wanneer daarnaast individuele historische kosten zouden worden meegenomen dan zou bijna 30% van de variatie voorspeld kunnen worden. Om redenen echter zoals genoemd in 7.2.1 worden individuele historische kosten momenteel niet opgenomen in het systeem van normuitkeringen.

<sup>70</sup> In de wetenschappelijke literatuur is er veel discussie over dit maximum. Het genoemde maximum komt ook overeen met andere (voornamelijk Amerikaanse) studies (zie Van de Ven en Ellis, 2000).

<sup>71</sup> Zie Lamers et. al. (1999). Ook kunnen verzekeraars op basis van socio-economische factoren van verzekerden, zoals roken, beroepsgroep, inkomen, afkomst etc.. mogelijk profijtelijke ziekenfondsverzekerden selecteren.

<sup>72</sup> Shen en Ellis (2001b) vinden eenzelfde resultaat. Ze testen enkele geavanceerde systemen van risicoverevening. Maar ook uit hun studie blijkt dat verzekeraars deze systemen kunnen verslaan en significante winsten zouden kunnen maken wanneer ze de instrumenten voor risicoselectie, zoals het vooraf verwijderen van ongunstige verzekerden uit hun bestand, zouden mogen gebruiken.

In hoeverre dit een probleem is in de praktijk blijft de vraag. Het is in ieder geval wel een bron voor mogelijke risicoselectie. Wanneer er in het nieuwe stelsel meer concurrentie van de grond komt kan het bovendien leiden tot ongewenste faillissementen van verzekeraars en/of allocatieve verstoringen (zie ook 7.2.1.). Het kan echter ook een bron zijn voor participerende verzekeraars om op basis van deze gegevens verbeteringen aan te dragen. Immers verzekeraars die kunnen aantonen dat ze benadeeld worden met het risico-vereveningssysteem ten opzichte van andere verzekeraars kunnen dit aankaarten bij een onafhankelijke commissie.<sup>73</sup> Wanneer de klacht van de benadeelde verzekeraar terecht wordt bevonden kan dit eventueel leiden tot een aanpassing en daardoor verbetering van het systeem van normuitkeringen. Ook kunnen verzekeraars zich op bepaalde ziektebeelden specialiseren.

Substantiële verbeteringen zijn denkbaar wanneer meer inzicht komt in de werkelijke ziektekosten die voor verzekerden worden gemaakt. In de toekomst zijn nog toevoegingen te verwachten van Diagnose Kosten Groepen (DKG), waarbij diagnose-informatie gebruikt wordt van ziekenhuisopnamen, en algemene gezondheidsindicatoren die kunnen verkregen worden uit gezondheids-enquêtes.<sup>74</sup> Ook kan hier de geplande invoering van DBC's een belangrijke rol gaan spelen. De voorspelkracht kan echter ook afnemen wanneer in het nieuwe stelsel variatie in individuele ziektekosten toeneemt. Dit kan bijvoorbeeld komen door een toename van de concurrentie, bijvoorbeeld doordat prijsverschillen tussen zorgaanbieders sterker gaan variëren. Ook kan de samenvoeging van particuliere en ziekenfondsverzekerden de voorspelkracht van het systeem van risicoverevening beïnvloeden.<sup>75</sup>

Hoewel Nederland, internationaal gezien, wat betreft het aantal risicofactoren die worden opgenomen in het vereveningssysteem, voor ligt op veel andere landen, zijn er waarschijnlijk nog verbeteringen mogelijk in de toekomst.<sup>76</sup> Belangrijk is dat de overheid hier continu de vinger aan de pols houdt. Eveneens is het van belang dat verzekeraars voldoende inspraak krijgen in het aandragen van nieuwe risicofactoren.<sup>77</sup>

<sup>73</sup> In het huidige ziekenfonds vervult het CVZ deze rol.

<sup>74</sup> Bij de introductie van DBC's ontstaan er in de toekomst wellicht mogelijkheden voor het vinden van morbiditeitsindicatoren (CVZ 2001a). Het iBMG is inmiddels een onderzoek gestart naar het mogelijke gebruik van indicatoren die afkomstig zijn uit gezondheidsenquêtes

<sup>75</sup> Gemiddeld gezien zijn particuliere verzekerden (hoge inkomens) over het algemeen goedkoper dan ziekenfondsverzekerden (lage inkomens).

<sup>76</sup> Een overzicht van systemen van risicoverevening voor 11 landen wordt gegeven in Van de Ven en Ellis (2000). Veel systemen kennen slechts leeftijd en geslacht als risicofactoren. Daar komt bij dat in veel landen individuele persoonskarakteristieken van de consument in combinatie met individuele ziektekosten vaak niet beschikbaar zijn.

<sup>77</sup> Momenteel lijkt er voldoende inspraak aanwezig voor verzekeraars, binnen Zorgverzekeraars Nederland, via de Werkgroep ontwikkeling Verdeelmodel (WOVM) en het CVZ.

### 7.3.2 Praktische uitvoering: de ex-ante normuitkeringen

In de vorige paragraaf hebben we gezien dat het systeem van risicoverevening ongeveer 40% van de voorspelbare variatie in individuele kostenverschillen kan corrigeren. Dit percentage volgt echter uit een theoretische exercitie waarin de werkelijke kosten van verzekerden reeds bekend waren. In de praktijk worden de totale ziektekosten vooraf geraamd. Een belangrijk element hierbij is de raming van met macro-verstrekkingenbudget (zie 7.2.2).

Uit CVZ-data volgt dat de ex-ante normuitkeringen voor de meeste ziekenfondsen in 1995-2000 beduidend lager waren dan de uiteindelijk gemaakte ziektekosten. Dit suggereert dat de raming van het macro-verstrekkingenbudget te laag is uitgevallen. Het probleem van te lage ramingen is niet zozeer gelegen in het feit dat verzekeraars onvoldoende inkomsten genereren, daarvoor is immers de nominale premie, maar dat bij de verdeling over ziekenfondsen mogelijk niet meer correct gecorrigeerd wordt met betrekking tot de gehanteerde risicofactoren voor voorspelbare verschillen in populaties tussen verzekeraars.<sup>78</sup> Uit het kader: “De ex-ante normuitkeringen: de praktische uitvoering”, volgt dat in de jaren 1995-2000 de factor leeftijd vermoedelijk niet helemaal adequaat heeft gecompenseerd voor voorspelbare ziektekosten, met betrekking tot leeftijd, tussen verzekeraars.<sup>79</sup> Mogelijk valt daardoor de bovengenoemde 40% in de praktijk nog lager uit.

Een mogelijke reden voor de te lage ramingen kan ook gelegen zijn in de koppeling tussen het macro-verstrekkingenbudget en het BKZ (Budgettaire Kader Zorg), waarin naast ziektekosten ook budgettaire aspecten van de overheid een rol spelen. Voor het nieuwe stelsel lijkt het van groot belang dat de ramingen onafhankelijk zijn en los staan van budgettaire overwegingen.

Een interessante beleids optie is om de ex-ante normuitkeringen achteraf te corrigeren wanneer de werkelijke uitgaven voor ziektekosten bekend zijn. De mogelijke fout die geïntroduceerd wordt door een verkeerde raming van het macro-verstrekkingenbudget wordt daarmee rechtgezet. Een mogelijk nadeel is dat het bedrijfsresultaat van verzekeraars pas in een later stadium bekend wordt en ook gedeeltelijk afhangt van de kosten bij concurrerende verzekeraars.<sup>80</sup>

<sup>78</sup> Neem als voorbeeld een budget van 1000 euro dat verdeeld moet worden tussen een slecht risico met kosten 800 euro en een goed risico met kosten 200 euro. De ideale verdeelsleutel is hier 8/10 versus 2/10. Stel nu dat de minister nu niet een bedrag voor de ziektekosten raamt van 1000 euro maar een bedrag 800 euro. Voor het slechte risico ontvangt de verzekeraar dan 640 euro en het goede risico 160 euro. In dit voorbeeld zijn bij een te lage raming de extra absolute kosten die een verzekeraar zelf moet maken dus hoger voor een slecht risico.

<sup>79</sup> In de praktijk wordt de fout die gemaakt wordt door deze te lage inschatting weer enigszins gecorrigeerd door de ex-post verevening.

<sup>80</sup> In een particuliere verzekering met commerciële verzekeraars kan achteraf corrigeren overigens wel in strijd zijn met het internationaal recht (Drijber en de Groot, 2002).



### 7.3.3 **Andere oplossingen voor voorspelbare ongunstige risico's**

Hoewel verbeteringen in het systeem van ex-ante normuitkeringen welkom zijn zal er altijd een bepaalde mate van imperfectie blijven bestaan. In het huidige ziekenfonds wordt daarom risicodeling toegepast: achteraf vinden er compenserende maatregelen plaats via nacalculatie, generieke verevening en de HKV. Het probleem van deze opties is, zoals eerder gezegd, dat het de prikkels voor doelmatigheid verkleint.<sup>82</sup> De afweging die hier een belangrijke rol speelt is equivalentie versus doelmatigheid of ook wel risicoselectie versus doelmatigheid genoemd (Newhouse, 1996). De risico's die in aanmerking komen voor risicodeling zijn meestal de risico's met de hoge ziektekosten. Eigenlijk is het ongewenst om hier juist risicodeling voor toe te passen aangezien deze categorie van risico's juist de aangewezen categorie lijkt om de meeste doelmatigheid bij te behalen.

Is het mogelijk om betere oplossingen te vinden dan het huidige systeem van nacalculatie, generieke verevening en HKV? Zijn er oplossingen waarbij de prikkels voor doelmatigheid toenemen maar waarbij het equivalentieprincipe (of de onaantrekkelijkheid van risicoselectie) niet of nauwelijks worden aangetast?

#### **Opties voor risicodeling van ongunstige risico's**

Naast nacalculatie, generieke verevening of HKV zijn andere constructies mogelijk voor het probleem van voorspelbare ongunstige risico's. Welke constructie men ook kiest, het komt er steeds op neer dat de populatie wordt opgesplitst in twee groepen verzekerden. Eén eerste groep verzekerden waarop het ex-ante systeem van risicoverevening wordt toegepast, waarbij verzekeraars dus volledig risicodragend zijn, en een tweede groep verzekerden, de ongunstige risico's, waarvoor ze niet, of in mindere mate, risicodragend zijn.

Van Barneveld (2000) en Van Barneveld *et. al.* (2001) geven aan dat er naast de huidige Wtz en HKV-achtige constructies een gunstigere variant mogelijk is, namelijk hoge risico verevening (HRV). In plaats van de hoge risico's achteraf te selecteren, zoals bij de HKV, lijkt het gunstiger om verzekeraars zelf vooraf verzekerden te laten selecteren voor de tweede groep. Omdat verzekeraars zelf vooraf mogen kiezen zullen zij vooral die verzekerden kiezen die voorspelbaar ongunstig zijn. Bij het vooraf kiezen zal de verzekeraar dus in de praktijk informatie gebruiken die niet in de normuitkeringen zit opgesloten. Voor deze tweede groep vindt er dan achteraf, voor een bepaald percentage, generieke kostenverevening plaats.

CVZ(2001a) vindt dat nacalculatie is te prefereren boven generieke kostenverevening. Hoewel het theoretisch niet evident is zou in de praktijk generieke verevening achteraf de werking van het gehele systeem, en met name de bevordering van de doelmatigheid, belemmeren. De argumenten van CVZ lijken echter voornamelijk uitvoeringstechnisch van aard

<sup>82</sup> Merk overigens op dat op de huidige particuliere markt ongunstige risico's in de Wtz terechtkomen; voor deze risico's ondervinden verzekeraars helemaal geen prikkels tot doelmatigheid.

en komen overeen met de nadelen die genoemd zijn bij het achteraf corrigeren van de normuitkeringen (zie 7.3.2).

#### **Een apart systeem van risicoverevening voor ongunstige risico's**

Omdat ongunstige risico's hoge kosten met zich meebrengen lijkt deze groep risico's bij uitstek geschikt om de prikkels voor doelmatigheid zo groot mogelijk te houden. In plaats van het toepassen van correctiemechanismen achteraf kan voor deze groep ongunstige risico's ook een apart ex-ante systeem van risicoverevening worden opgericht (Luft et al.(2002) en Dudley et al. (2002)). Dit systeem zal moeten worden afgestemd op de kenmerken van ongunstige risico's; risico's met veelal vooraf voorspelbare chronische ziektes waarvan de kosten en vooral ook de variaties in de kosten hoog kunnen zijn. Een voorbeeld is hier HIV; voor sommige patiënten kunnen de kosten van de behandelmethoden oplopen tot 50.000 euro, terwijl andere patiënten voor nog geen tiende van dit bedrag behandeld kunnen worden.

Het door Luft et al.(2002) en Dudley et. al. (2002) voorgestelde systeem wijkt in die zin af van het huidige ex-ante systeem van normuitkeringen dat het gaat om andere variabelen en andere observatietijden. De gebruikte variabelen betreffen karakteristieken die direct met het ziektebeeld te maken hebben. Het observeren en verzamelen van deze variabelen vindt plaats gedurende de behandeling. De frequentie van de observatietijden is bijvoorbeeld dagelijks, in plaats van jaarlijks, zoals in het huidige systeem van normuitkeringen.

Voor dit systeem zijn kwalitatief goede, medisch-inhoudelijke, gedetailleerde data nodig. Deze data zijn voor meerdere doeleinden bruikbaar. Specialisten kunnen de data gebruiken voor informatievoorziening en het verbeteren van de behandelmethoden. Voor patiënten kunnen de data nuttig zijn als informatiebron (uitwisseling ziektegegevens en de behandelmethoden) en voor het kiezen van een specialist. De vergoeding van de specialist kan geschieden door een onafhankelijke instantie op basis van deze gedetailleerde informatie.

Het is de moeite waard om bovenstaande alternatieven nader te onderzoeken. Bestaand onderzoek toont aan dat de doelmatigheidprijkkels van verzekeraars kunnen worden verhoogd zonder dat het al te zeer lijkt in te grijpen op de risicosolidariteit en equivalentie aspecten.

## **7.4 Risicoverevening in het nieuwe stelsel**

Ten opzichte van het huidige ziekenfonds zullen de mogelijkheden voor risicoselectie toenemen (zie paragraaf 7.1.3.). Welke additionele consequenties heeft de invoering van het nieuwe stelsel voor het systeem van risicoverevening?



#### 7.4.1 Er moeten nog enkele belangrijke keuzes gemaakt worden

In eerste instantie is het ex-ante systeem van normuitkeringen in het ziekenfonds bedoeld om te corrigeren voor systematische verschillen in voorspelbare ziektekosten tussen verzekeraars. Het verdeelmodel heeft daardoor alleen betrekking op verstrekkingen die in het basispakket worden opgenomen en alleen hiervoor bestaat dus risico-solidariteit voor verzekerden. Enkele belangrijke keuzes die nog gemaakt moeten worden zijn:

##### **Op welke aspecten is risico-solidariteit gewenst?**

Zoals reeds eerder in dit hoofdstuk ter sprake is gekomen is een eerste belangrijke vraag voor beleidsmakers of men in het nieuwe stelsel een brede omvang van de risico-solidariteit wenst tussen verzekerden of dat men alleen solidariteit wenst op een beperkt aantal factoren. Direct hieraan gerelateerd is de volgende vraag:

##### **Dient een bepaalde vorm van premiedifferentiatie te worden ingevoerd?**

Hoewel premiedifferentiatie niet wordt genoemd in Vraag aan Bod, is het wel een additioneel instrument voor verzekeraars om de premie beter af te stemmen op het risico. De noodzaak hiervoor neemt toe naarmate de omvang van solidariteit afneemt.

Premiedifferentiatie heeft echter ook nadelen, bijvoorbeeld naar welke kenmerken moet en mag het gebeuren? Het maakt de markt minder transparant en vermindert de risico-solidariteit. Wel is het zo dat hier een politieke keuze aan ten grondslag ligt: premiedifferentiatie lijkt bijvoorbeeld beter te passen in een private dan in een sociale verzekering.<sup>83</sup>

##### **Welke ziektekosten komen in aanmerking voor risicoverevening?**

Uitgaande van Vraag aan Bod bestaat het basispakket uit één pakket van zorg. De verzekeraar bezit echter de mogelijkheid om binnen dit basispakket keuzemogelijkheden/verschillen aan te brengen. Zo heeft de verzekeraar de mogelijkheid om de consument, binnen het basispakket, te laten kiezen uit “preferred provider” arrangementen, verschillen in eigen risico's, collectieve contracten en mogelijk ook verschillende invullingen van de functionele zorgaanspraken. Op welke optie(s) dient het systeem van risicoverevening echter gebaseerd te zijn? Dient het systeem van risicoverevening verschillen in voorspelbare kosten te vergoeden van een bepaald “preferred provider” arrangement, met de goedkoopste invulling van een functionele zorgaanspraak en het laagste eigen risico?

In het vervolg gaan we nader in op de gevolgen voor het systeem van risicoverevening met betrekking tot nieuwe elementen als eigen risico's, preferred provider arrangementen,

<sup>83</sup> Volgens de landsadvocaat is premiedifferentiatie (bijvoorbeeld naar woonplaats) moeilijk verenigbaar met een stelsel van sociale zekerheid (Drijber en de Groot, 2002).

functionele zorgaanspraken en wachtlijsten. Eerst gaan we kort in op het belang van het verzamelen van data.

#### 7.4.2 **Opbouwen van informatiebestanden**

Het is van groot belang voor het nieuwe stelsel dat zo snel mogelijk betrouwbare informatiebestanden over verzekerden worden opgebouwd. De huidige ziekenfondsen hebben er zo'n 5 tot 10 jaar over gedaan om uiteindelijk jaarlijks voor de gehele markt bestandsinformatie op individueel niveau te kunnen leveren. Het is belangrijk dat deze data ook over de particuliere verzekerden beschikbaar komen. Het nieuwe systeem van risicoverevening is immers van toepassing op alle verzekerden/burgers. Dit aspect verdient hoge prioriteit omdat zonder deze informatie het systeem van risicoverevening niet van de grond komt.

De volledige ziektekosten van de huidige particuliere verzekerden zijn bijvoorbeeld, vanwege het bestaan van eigen risico's, niet altijd bekend bij particuliere verzekeraars en daardoor moeilijk te achterhalen. Het is daarom van groot belang dat de inrichting van het nieuwe stelsel zodanig wordt vormgegeven dat alle informatie over ziektekosten in principe gebruikt kan worden bij het systeem van risicoverevening.

#### 7.4.3 **Eigen risico's**

Welke keuzes heeft de consument met betrekking tot het eigen risico binnen het basispakket en wat zijn de voor- en nadelen van keuzevrijheid bij eigen risico's?

iBMG(2002) stelt: "...logisch en rechtvaardig om degenen die vanwege een vrijwillig verhoogd eigen risico naar verwachting een hoog (resp. laag) bedrag zelf uit eigen portemonnee moeten betalen, ook een hoge (resp. lage) premiekorting te geven.." en "...Uit oogpunt van transparantie is het daarom wenselijk om de hoogte van de toegestane eigen risico bedragen te uniformeren en het aantal te kiezen eigen risico bedragen sterk te beperken (bijvoorbeeld tot één of twee niveau's). Daarnaast dienen de risicoklassen waarop premiekortingen betrekking hebben, te worden gestandaardiseerd.....".

Een grote variatie in het aanbod van eigen risico's heeft nadelen. Zo wordt het uitvoeringstechnisch gezien complexer, de transparantie van de markt neemt af en er bestaat het risico van *adverse selection*.

Een uitgangspunt voor risicoverevening is om de ex-ante normuitkeringen te baseren op het laagste (verplichte) eigen risico.<sup>84</sup> Kostenbesparingen door hogere eigen risico's komen dan tot uiting in een lagere nominale premie bij die verzekerden. De precieze kostenbesparing hangt dan af van de hoogte van het eigen risico en eventueel van het type risico van de verzekerde. Bij eigen risico's per verzekerde tot 300 euro speelt *adverse selection* in mindere mate een rol,

<sup>84</sup> Analoog aan de SER(2000).

waardoor de premiekorting voor iedere verzekerde gelijk kan zijn.<sup>85</sup> Pas bij (veel) hogere eigen risico's bestaat het gevaar voor *adverse selection*. Mensen met een gemiddelde of slechte gezondheid zullen immers vaker voor een laag eigen risico kiezen. Om *adverse selection* tegen te gaan bestaat de mogelijkheid om de premiekorting te laten verschillen tussen verzekerden. Om de transparantie te waarborgen stelt iBMG(2002) voor om deze premiekortingen te standaardiseren en te beperken tot enkele risicoklassen. *Adverse selection* kan dan nog optreden als verzekerden meer informatie hebben dan in de premiekortingen zit opgesloten.<sup>86</sup>

De wens van het iBMG is om het aantal eigen risicoklassen flink te beperken: tot één of twee eigen risico's. Dit roept de vraag op wat de reden is van keuzevrijheid voor verschillende eigen risico's. Wanneer het belangrijkste doel van een eigen risico het tegengaan van *moral hazard* is dan kan in principe met één eigen risico worden volstaan. Dit eigen risico dient dan wel voldoende hoog te zijn om *moral hazard* tegen te gaan. Het antwoord risico-aversie lijkt een bescheiden rol te spelen omdat het om relatief kleine bedragen gaat. Immers, gemiddeld gezien, ontvangt een verzekerde weliswaar meer premiekorting bij een hoger eigen risico, maar zijn de verwachte eigen betalingen aan zorg ook navenant hoger.

Concluderend lijkt het zinvol om een zeer beperkt aantal eigen risicoklassen in te voeren. Er is een afruil: meer klassen betekent hogere uitvoeringskosten, minder transparantie en mogelijk *adverse selection*, maar wel meer keuzevrijheid. Waar het optimum ligt is moeilijk te zeggen. Zelfs met één eigen risico, mits hoog genoeg, kan *moral hazard* worden teruggedrongen.

#### **7.4.4 Functionele zorgaanspraken en preferred provider arrangementen**

Bij verschillende invullingen van functionele zorgaanspraken ligt het voor de hand dat in het systeem van risicoverevening rekening wordt gehouden met de goedkoopste noodzakelijke invulling (zie VWS, 2002a). Invullingen van functionele zorgaanspraken die duurder zijn dienen in de opslagpremie van de nominale premie terecht te komen en dus buiten de collectieve lasten te vallen. Een noodzakelijke voorwaarde hiervoor is wel dat er voldoende informatie bestaat omtrent de goedkoopste noodzakelijke invulling en de daarmee gepaard gaande kosten. CVZ (2001a) lijkt nogal kritisch ten aanzien van de praktische haalbaarheid over de invoering van een pakket- en polisdifferentiatie: “.....is dan wel nodig de inspanningen rond het verdeelmodel te intensiveren. Dit kan aanmerkelijke gevolgen hebben voor de informatievoorziening rond het systeem van de verzekeraarsfinanciering, hetgeen de vraag oproept in hoeverre de theoretische haalbaarheid ook kan worden vertaald in een praktisch haalbaar systeem van verzekeraarsfinanciering.”

<sup>85</sup> 300 euro komt ongeveer overeen met de normuitkering die ziekenfondsen in 2003 ontvangen voor de goedkoopste risicoklasse.

<sup>86</sup> Informatie asymmetrie blijft zelfs bij perfecte risicoverevening/premiekortingen bestaan. Bepaalde private informatie, zoals bijvoorbeeld het besluit tot het krijgen van een kind, zal altijd buiten de risicoverevening blijven.

In de theoretische literatuur is er momenteel veel aandacht voor de wijzen hoe verzekeraars kunnen inspelen op imperfecte systemen van risicoverevening.<sup>87</sup> Glazer en McGuire (2000) geven in een theoretisch voorbeeld, bij een imperfect systeem van normuitkeringen en onvoldoende monitoring van de kwaliteit, aan hoe verzekeraars prikkels krijgen om op de kwaliteit van behandelingen in hun polis te beknibbelen. Interessant is de oplossing die Glazer en McGuire (2002) hiervoor geven. Ze stellen voor om niet meer te werken met de gemiddelde kosten per risicoklasse, zoals het geval is in het huidige systeem van normuitkeringen, maar om aan risicoklassen met veel voorkomende behandelingen lagere normuitkeringen toe te kennen. Bij deze behandelingen zullen verzekeraars in de polis niet op de kwaliteit beknibbelen omdat alle verzekerden, ook uit andere risicoklassen, deze behandelingen nodig hebben. Het geld dat hiermee bespaard wordt kan gebruikt worden om risicoklassen met relatief meer dure behandelingen hogere normuitkeringen toe te kennen. Verzekeraars hebben daardoor minder prikkels om op duurdere behandelingen te beknibbelen in de polis. Het verdient de aandacht om te bezien of deze nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen ook bruikbare opties opleveren voor de praktijk.

Voorlopig lijkt het raadzaam om te monitoren. Wanneer verzekeraars veel gebruik gaan maken van functionele zorgaanpakken en preferred provider arrangementen is wellicht toezicht noodzakelijk om te bezien of verzekeraars ze ook als instrument voor risicoselectie gaan gebruiken.

#### **7-4-5 Loslaten BKZ en wachtlijsten.**

In het huidige risico-vereveningssysteem is de hoogte van het macro-verstrekkingsbudget sterk gekoppeld aan het budgettair kader van de zorg (BKZ). Het ligt voor de hand dat een correcte raming van het macro-verstrekkingsbudget moeilijker wordt wanneer het BKZ wordt losgelaten. De nieuwe ramingen worden ook bemoeilijkt door het bestaan van wachtlijsten. Dienen de wachtlijsten bij de nieuwe raming allemaal te worden weggewerkt? Moet er bij de raming van macro-verstrekkingsbudget in het nieuwe stelsel vanuit worden gegaan dat alle wachtlijsten worden opgelost, of juist niet? En wat heeft een dergelijke beslissing voor gevolgen voor de prikkelstructuur en mogelijke winsten van een verzekeraar?

Zonder op dergelijke complicaties in te gaan beveelt iBMG(2002) aan om niet te wachten met de invoering van gereguleerde concurrentie tot de wachttijden zijn gereduceerd. iBMG(2002) stelt dat het reduceren van de wachttijden in het huidige stelsel wel eens erg duur kan zijn omdat het kan leiden tot ongewenste overcapaciteit wanneer gereguleerde concurrentie wordt ingevoerd.

Het lijkt gewenst om wachtlijstbemiddeling naast prijs als concurrentieparameter op te nemen in het basispakket. Zo zijn er nu al zorgverzekeraars die een maximum wachttijd

<sup>87</sup> Zie bijvoorbeeld ook Glazer en McGuire (2002), Shen en Ellis (2001A) en Eggleston (2001a).

garanderen. Onafhankelijke instanties, als de Consumentenbond, zouden dit steekproefsgewijs kunnen controleren en zorgverzekeraars kunnen vergelijken op basis van de maximum wachttijden die zij garanderen. De afweging die hier wel nog een rol speelt is of de overheid maximum wachttijden in het basispakket moet specificeren. Hoewel de voordelen duidelijk zijn, zijn er ook nadelen aan verbonden. Hoe hoog worden de maximale wachttijden, wanneer is er in de praktijk sprake van een overschrijding en wat zijn de sancties bij een mogelijke overschrijding?

## 7.5 Conclusies

In vergelijking met de huidige particuliere markt is de verwachting dat risicoselectie zal afnemen in het nieuwe stelsel. Ten opzichte van de huidige ziekenfondsmarkt worden er echter nieuwe mogelijkheden voor verzekeraars gecreëerd om te selecteren op risico's. Om dit tegen te gaan is een adequaat systeem van risicoverevening nodig. Nederland heeft al een verfijnd vereveningsstelsel, maar juist in het licht van de nieuwe mogelijkheden zijn verdere aanscherpingen wenselijk.

Het systeem van risicoverevening dient twee doelen: (1) een bepaalde mate van risicosolidariteit tussen verzekerden, (2) een bepaalde mate van equivalentie tussen verzekerden. Daarnaast moet de verevening niet ten koste gaan van doelmatigheid (sprinkels).

Voor de inrichting van een nieuw systeem van risicoverevening zullen eerst enkele belangrijke politieke keuzes moeten worden gemaakt: Willen we risicosolidariteit voor leeftijd, gezondheid of voor ziektekosten? Wat wordt de precieze omschrijving van het basispakket? De antwoorden op deze vragen zijn medebepalend voor het bereiken van bovenstaande doelen. Maar ook los daarvan is er een flink aantal interessante beleidsalternatieven voor handen.

- De ex-ante normuitkeringen zouden achteraf moeten worden gecorrigeerd voor een verkeerde raming van het macro-verstrekkingenbudget.
- Hoge risico verevening (HRV) lijkt een beter alternatief dan de huidige hoge kosten verevening (HKV) in het ziekenfonds en de Wet toegang ziektekostenverzekering (WTZ) in de particuliere verzekering. HRV lijkt tot een betere balans te leiden tussen het verminderen van de prikkel voor risicoselectie en het zoveel mogelijk behouden van de prikkel tot doelmatigheid.
- De oprichting van een apart systeem van risicoverevening of financiering voor chronisch zieken verdient nadere bestudering. Deze groep verzekerden brengt hoge kosten met zich mee en dat maakt het juist interessant om hier de sprinkels voor doelmatigheid te vergroten.
- Verzekeraars dienen voldoende inspraak te behouden in het nieuwe systeem van risicoverevening.

- Het verzamelen van adequate data voor alle verzekerden/burgers op individueel niveau verdient hoge beleidsprioriteit. Bij het samenvoegen van de particuliere markt en ziekenfondsmarkt is het van groot belang dat deze data ook over de particuliere verzekerden beschikbaar komen.
- In het basispakket kunnen verzekeraars ook wachttijden specificeren. Naast prijs kunnen wachttijden dan als concurrentieparameter fungeren. De overheid kan maximale wachttijden vastleggen om zorgkwaliteit te borgen.
- Wanneer de politiek er voor kiest om de omvang van risicosolidariteit te beperken, is premiedifferentiatie, naar bepaalde criteria, een logisch gevolg. De verzekeraar kan dan de premie beter afstemmen op het risico.
- Vanwege uitvoeringsproblemen, het verlies aan transparantie en *adverse selection* is een sterke beperking van de keuzevrijheid in het aantal eigen risico's wenselijk. Een mogelijke optie is zelfs om alleen één verplicht eigen risico in te voeren. Dit vereist wel dat die dan hoog genoeg is om *moral hazard* terug te dringen.

## 8 Risico's voor kwaliteit van zorg bij gereguleerde concurrentie

### 8.1 Inleiding

Concurrentie kan zowel gunstige als ongunstige effecten hebben op de kwaliteit van zorg. Dit hoofdstuk gaat vooral over mogelijke ongunstige effecten, dat wil zeggen risico's voor de kwaliteit en hoe deze kunnen worden tegengegaan.

Kwaliteitsrisico's door concurrentie kunnen zich voordoen omdat er informatieproblemen zijn.<sup>88</sup> Deze problemen spelen ook in de huidige situatie een rol, omdat de kwaliteit van zorg op een aantal aspecten moeilijk te meten is. Denk bijvoorbeeld aan het verschijnen van slecht functionerende en presterende artsen. Voor de patiënt/consument is het heel moeilijk om hier inzicht in te krijgen. Bij concurrentie ontstaat een nieuwe prikkel die kwaliteitsproblemen kan verergeren. Een hogere kwaliteit zal in een aantal gevallen meer geld kosten, waardoor het moeilijker wordt om op prijs te concurreren, terwijl het ook moeilijk kan zijn om aan te tonen dat de kwaliteit echt beter is. Aan de andere kant kan bij concurrentie ook de prikkel toenemen om de kwaliteit te meten. Het uiteindelijke resultaat hangt van het samenspel van verschillende krachten af.

We concentreren ons in dit hoofdstuk op één aspect van de kwaliteit, de medisch inhoudelijke kwaliteit, omdat de andere aspecten transparanter zijn en dus minder problemen opleveren. Daarnaast gaan we in een kader in op de effecten die de stelselherziening kan hebben op preventie. Daarbij gaat het dan vooral om individuele preventie, die niet los gezien kan worden van de curatieve zorg. De focus van dit hoofdstuk is analytisch logisch (wat zijn de risico's?) en betekent niet dat er geen oog is voor andere aspecten van de relatie tussen concurrentie en kwaliteit.

Voor de definitie van kwaliteit van zorg baseren we ons op de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwz). Artikel 2 van deze wet luidt:

*De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.*

Kwaliteit heeft volgens de Kwz dus de aspecten doeltreffendheid, doelmatigheid en patiënt-gerichtheid. Doeltreffendheid of effectiviteit heeft te maken met het behalen van doelstellingen die het beleid heeft voor de zorg, zoals een verlenging van de gezonde levensverwachting. Om na te gaan of de zorg effectief is, kan bijvoorbeeld worden gekeken of de

<sup>88</sup> Zie hiervoor ook hoofdstuk 4 over transparantie.

CVA-zorg<sup>89</sup> voldoet aan een stelsel van 20 criteria dat daarvoor is opgesteld. In dit rapport duiden we dit begrip aan als 'medisch inhoudelijke kwaliteit'. Doelmatigheid wordt in economische redeneringen in het algemeen niet als onderdeel van het kwaliteitsbegrip gezien. Daarom wordt in dit hoofdstuk verder niet ingegaan op doelmatigheid. Patiënt-gerichtheid betreft het inspelen op de voorkeuren van de consument, bijvoorbeeld het diagnostisch proces zodanig organiseren dat de patiënt zo min mogelijk naar het ziekenhuis hoeft te komen. Een toename van concurrentie zal naar verwachting leiden tot een grotere patiënt-gerichtheid van de zorg als een manier om meer verzekerden of patiënten te trekken. De patiënt-gerichtheid is daarom geen punt van zorg. Bovendien zullen de patiënten deze zonder veel problemen in de gaten kunnen houden. Vandaar dat we ons in dit hoofdstuk over risico's concentreren op de medisch inhoudelijke kwaliteit van de zorg.

Het effect van concurrentie op verschillende aspecten van de medisch inhoudelijke kwaliteit kan zowel positief als negatief zijn. Het is mogelijk dat zorgaanbieders op medisch inhoudelijke kwaliteit gaan concurreren, om meer patiënten te trekken. Als patiënten (of zorgverzekeraars) de kwaliteit gemakkelijk kunnen beoordelen en daar ook waarde aan hechten, is dit zelfs zeer waarschijnlijk. Echter, het is in veel gevallen moeilijk voor patiënten en hun zorgverzekeraars om de medisch inhoudelijke kwaliteit van de zorg te beoordelen. De vraag is daarom hoe waarschijnlijk en hoe veelomvattend een grotere nadruk op medisch inhoudelijke kwaliteit zal zijn zonder aanvullende maatregelen. Een hoge kwaliteit is immers in veel gevallen niet zo gemakkelijk voor het voetlicht te brengen. Niet alleen kunnen patiënten zelf moeilijk beoordelen of hun behandeling van een relatief hoge kwaliteit is, het is ook niet eenvoudig voor andere partijen (zorgverzekeraars, consumentenorganisaties e.d.) om kwaliteit betrouwbaar te meten. Er doen zich twee belangrijke problemen voor. De uitkomsten van het zorgproces moeten vaak uitgebreid gecorrigeerd worden voor kenmerken van patiënten en de ernst van hun ziekte om iets over de kwaliteit van de zorg te zeggen. Het is dus niet voldoende om alleen over uitkomstgegevens te beschikken. Ten tweede zijn er voor afzonderlijke aanbieders lang niet altijd voldoende waarnemingen om betrouwbare uitspraken te kunnen doen (zie bv. Newhouse (2002)). Terwijl hoge kwaliteit regelmatig moeilijk aan te tonen is, zal die in een aantal gevallen (niet altijd) wel extra geld kosten. In zulke gevallen zal er een afweging moeten plaatsvinden tussen hogere kwaliteit en hogere kosten. Het leveren van een hoge kwaliteit kan het moeilijker maken om op prijs te concurreren. Door de informatie-problemen is het niet onmogelijk dat de kwaliteit op een aantal punten te lijden zal hebben van intensievere concurrentie, vooral als prijsconcurrentie daarin een belangrijke rol speelt.

In dit hoofdstuk gaan we verder in op de risico's die concurrentie met zich mee kan brengen voor de medisch inhoudelijke kwaliteit van de zorg. Om te beginnen geven we aan welke

<sup>89</sup> CVA is Cerebro Vasculair Accident, wat zoveel betekent als een "ongeluk in de bloedvaten van de hersenen". Vaak spreekt men van een beroerte of attaque.



gevolgen denkbaar zijn. Vervolgens gaan we in op manieren om problemen te ondervangen; die manieren hebben vooral met informatievoorziening te maken. Dan trekken we lessen uit de ervaringen in de VS met concurrentie en met managed care. De term managed care heeft betrekking op een heel scala van instrumenten om het zorgproces te sturen.<sup>90</sup> Het bestaat uit ‘utilization management’<sup>91</sup>, financiële risicodeling tussen verzekeraar en arts en selectief contracteren. Ervaringen met managed care zijn van belang omdat het ook in Nederland de bedoeling is dat verzekeraars actief gaan sturen in de zorg. In een volgende stap wordt dan ingegaan op nadelen die de oplossingsrichtingen met zich mee kunnen brengen, zoals selectie van patiënten. Tot slot worden conclusies getrokken en beleidsopties beschreven.

## 8.2 Stand van zaken en mogelijke ontwikkelingen

### Huidige toestand

Om een idee te krijgen wat te verwachten valt van (meer) concurrentie, is het belangrijk om inzicht te hebben in de huidige kwaliteitssituatie in Nederland. In Nederland wordt op het ogenblik het beginsel gehanteerd dat kwaliteitsbewaking de verantwoordelijkheid is van de zorgaanbieders. De Kwaliteitswet zorginstellingen gaat uit van gecontroleerde zelfregulering.<sup>92</sup> De overheid houdt zich bezig met faciliteren en op afstand controleren.<sup>93</sup> Er zijn in grote lijnen twee manieren om de kwaliteit te controleren en te handhaven:

- 1) proces-indicatoren: gebruik van richtlijnen en standaarden, kwaliteitssystemen, accreditering en certificatie;
- 2) uitkomst-indicatoren: effecten op morbiditeit, mortaliteit en kwaliteit van leven.

Wat betreft het eerste punt, Timmermans et al. (2002) omschrijven kwaliteitssystemen als volgt: “Een kwaliteitssysteem is een stelsel van bedrijfskundige regels die waarborgen dat zorg van een constante en goede kwaliteit wordt verleend. De regels zijn vastgelegd in protocollen. Door een cyclisch proces van meten (door middel van klantenraadpleging, evaluaties door gebruikers en andere resultaatmetingen) en bijsturen (aanpassen van de protocollen) wordt de zorgverlening regelmatig aangepast aan veranderende zorgbehoeften. Kwaliteitssystemen omvatten onder

<sup>90</sup> Van de Ven (2001).

<sup>91</sup> Van de Ven (2001) omschrijft dit als ‘een verzameling technieken gebruikt door of namens de kopers van zorg om de zorgkosten te beheersen door het beïnvloeden van de besluitvorming omtrent patiëntenzorg via het van geval tot geval vaststellen van al dan niet gepaste zorg’.

<sup>92</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg, Staat van de gezondheidszorg 2002, Kwaliteitsborging in zorginstellingen: intentie, wet en praktijk, Den Haag, december 2002

<sup>93</sup> Zie bijvoorbeeld Timmermans et al. (2002), p. 315

andere protocollen voor zorgprocessen en de door beroepsverenigingen opgestelde richtlijnen voor behandelingen.” (p. 315)

De bij het eerste punt genoemde indicatoren hebben dus alle te maken met pogingen om de kwaliteit van de zorg te garanderen of te verbeteren door het gebruik van de juiste procedures.

Naast de genoemde prestatie-indicatoren zijn er nog meer denkbaar, die echter niet zozeer betrekking hebben op de medisch inhoudelijke kwaliteit van de zorg. Te denken valt dan aan indicatoren als patiënt-tevredenheid, toegankelijkheid van de zorg en preventie. Dergelijke indicatoren kunnen een belangrijke rol spelen bij het bevorderen van de kwaliteit van zorg in brede zin (zie hoofdstuk 4 over transparantie). In het huidige hoofdstuk zijn ze van minder belang, omdat we ons hier concentreren op de medisch inhoudelijke kwaliteit van zorg.

In Nederland is tot voor kort relatief veel aandacht uitgegaan naar richtlijnen en kwaliteitssystemen en relatief weinig naar uitkomst-indicatoren. Uit landelijk onderzoek onder instellingen in een aantal grote sectoren van zorg en welzijn<sup>94</sup> is gebleken dat 64% projecten voor kwaliteitsverbetering heeft en dat 5% een samenhangend systeem heeft, waaronder ook de richtlijnen en standaarden van de beroepsbeoefenaren vallen.<sup>95</sup> De instellingen zijn dus wel veel met kwaliteit bezig, maar de IGZ (2002) beschouwt het huidige resultaat van die inspanningen als duidelijk onvoldoende. Op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen zijn instellingen immers verplicht om een integraal kwaliteitssysteem te hebben. Weliswaar werd er van uit gegaan dat dit nog tijd zou kosten na de invoering van de wet, maar die invoering is nu ook al weer zes jaar geleden. Dus hoewel er wel veel activiteiten zijn bij zorginstellingen en de kwaliteitsborging wettelijk is geregeld, blijkt dat integrale kwaliteitssystemen veel te langzaam worden ingevoerd.

Het gebruik van uitkomst-indicatoren staat in Nederland nog in de kinderschoenen, terwijl men daar in andere landen, zoals de VS, al veel meer ervaring mee heeft opgedaan. Er worden nog maar weinig uitkomst-indicatoren gepresenteerd, hoewel een ontwikkeling in die richting wel in gang is gezet. Uitkomst-indicatoren kunnen als een gouden standaard worden gezien, omdat het uiteindelijk om het effect van de zorg gaat. Zoals boven aangegeven moeten uitkomst-indicatoren wel voorzichtig en zorgvuldig worden gehanteerd.<sup>96</sup> Het is belangrijk dat indicatoren worden gekozen die duidelijk worden beïnvloed door de kwaliteit van zorg en waarbij toevallige variatie een niet al te grote rol speelt. Uitkomst-indicatoren hangen vaak van veel meer factoren af dan alleen de kwaliteit van de zorg (zoals de toestand van de patiënt), waardoor het wenselijk is om het resultaat te corrigeren voor achtergrondkenmerken. Ook kan het beeld dat deze indicatoren opleveren misleidend zijn als niet alle relevante informatie in

<sup>94</sup> Het onderzoek is gehouden onder ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg, sociaal-pedagogische diensten en maatschappelijk werk.

<sup>95</sup> Van de resterende ruim 30% is het overgrote deel van de instellingen met voorbereidingen bezig voor kwaliteitsactiviteiten. Zie Timmermans et al. (2002), p. 320

<sup>96</sup> Voor een uitgebreide bespreking van de ‘caveats’, zie Davies et al (2001)

beeld komt. Bijvoorbeeld, een ziekenhuis scoort voor een bepaalde ingreep goed op de klinische mortaliteit maar de patiënten van dat ziekenhuis hebben een hogere mortaliteit na 30 dagen dan bij andere ziekenhuizen. Bij sommige aandoeningen is de 30 dagen-mortaliteit een meer relevante indicator. Als alleen de klinische uitkomsten bekend zijn, geeft dit een vertekend beeld. Vertekening kan ook optreden als er wel uitkomsten voor de tweede lijn bekend zijn, maar niet duidelijk is hoe de samenhang met de eerste lijn in elkaar zit. Verder is bij het gebruik van uitkomst-indicatoren mogelijk dat men probeert de uitkomsten te manipuleren, zonder echt de kwaliteit te verhogen. Dit kan men bijvoorbeeld doen door minder ernstige patiënten te selecteren of door bij rapportage voor risico-correctie de co-morbiditeit te overdrijven. Uitkomst-indicatoren kennen dus nogal wat haken en ogen. Uitkomst- en procesindicatoren kunnen elkaar daarom goed aanvullen. Dan is natuurlijk wel vereist dat de kwaliteitsborging op grond van proces-indicatoren goed verloopt, hetgeen op basis van het IGZ-rapport valt te betwijfelen.

### **Mogelijke gevolgen van een toename van concurrentie**

Door een toename van concurrentie kan de medisch inhoudelijke kwaliteit van de zorg toenemen daar waar een dergelijke verbetering gemakkelijk aantoonbaar is. Denkbaar is bijvoorbeeld dat ziekenhuizen nieuwe apparatuur aanschaffen om effectievere behandelingen te kunnen uitvoeren. Omdat dit hoofdstuk om risico's draait, wordt op deze mogelijkheid verder niet ingegaan. Wat kan een toename van concurrentie nu voor risico's met zich mee brengen voor de medisch inhoudelijke kwaliteit van zorg?

Het gevaar is dat de moeilijk controleerbare kwaliteit onder vuur komt te liggen. Dit kan de vorm aannemen van daling van kwaliteit, waarbij het de bedoeling is dat de IGZ een bepaald minimumniveau van kwaliteit in ieder geval doet handhaven. Het kan ook de vorm aannemen van een geringere toename van kwaliteit dan er anders geweest zou zijn. Een voorbeeld is dat nieuwe en betere procedures voor ingrepen minder snel worden ingevoerd. Ook is denkbaar dat er minder gebruik wordt gemaakt van dure diagnostiek of dat de toegang tot gespecialiseerde zorg afneemt. De beide laatste voorbeelden kunnen binnen het streven naar gepaste zorg passen, maar dat vergt dan wel een zorgvuldige afweging wanneer toepassing van dure zorg wel gewenst is. Naast het minimumniveau zijn er ook waarborgen tegen dalende kwaliteit in de vorm van de boven beschreven en nog niet optimaal functionerende bewaking van procedures. Op uitkomstindicatoren kunnen we op dit moment nog niet terugvallen om na te gaan of de kwaliteit inderdaad op peil blijft, of liefst nog verbetert. Een stelselherziening kan immers ook worden aangegrepen als een manier om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Het kwaliteitsrisico waar wij hier op doelen, is algemeen van aard. Dat wil zeggen dat het zich in beginsel kan voordoen bij verschillende vormen van zorg binnen de curatieve sector: zowel topklinische zorg als meer eenvoudige zorg. Het zou een misverstand zijn om te denken dat bijvoorbeeld eenvoudige ingrepen geen kwaliteitsrisico's met zich mee kunnen brengen. Ook een eenvoudige procedure hoeft immers niet altijd juist of optimaal te worden uitgevoerd.

Een patiënt die bijvoorbeeld een veelvoorkomende knie-operatie nodig heeft, kan ook suboptimale kwaliteit krijgen als er niet met de modernste methoden, materialen en apparatuur wordt gewerkt, of als het ziekenhuis niet voldoende alert is op infecties, vergissingen met medicatie of poly-farmacie. Ook deze aspecten van kwaliteit zijn voor de patiënt moeilijk vast te stellen. Hoewel voor patiënten de informatie-asymmetrie het grootst zal zijn bij geavanceerde topklinische zorg, zal informatie-asymmetrie ook een rol spelen bij eenvoudiger zorg.

### 8.3 Oplossingsrichtingen

De oplossing voor de mogelijke risico's voor de medisch inhoudelijke kwaliteit van zorg kan worden gevonden in twee richtingen. Ten eerste is het van belang dat de kwaliteitsbewaking van het proces beter gaat functioneren. Hier gaat de IGZ (2002) op in. Met behulp van integrale kwaliteitssystemen kan mogelijk kwaliteitsverlies worden tegengegaan.

Ten tweede kan kwaliteitsverlies worden bestreden door het gebruik van bovengenoemde uitkomst-indicatoren. Het gaat om het verzamelen van informatie over de medisch inhoudelijke kwaliteit van zorg met in beginsel het streven tot het openbaar maken van die informatie.<sup>97</sup> Alleen als blijkt dat er vanwege de haken en ogen geen goed interpreteerbare informatie te leveren valt, zou van openbaar maken moeten worden afgezien. In dat geval kan er nog steeds door externe organisaties worden nagegaan of er een kwaliteitsrisico is (bijvoorbeeld de IGZ of een patiënten-vereniging) maar dan onder voorwaarden van vertrouwelijkheid. In zo'n geval kan een slechte uitkomst worden gezien als een waarschuwing dat er een kwaliteitsrisico *kan* zijn, waarop verder onderzoek moet volgen.

Het openbaar maken van externe informatie kan op verschillende manieren bijdragen aan de kwaliteit van zorg. Ten eerste, mogelijk zullen verzekeraars of patiënten aanbieders mijden die een minder goede kwaliteitsbeoordeling hebben gekregen. De ervaringen in de VS geven geen duidelijk uitsluitsel in hoeverre dit 'stemmen met de voeten' echt optreedt. In het onderstaande wordt daar verder op ingegaan.

In de VS is zeer veel onderzoek gedaan naar de effecten van informatievoorziening over de kwaliteit van de hartchirurgie in New York state (NY state cardiac surgery reporting system (CSRS)).<sup>98</sup> Dit is een van de vroegste en daardoor langst lopende programma's waarin informatie openbaar wordt gemaakt over individuele aanbieders. Vanaf 1989 heeft de New York State Department of Health jaarlijkse gegevens per ziekenhuis en per chirurg gepubliceerd over voor risico gecorrigeerde mortaliteit na CABG (coronary artery bypass graft surgery). Hoewel verschillende onderzoekers claimen dat hierdoor de kwaliteit van de zorg (aanzienlijk) verbeterd

<sup>97</sup> Er is ook een traject van interne informatievoorziening waarbij gegevens worden verzameld voor 'eigen' gebruik, maar hier hebben we het over externe informatievoorziening (Berg en Schellekens, 2002).

<sup>98</sup> Zie voor dit onderzoek bv. Dranove et al. (2002) en Chassin (2002).

is<sup>99</sup>, is niet duidelijk in hoeverre dit via de directe reacties van zorgverzekeraars en patiënten gebeurd is. Chassin (2002) zegt hierover:

*“The improvements in New York happened because individual hospitals and cardiac surgery programs used the data to make specific changes in the way they provided care to CABG patients. Market forces played no role. Managed care companies did not use the data in any way to reward better-performing hospitals or to drive patients towards them. Nor did patients avoid high-mortality programs or seek out those with low mortality.”* (p. 46)

Hij laat marktaandeelen zien voor ziekenhuizen met de hoogste en de laagste CABG mortaliteit voor en na publicatie van de mortaliteit. Uit deze cijfers is geen duidelijk patroon te onderscheiden. De conclusie van Chassin dat marktkrachten geen rol speelde, kan in zoverre worden genuanceerd, dat individuele ziekenhuizen misschien juist in actie kwamen omdat ze vreesden marktaandeel te gaan kwijtraken, ook al gebeurde dat niet direct. Lansky (2002) geeft van hetzelfde programma aan dat het wel effect had op de marktaandeelen (p. 54). Hij baseert dit op een artikel van Mukamel et al. (1998). Deze vinden dat lagere gecorrigeerde mortaliteit leidt tot hogere marktaandeelen en hogere prijzen, als het daarbij ten minste om nieuwe informatie gaat. Hun aantal waarnemingen is gering, waardoor er niet voor mogelijk andere relevante kenmerken wordt gecorrigeerd, en de gevonden effecten zijn niet significant. Een belangrijk element in hun analyse is dat zij waarnemingen uitsluiten voor mensen die bij een HMO zijn verzekerd, omdat die mensen wellicht geen vrije artsenkeuze hebben.<sup>100</sup> Dit kan het verschil in resultaat deels verklaren. Ondanks de resultaten van Mukamel et al. (1998) beweert Lansky (2002) tevens over dit onderwerp:

*“The managed competition theorists’ expectation that disclosure would prompt direct shifts in provider or health plan market share - the ‘vote with your feet’ scenario - was simplistic. ... but it will have a second more powerful result: raising the awareness of consumers that they are not always getting the quality of care they are paying for and may be assuming.”* (p. 59)

Een tweede effect is dus het ontstaan van nieuwe inzichten bij consumenten. Een derde en belangrijk effect is dat waar in het citaat van Chassin naar wordt verwezen: dat aanbieders die een negatieve uitzondering vormen, zich gaan inspannen om de kwaliteit te verbeteren. Dit effect lijkt echter vooral beperkt te blijven tot deze groep: het is niet zo dat de ‘middenmoot’ zich gaat inspannen om tot de ‘kopgroep’ te gaan behoren.

Een vierde mogelijk effect van openbaarmaking is dat deze zelf ook weer het beschikbaar komen van verdere relevante factoren kan uitlokken, zoals de werking van het verdeelmodel voor de budgettering van zorgverzekeraars ook nieuwe relevante factoren genereert. Bovendien kan

<sup>99</sup> In het onderstaande gaan we in op de waarschuwingen die zijn geuit over ernstige selectie-effecten waardoor deze claim in een ander licht komt te staan.

<sup>100</sup> Uiteraard is het gewenst dat ook managed care organisaties aandacht besteden aan kwaliteitsinformatie bij het samenstellen van hun netwerk.

pas na openbaarmaking duidelijk worden welk gebruik consumenten en patiënten maken van de gegevens.

Ondanks de beperkingen kan het gebruik van externe indicatoren dus een belangrijke bijdrage leveren aan kwaliteitsbevordering.<sup>101</sup>

### **Nederlandse ervaringen met en opvattingen over uitkomst-indicatoren**

Onlangs zijn in Nederland pogingen gedaan om indicatoren voor de medisch-inhoudelijke kwaliteit voor gynaecologie te ontwikkelen in het kader van een initiatief van de Consumentenbond en de Ziekenhuisketen (een samenwerkingsverband van acht algemene ziekenhuizen).<sup>102</sup> Nadat een werkgroep ruim een jaar lang op zoek was geweest naar een hanteerbare set van externe prestatie-indicatoren, bleek dat men daar niet uit kwam. Men kon het niet eens worden over de relevantie van verschillende uitkomst-indicatoren als maat voor de medisch-inhoudelijke kwaliteit voor het handelen van gynaecologen. De indicatoren werden ook beïnvloed door het functioneren van de eerste lijn, de samenwerking met de eerste lijn en het functioneren van andere specialisten. Patiënten bleken weinig behoefte te hebben aan informatie over de kwaliteit van artsen en ziekenhuizen, aangezien ze daar een groot vertrouwen in hadden. Lips et al. zeggen daarover: “Het besef dat er medisch-technisch gezien kwaliteitsverschillen kunnen zijn tussen artsen en ziekenhuizen, ontbrak nagenoeg bij de doelgroep.” (p. 1862) Wel hadden de patiënten behoefte aan een ander soort informatie, zoals over de organisatie van de medische zorg, het pijnbestrijdingsbeleid en de stijl van de arts (kiest snel voor een operatie of is juist afwachtend).

De bevindingen van Lips et al. wijzen er op dat kwaliteitsinformatie juist zeer nuttig zou zijn voor Nederlandse patiënten/consumenten, maar dat men nog niet beseft dat dit zo is, omdat men er vanuit gaat dat alle artsen (even) goed zijn. Verder valt te concluderen dat het niet gemakkelijk zal zijn om tot overeenstemming te komen over een set indicatoren en deze dan ook echt in beeld te brengen.

Van Everdingen (2003) waarschuwt in Medisch Contact voor doorschieten met het openbaar maken van gegevens in Nederland. Hij geeft aan dat medici en instellingen zich kwetsbaar opstellen door aan kwaliteitsbeleid te doen en dat daarom afspraken over vertrouwelijkheid gemaakt moeten kunnen worden. Verder waarschuwt hij dat patiënten de gegevens wel moeten kunnen interpreteren en dat het belangrijk is om rekening te houden met de complexiteit van aandoeningen die in een ziekenhuis worden behandeld. Het belang van risico-correctie en van begrijpelijke informatie is al aan de orde geweest in dit rapport. Het punt van de bereidheid tot medewerking van artsen zal bij de ontwikkeling van prestatie-indicatoren aandacht behoeven. Het valt te verwachten dat zij eerder bereid zijn tot medewerking naarmate de indicatoren beter

<sup>101</sup> Voor een uitgebreide bespreking van het belang van transparantie kan worden verwezen naar hoofdstuk 4 over transparantie.

<sup>102</sup> Lips et al. (2002)

gevalideerd zijn en de risico-correctie grondiger plaats vindt. Voor 'slechte' artsen zal het verzamelen en eventueel openbaar maken van uitkomst-indicatoren altijd bedreigend zijn, maar in zekere zin is dat ook de bedoeling. De informatie zou dan moeten dienen als prikkel om de kwaliteit te verbeteren of bepaalde werkzaamheden af te stoten.

Van de beide oplossingsrichtingen heeft procesbewaking als nadeel dat er geen directe uitkomstresultaten zijn, maar als voordelen dat er minder meetproblemen zijn en dat het gevaar van selectie-effecten veel kleiner is. Bij het gebruik van externe indicatoren waarbij niet geheel voor kenmerken van de patiënten is gecorrigeerd, hebben aanbieders er immers belang bij om de patiënten met de gunstigste eigenschappen te selecteren. In het vervolg zal hier verder op worden ingegaan. Proces-indicatoren en uitkomst-indicatoren kunnen elkaar dus goed aanvullen in het gebruik.

Zodra het lukt om betrouwbare uitkomst-indicatoren voor de kwaliteit van zorg te ontwikkelen, kunnen deze door zorgverzekeraars bewust worden gebruikt om er op te sturen. Het is van belang dat zij dit inderdaad doen. In de VS is in eerste instantie vooral aandacht besteed aan de kosten en dekking van een verzekering, en niet zozeer aan de kwaliteit. Dit is een probleem omdat kwaliteit een belangrijke aspect is van het zorgaanbod en bovendien aspecten als medisch inhoudelijke kwaliteit, toegankelijkheid, patiënt-gerichtheid en kosten met elkaar samenhangen.

---

## Preventie en de stelselwijziging

Preventie is een kosten-effectieve vorm van zorg: het is vaak goedkoper per eenheid gezondheidswinst dan curatieve zorg (zie RIVM, 2002b) Wat betekent de intensivering van gereguleerde concurrentie voor preventie? Voor collectieve preventie (bijvoorbeeld het Rijksvaccinatieprogramma) heeft de stelselherziening weinig gevolgen. Dit soort activiteiten wordt meestal uit de algemene middelen gefinancierd en door anderen dan de zorgverzekeraar aangestuurd en uitgevoerd. Bij individuele preventie gaat het om zaken als leefstijladvies na hartinfarct. Hier kan de stelselherziening leiden tot verslechtering van de prikkels, maar ook nu liggen de prikkels niet echt goed voor verzekeraars, artsen en patiënten. Preventie brengt op korte termijn vooral kosten met zich mee en pas op lange termijn opbrengsten (in de vorm van gezondheidswinst), en vergt daarom een lange termijn visie. Dit botst met de rol van zorgverzekeraars in een concurrerend systeem waarin patiënten ieder jaar kunnen overstappen. Bovendien hoeft de zorg ook op lange termijn in zijn totaliteit niet goedkoper te worden voor de verzekeraar: mensen die bijvoorbeeld niet aan longkanker bezwijken kunnen meer ouderdomsziekten ontwikkelen.

Bij de artsen kunnen de werkdruk en onvoldoende financiële prikkels een belemmering vormen. Het RIVM geeft een voorbeeld van een succesvol proefproject voor preventie van hart- en vaatziekten, dat toch gestopt is en niet landelijk geïmplementeerd is vanwege hoge werkdruk bij de huisartsen en een te geringe vergoeding. Ook patiënten die ongezond leven dragen daarvan niet de volle financiële gevolgen, omdat de verzekering uiteindelijk wel de benodigde behandeling betaalt. Een ongezonde levensstijl is op dit ogenblik een belangrijke belemmering voor verbetering van de volksgezondheid, vooral bij jongeren.

Het probleem van de prikkels voor preventie kan niet op eenvoudige wijze worden opgelost door alle preventieactiviteiten collectief te laten uitvoeren. Het RIVM geeft aan dat juist de samenhang tussen preventie en zorg, als onderdelen van hetzelfde proces, veel gezondheidswinst kan opleveren. De nieuwe mogelijkheden voor screening en diagnostiek die de genetica oplevert, komen het best tot hun recht bij de individuele zorg. Het gaat er dus om voldoende prikkels voor individuele preventie binnen de zorg te geven, en verzekeren ook zelf te prikkelen om gezond te leven. Ongezond levende patiënten prikkelen door de uiteindelijk benodigde behandeling niet te betalen lijkt niet mogelijk uit ethisch en praktisch oogpunt. Het omgekeerde is wellicht wel mogelijk: verzekeren met een gezond gewicht die niet roken korting geven op hun ziektekostenpremie. Dit kan gefinancierd worden uit preventiegelden die een geoormerkt deel van de centrale kas uitmaken.

De volgende beleidsopties zijn aanwezig:

- 1) afwegen welke preventie in het basispakket verzekerd dient te zijn en dit duidelijk aangeven aan verzekeren;
  - 2) verzekeren betere voorlichting geven over welke preventie nodig kan zijn onder welke omstandigheden zodat vraagsturing zijn werk kan doen;
  - 3) prestatie-indicatoren ontwikkelen voor preventie ter informatie voor verzekeren;
  - 4) verzekeren met een gezond gewicht die niet roken korting geven op hun ziektekostenpremie;
  - 5) duidelijke doelstellingen formuleren op het terrein van preventie en zorgverzekeraars afrekenen op hun preventieactiviteiten (die ook uit de preventie-gelden kunnen worden gefinancierd);
  - 6) artsen financiële prikkels geven om aan preventie te doen;
  - 7) bevorderen dat artsen tijd hebben voor preventie (meer ondersteuning, kleinere praktijken etc.);
  - 8) sommige vormen van preventie naar gespecialiseerde instanties doorverwijzen (zie Koch-Hekstra, 2001).
-



## 8.4 Ervaringen in de VS met concurrentie en managed care

In Nederland is nog niet veel ervaring opgedaan met concurrentie tussen zorgaanbieders. Daarom moeten we naar het buitenland kijken als we willen weten hoe concurrentie in de praktijk kan uitpakken. In de VS is er wel veel ervaring met concurrentie in de zorg en is er ook veel onderzoek naar gedaan. Er zijn twee onderdelen van de Amerikaanse literatuur die van belang kunnen zijn voor de vraagstelling in dit hoofdstuk. Om te beginnen gaan we kort in op de literatuur die puur over concurrentie gaat (gemeten aan de hand van concentratie-indices en dergelijke). Wat is het effect van meer concurrentie? Omdat concurrentie tussen ziekenhuizen de meeste haken en ogen heeft, gezien het feit dat ziekenhuizen vaak een regionaal monopolie hebben of in een oligopolistische situatie zitten, concentreren we ons op de ziekenhuizen. Vervolgens kijken we naar de literatuur over de effecten van managed care. In Nederland is immers een centrale gedachte van de stelselherziening dat zorgverzekeraars het aanbod van zorg actief gaan sturen. Het valt dan te verwachten dat managed care-technieken van belang zijn. De VS is een interessante bron van inzichten voor ons, maar wij moeten ons daarbij afvragen in welke mate Nederland en de VS vergelijkbaar zijn. In de VS speelt het probleem van een grote groep onverzekerde mensen, terwijl dat in Nederland in het huidige systeem geen probleem is en naar verwachting in het nieuwe ook niet.<sup>103</sup> Verder kunnen in de VS selectie-problemen bij verzekeraars een veel grotere rol spelen, omdat de risico-correctie nog niet zo ver ontwikkeld is als in Nederland (zie hoofdstuk 7 over risicoselectie). Bovendien is in de VS managed care geïntroduceerd vanuit een heel andere uitgangssituatie. In Nederland komen we uit een situatie van uitgebreide regulering en budgettering van de zorgsector. In de VS was dat voor het particuliere deel van de markt niet het geval. Managed care kwam daar op om de snel groeiende kosten in de hand te houden. In Nederland beoogt men met een sterkere rol voor verzekeraars juist dat meer op de vraag ingespeeld zal worden, hoewel dit wel tegen aanvaardbare kosten zou moeten gebeuren. In de VS is prijsconcurrentie tussen aanbieders normaal, terwijl in Nederland algemeen de maximumprijzen van het CTG worden gehanteerd. In Nederland kan dergelijke prijsconcurrentie ook ontstaan, wat de ervaringen in de VS interessant maakt. Verder blijkt uit Amerikaans onderzoek dat er spill-over effecten zijn vanuit managed care naar traditionele verzekeringsarrangementen waar men dan ook managed care technieken gaat gebruiken. Dat betekent dat in Nederland belangrijke effecten zouden kunnen optreden, zelfs als maar een deel van de verzekeraars actief aan de slag gaat met 'managed care'.

<sup>103</sup> De bedoeling is immers zowel een acceptatieplicht als een verzekeringsplicht in te voeren en laagbetaalden te compenseren voor een eventuele hoge nominale premie.

### **Concurrentie tussen ziekenhuizen**

In de VS is veel geschreven over de effecten van concurrentie tussen ziekenhuizen. Een interessant paper is dat van Kessler en McClellan uit 2000, "Is hospital competition socially wasteful?". In dit paper wordt een gedegen aanpak gevolgd waarbij gecontroleerd wordt voor veel mogelijk versturende factoren. Kessler en McClellan vinden voor de tachtiger jaren dat concurrentie de kosten verhoogde, maar mogelijk ook tot betere gezondheidsuitkomsten leidde. Het valt dan niet direct aan te geven wat het totale welvaartseffect is. Het welvaartseffect was gunstiger in gebieden waar managed care een grotere rol speelde. Voor de negentiger jaren, waarin HMO's<sup>104</sup> een grotere rol speelden dan in de tachtiger jaren, is het welvaartseffect zonder twijfel positief: de kosten nemen af door concurrentie bij toenemende kwaliteit. In de gebieden met meer concurrentie was de mortaliteit door acute hartinfarcten significant lager.<sup>105</sup> Het verschil tussen de tachtiger en de negentiger jaren schrijven Kessler en McClellan deels toe aan de opkomst van managed care en de spill-over effecten die daarmee gepaard gaan. Door de invloed van managed care -technieken wordt het effect van concurrentie op de welvaart positief. Een belangrijke les voor Nederland is dat de effecten van concurrentie veel gunstiger zijn als concurrentie wordt gecombineerd met managed care-technieken. Vergroting van zorgaanbod alleen is niet voldoende, er moet ook een deskundige partij zijn die zorgt dat de middelen voor de zorg doeltreffend en doelmatig worden besteed. In het model van gereguleerde concurrentie is dat de zorgverzekeraar. In het onderstaande gaan we in op de literatuur over de invloed van managed care in de VS.

### **Effecten van managed care**

Uit bovenstaand onderzoek naar concurrentie bleek dat managed care een gunstige invloed had op de kosten. Het onderzoek suggereert dat managed care een gunstige invloed heeft op de kwaliteit van zorg. Dit is niet met zekerheid te concluderen, aangezien het onderzoek er in de eerste plaats op is gericht om het effect van meer concurrentie vast te stellen, daarbij controlerend voor het belang van managed care. Theoretisch kan men zich zorgen over maken over de invloed van managed care op de kwaliteit op grond van de eerder beschreven redenering

<sup>104</sup> HMO staat voor Health Maintenance Organisations. Dit zijn organisaties die de functie van zorgaanbieder en verzekeraar in zich verenigen. De verzekerden kunnen aanspraak maken op een uitgebreid pakket verstrekkingen in natura, waarbij de eigen betalingen in het algemeen lager zijn dan bij traditioneel verzekerden. Doelmatige verstrekking van zorg kan nagestreefd worden door hulpverleners in dienst te hebben en zelf ziekenhuizen te beheren. Een mogelijkheid is ook dat artsen financieel risico lopen bij overschrijding van het budget. Zie bijvoorbeeld Van de Ven (1999).

<sup>105</sup> Deze gunstige effecten van concurrentie waren non-lineair: de effecten zijn het grootste bij een verschuiving vanuit of naar het laagste en het hoogste kwartiel van concurrerendheid (gemeten in de vorm van de HHI, de Herfindal-Hirschman Index voor concentratie, de som van de gekwadrateerde marktaandelen van de 50 grootste bedrijven).

dat door de informatieproblemen in de zorg verzekeraars zich wellicht eerder richten op lagere kosten dan op kwaliteit, en dat hun ingrepen risico's voor de kwaliteit met zich mee kunnen brengen. Een voorbeeld is dat zij het gebruik van dure diagnostiek proberen terug te dringen. Ook wat betreft de effecten van managed care in de praktijk, kunnen we alleen op de VS terugvallen en de ervaringen daar zo goed mogelijk vertalen naar Nederland.

Miller en Luft hebben in de loop van de tijd verschillende overzichtsartikelen gemaakt over de effecten van managed care (Miller en Luft (2002, 1997, 1994)). Uit deze studies komt steeds naar voren dat de kwaliteit van zorg zeer heterogeen is, maar dat op een geaggregeerd niveau geen duidelijke kwaliteitsverschillen worden gevonden tussen managed care (meestal HMO's) en de niet-managed care. Met heterogeen wordt bedoeld dat de kwaliteit sterk varieert tussen aanbieders, 'health plans' en regio's. Voor chronische zieken met een laag inkomen, mensen met beroertes en kwetsbare ouderen wijst een aantal studies erop dat managed care slechter presteert.<sup>106</sup>

Mensen met chronische aandoeningen en een laag inkomen, en ouderen die in het Medicare programma zaten, kregen in een aantal gevallen mindere kwaliteit van zorg. Er is onder andere onderzoek gedaan naar de zorg en nazorg voor mensen die een beroerte hebben gehad<sup>107</sup> en de behandeling van ouderen die zich niet meer zonder thuiszorg konden redden<sup>108</sup>. Uit deze onderzoeken bleek dat mensen met beroertes bij een HMO een kleinere kans hadden op intensieve en dure zorg (zoals revalidatie-faciliteiten en neurologische zorg) en er zijn indicaties dat de kwaliteit van de zorg bij beroertes en ouderen met thuiszorg slechter is. Ook zijn de uitkomsten minder goed in termen van sterfte na een jaar voor mensen met een beroerte en in termen van vermijdbare heropnamen voor ouderen met thuiszorg. Uit een ander onderzoek naar zorg na ziekenhuisontslag bleek weer dat de zorg bij HMO's anders was, maar de resultaten even goed (in termen van het doen van algemene dagelijkse levensverrichtingen en heropnamen)<sup>109</sup>. Verder zijn er uit onderzoek aanwijzingen dat de kwaliteit van zorg bij HMO's juist beter is voor chronisch zieken die niet oud zijn en chronisch zieken die geen laag inkomen hebben<sup>110</sup>. Het is dus niet zo dat HMO's altijd slechter presenteren bij chronische ziekten. Vooral bij een combinatie van verschillende factoren (zoals chronische ziekte, laag inkomen, ouderdom, thuiszorg nodig) lijken zich risico's voor te doen voor de kwaliteit van zorg.

Dat bij HMO's minder gebruik wordt gemaakt van dure zorg heeft waarschijnlijk te maken met de in de inleiding genoemde instrumenten, 'utilization management' en financiële prikkels

<sup>106</sup> Het gaat om: Experton et al. (1999), Smith et al. (1999), Ware et al. (1996), Manton et al. (1993), Shaughessy et al. (1996). In één studie werd gevonden dat ouderen met diabetes onder Medicaid betere zorg kregen (Lurie, 1994).

<sup>107</sup> Retchin et al. (1997), Smith et al. (1999)

<sup>108</sup> Experton et al. (1999)

<sup>109</sup> Holtzman et al. (1998)

<sup>110</sup> Ware (1996).

voor artsen om zuinig te zijn met zorg. Mogelijk heeft deze zuinigheid geen schadelijke gevolgen voor relatief jonge en gezonde populaties, maar kan deze wel schadelijke gevolgen hebben als het om kwetsbare groepen gaat waar dure zorg een echte bijdrage kan leveren aan de resultaten. Dit zou betekenen dat een gevaar van managed care is dat niet goed onderscheid wordt gemaakt wie dure zorg wel en niet nodig heeft.

Miller en Luft concluderen aan de ene kant dat er geen reden is voor grote zorgen over de kwaliteit van zorg van HMOs in zijn totaliteit. Aan de andere kant is een vergelijkbare kwaliteit toch minder dan het resultaat dat men zich voorgesteld had van managed care. De verwachting was geweest dat de kwaliteit zou verbeteren, terwijl de kosten in de hand werden gehouden. Opmerkelijk genoeg geven Miller en Luft aan dat het inlossen van de belofte ook (nog) niet te verwachten is, aangezien veel van de benodigde maatregelen nog niet zijn genomen. Dit is opmerkelijk gezien de lange periode waarin men al bezig is met managed care in de VS. Met maatregelen die nog niet genomen zijn bedoelen Miller en Luft zaken als:

- het vaststellen van het ambitieniveau voor kwaliteit door inkopers en health plans, meten van kwaliteit, goed presterende organisaties belonen en een betere risico-correctie van betalingen (omdat aanbieders met hoge kwaliteit juist ziekere patiënten kunnen trekken);
- consumenten meer inzicht geven in prestatie-indicatoren, zodat ze op prestatie-indicatoren kunnen reageren;
- het gebruik van nieuwe informatie-technologie bij aanbieders, in het bijzonder elektronische patiëntendossiers.

Zij geven aan dat er op deze punten beweging in de goede richting zichtbaar is, maar het inlossen van de belofte van 'managed care' vergt wellicht niet minder dan: "*a systematic revamping of health care information systems, incentives and clinical processes.*" (p. 81) Voor Nederland is een belangrijke les dat maatregelen zoals bovengenoemde die nodig zijn om managed care goed te laten werken, ook inderdaad tijdig van de grond moeten komen. Op deze meer algemene voorwaarden om managed care goed te laten werken, wordt ingegaan in de hoofdstukken over de voorwaarden waaronder gereguleerde concurrentie goed kan werken.

Hoe verhouden de resultaten van Miller en Luft zich nu tot die van Kessler en McClellan (2000)? Uit de overzichtstudies van Miller en Luft kunnen we concluderen dat managed care wellicht wel tot lagere kosten en daardoor hogere doelmatigheid heeft geleid, maar niet tot een hogere kwaliteit. Cutler et al. (2000) vinden voor hartziekten in Massachusetts dat managed care 30 tot 40% goedkoper is bij ongeveer dezelfde behandeling en gezondheidsuitkomsten. Het verschil wordt bijna geheel verklaard door verschillen in prijs. Op zich is dit natuurlijk een zeer gunstig resultaat waarvan wel de vraag is of dit generaliseerbaar is naar andere aandoeningen en staten. De suggestie uit het onderzoek van Kessler en McClellan dat managed care wellicht de

kwaliteit van zorg verbetert, wordt dus niet bewaarheid. Er zijn wel aanwijzingen dat HMO's gemiddeld genomen ongeveer dezelfde kwaliteit leveren bij lagere kosten. Als HMO's echt op deze wijze de doelmatigheid vergroten, is dat natuurlijk goed nieuws.

Naast het belang van tijdige flankerende maatregelen zijn er voor Nederland nog meer lessen te leren uit de Amerikaanse ervaringen. Om te beginnen moet de kwaliteit van de zorg goed in de gaten worden gehouden bij een belangrijker rol voor concurrentie, gezien de heterogeniteit van de kwaliteitsresultaten in de VS. Het kan gebeuren dat kwaliteit in sommige dimensies verbetert (regionaal, naar type zorg, naar type sturing door de zorgverzekeraar) en in andere verslechtert. Het is dus belangrijk om de kwaliteit te monitoren en te borgen met behulp van uitkomst- en procesindicatoren. Daarbij moet dan speciale aandacht worden gegeven aan groepen patiënten bij wie op grond van Amerikaans onderzoek een relatief groot kwaliteitsrisico te verwachten is (chronisch ziek en met een laag inkomen en oud). Vervolgens geldt dat het effect van gereguleerde concurrentie op de kwaliteit in Nederland kan afwijken van het effect van meer concurrentie in de VS. Voor Nederland geldt dat wij niet uit zo'n situatie van 'overvloed van middelen voor de zorg' komen als in eerste instantie in de VS het geval was. Als verzekeraars zich richten op kostenbeheersing, zullen zij waarschijnlijk minder mogelijkheden tot relatief 'pijnloze' beheersing hebben. Aan de andere kant zijn er in Nederland wellicht meer mogelijkheden om de medisch-inhoudelijke kwaliteit te verbeteren als men zich daar op richt. Verder is in de VS een deel van het gunstige resultaat van managed care toe te schrijven aan een bredere verzekeringsdekking. In Nederland is die al zeer breed voor de meeste verzekerden, dus zal hier weinig extra winst te behalen zijn. Het valt dus moeilijk te zeggen hoe de effecten in Nederland zich tot die in de VS zullen verhouden, maar de kans dat het effect in Nederland minder gunstig is, is aanwezig. Voor Nederland is belangrijk dat niet alléén wordt ingezet op concurrentie tussen zorgaanbieders: zonder een bijbehorende rol van managed care heeft dit niet zo'n gunstig effect.

## 8.5 Mogelijke nadelen van oplossingen

Er kunnen twee belangrijke nadelen worden onderscheiden van een intensiever gebruik van indicatoren voor de medisch inhoudelijke kwaliteit van zorg. Ten eerste kan dit zoals aangegeven aanleiding geven tot selectie van patiënten.<sup>111</sup> Uiteraard dienen de gezondheidsuitkomsten gecorrigeerd te worden voor relevante kenmerken van de patiënten, maar zolang de aanbieder meer informatie heeft dan in deze correctie vervat is, is er toch een

<sup>111</sup> Dit probleem zal zich het meest pregnant voordoen bij ernstige aandoeningen. Overlijden is uiteraard een makkelijk vast te stellen ongunstig effect. Maar afhankelijk van de gekozen indicatoren kan het zich ook bij eenvoudige aandoeningen voordoen. Iemand met een algeheel slechte gezondheidstoestand zal slechter herstellen van een eenvoudige aandoening dan iemand in een betere toestand.

prikkel om te selecteren. Overigens kan deze prikkel zich ook voordoen bij het gebruik van uitkomstindicatoren als de aanbieder niet over extra informatie beschikt. Een eerste situatie waarin dat kan is als het verschil in uitkomsten tussen aanbieders met hoge en lage kwaliteit groter is voor ziekere patiënten. Er zijn aanwijzingen dat dit het geval is. In dat geval hebben aanbieders met een lage kwaliteit een prikkel om relatief gezonde patiënten te selecteren. Immers, als zij relatief zieke patiënten hebben komt hun gebrek aan kwaliteit duidelijker naar voren. Een tweede situatie is die waarin risico-correctie zuivere maar onnauwkeurige schattingen geeft van de echte kwaliteit (verwachte waarde is goed, maar standaardfout is groot) en aanbieders risico-avers zijn. Wellicht is er dan niet voldoende compensatie voor de nadelen van het behandelen van relatief zieke patiënten. Voor iemand die risico-avers is valt het risico op een extra slechte uitkomst voor relatief zieke patiënten niet weg tegen de kans dat het effect van de behandeling juist extra gunstig uit de verf komt. Beide problemen worden nog verergerd bij kleine steekproeven, iets dat vaak voorkomt bij individuele kwaliteitsmetingen.

Een tweede nadeel is dat het verzamelen en analyseren van de benodigde betrouwbare informatie uiteraard kosten met zich meebrengt. Deze kosten hangen af van de mate waarin de benodigde gegevens toch al worden bijgehouden ten behoeve van het primaire zorgproces en van de vorm waarin verzamelde gegevens beschikbaar zijn. In de meeste gevallen zal het gaan om gegevens die al worden bijgehouden. Of deze gegevens technisch gezien gemakkelijk toegankelijk zijn, zal sterk afhangen van de mate waarin de gegevens geautomatiseerd en op gestandaardiseerde wijze worden bijgehouden.

Hoe belangrijk is het probleem van selectie als gevolg van het gebruik van uitkomstindicatoren nu in de praktijk? Het is belangrijk alleen met indicatoren te werken die voor extern gebruik zijn bedoeld. Als indicatoren die voor intern gebruik zijn ontwikkeld en daarom niet (voldoende) gecorrigeerd zijn voor achtergrondkenmerken, extern zouden worden gebruikt zou dit grote selectie-problemen opleveren. Ook bij uitsluitend gebruik van externe indicatoren kunnen zich problemen voordoen vanwege de boven omschreven redenen. Ook hier kan de CSRS<sup>112</sup> weer inzicht geven. Het gaat immers om uitkomst-indicatoren voor een ernstige aandoening die per aanbieder worden gepubliceerd. Over hetzelfde programma worden wat dit betreft verschillende conclusies getrokken. Chassin (2002) schat het gevaar van risico-selectie niet ernstig in. Hij wijst er o.a. op dat over de tijd een groter percentage oudere mensen met AMI (acute hartaanval) geopereerd wordt, terwijl dat een ernstigste risicogroep is. Dit argument overtuigt niet helemaal, zolang niet bekend is of elders dat percentage nog meer gestegen is bv. door nieuwe technologie en of er binnen die risicovolle groep nog belangrijke verschillen in risico's zijn.

<sup>112</sup> NY state cardiac surgery reporting system.

Dranove et al. (2002) trekken juist zeer sombere conclusies over de effecten van selectie:

*“ Using national data on Medicare patients at risk for cardiac surgery, we find that cardiac surgery report cards in New York and Pennsylvania led both to selection behavior by providers and to improved matching of patients with hospitals. On net, this led to higher levels of resource use and to worse health outcomes, particularly for sicker patients. We conclude that, at least in the short run, these report cards decreased patient and social welfare.”* (p. 1)

Volgens Dranove et al. namen de kosten van de zorg toe, terwijl de uitkomsten van relatief gezonde patiënten niet verbeterden en die van relatief slechte patiënten wel verslechterden. Bij de laatste hingen de hogere kosten samen met een grotere kans op heropname. De relatief gezonde patiënten werden intensiever behandeld, maar dit leverde niet veel gezondheidswinst op. De relatief zieke patiënten werden in eerste instantie juist niet intensiever behandeld, maar hadden wel vaker te maken met heropnames. Hoewel op de analyse van Dranove et al. nog wel iets af te dingen valt, geeft deze toch een serieus signaal. Als deze analyse correct is, werpt dat een heel ander licht op de effecten van dit informatie-verzamelingsprogramma. Vanwege de conflicterende onderzoeksresultaten is het moeilijk om tot harde conclusies te komen. Er lijkt in ieder geval reden om zeer gespitt te zijn op dit soort selectie-effecten.

Goede dataverzameling kan hier veel problemen ondervangen. Zo is het in het genoemde voorbeeld belangrijk om niet de groepen met CABG te vergelijken, maar de groepen met een zodanige aandoening dat ze voor CABG in aanmerking zouden komen. De te bekijken groep moet zodanig worden gekozen dat een eventueel selectie-effect opgemerkt **kan** worden. Ook moet zoals aangegeven een voldoende lange periode in beeld worden gebracht voor het optreden van uitkomsten, en moeten voldoende onderdelen van de zorg in beeld worden gebracht. Bijvoorbeeld, de zorg door de huisarts of de thuiszorg kunnen ook van invloed zijn op de uiteindelijke uitkomst van een klinische ingreep. Verder is het natuurlijk belangrijk om zo goed mogelijke indicatoren te hebben van de ernst van ziekte (en andere kenmerken van de patiënt), zodat daarvoor kan worden gecorrigeerd. Een andere oplossing is om uitkomst-indicatoren te kiezen die weinig gevoelig zijn voor de precieze kenmerken van de patiënt. Een voorbeeld hiervan is het percentage amputaties bij diabetes.<sup>113</sup> De gedachte achter deze maatstaf is dat amputaties bij goede zorg vrijwel altijd te voorkomen zijn. Dit voorbeeld wijst er ook op dat een precieze indicator al snel ziektespecifiek zal zijn. Dat pleit er voor om een aantal belangrijke ziekten uit te kiezen (in termen van kosten of aantallen patiënten) en daarvoor goede uitkomstindicatoren te ontwikkelen.<sup>114</sup>

<sup>113</sup> Interview met prof. Klazinga.

<sup>114</sup> Het zou natuurlijk zeer ongewenst zijn als aanbieders dan gaan bezuinigen op andere ziekten. Om dit tegen te gaan zou bij die ziekten intensief gebruik moeten worden gemaakt van proces-indicatoren.

In hoeverre is er een rol voor de overheid weggelegd bij het ontwikkelen en omschrijven van uitkomst-indicatoren? Aangezien het om een kwestie gaat die niet per marktpartij aangevat hoeft te worden maar voor alle partijen samen goed uitgezocht kan worden (en vervolgens up to date moet worden gehouden), ligt het in de rede dat de overheid onderzoek laat doen naar de methodologie en hiervoor eventueel richtlijnen uitvaardigt. Dit onderzoek kan worden gezien als een soort publiek goed.<sup>115</sup>

Uit bovenstaande blijkt dat gegevens over kwaliteit en achtergrondkenmerken zorgvuldig verzameld en geanalyseerd moeten worden. Dit brengt uiteraard kosten met zich mee. Bij een goed gebruik van informatie-technologie en gestroomlijnde procedures kunnen deze zo laag mogelijk worden gehouden. Of de baten hiertegen opwegen hangt af van de omvang van het effect op de kwaliteit en de mate waarin waarde wordt gehecht aan kwaliteit.

## 8.6 Conclusies en beleidsopties

Een toename van concurrentie kan leiden tot een grotere patiëntgerichtheid van de zorg als een manier om meer verzekerden of patiënten te trekken. Ook kan de medisch inhoudelijke kwaliteit van de zorg verbeteren op punten waar dat gemakkelijk zichtbaar te maken is. De inhoudelijke kwaliteit van zorg kan evenwel schade lijden waar betere zorg niet makkelijk zichtbaar te maken is. Ten slotte kan de prikkel voor verzekeraars om te investeren in preventie verder afnemen. De ervaringen uit de VS laten zien dat ook in de praktijk waakzaamheid met betrekking tot de medisch inhoudelijke kwaliteit geboden is. Hierbij dient in het bijzonder aandacht te worden gegeven aan de heterogeniteit van de kwaliteitsresultaten en aan patiënten bij wie zich risicofactoren voor kwaliteitsverlies concentreren (chronische aandoeningen en laag inkomen en hoge leeftijd). Dit heeft de volgende redenen. In Nederland zal succesvolle gereguleerde concurrentie gepaard gaan met het gebruik van managed care technieken. De ervaringen uit de VS leren namelijk dat alleen meer concurrentie niet voldoende is: met een bijbehorende rol van managed care is het effect op de kosten gunstiger. In de VS is gebleken dat de medisch inhoudelijke kwaliteit van zorg over de hele linie niet is gedaald door managed care. De mogelijkheid bestaat echter dat in Nederland het effect van managed care op de kwaliteit van de zorg minder gunstig zal zijn dan in de VS, omdat de dekking hier al breed was en dat kostenbeheersing hier wellicht pijnlijker is. Aan de andere kant zijn er in Nederland misschien meer mogelijkheden om de medisch inhoudelijke kwaliteit te verhogen. Dit is wellicht ook een doelstelling van de stelselherziening. Een andere reden voor waakzaamheid is dat in de VS blijkt dat managed care relatief slecht presteert voor chronisch zieken met een laag inkomen, mensen

<sup>115</sup> In hoofdstuk 4 wordt verder ingegaan op de rol van de overheid bij het verbeteren van de transparantie.



met beroertes en kwetsbare ouderen. Bovendien zijn in de VS veel verschillen in kwaliteitsniveau gevonden tussen regio's, aanbieders en manieren van aansturing.

De medisch inhoudelijke kwaliteit van de zorg kan worden bewaakt met behulp van uitkomst- en procesindicatoren. Het gebruik van uitkomst-indicatoren staat in Nederland nog in de kinderschoenen. Het publiek maken van uitkomsten stelt een aantal zware eisen aan de gegevens en de analyse er van. Om te beginnen moet het gaan om indicatoren waar een verschil in kwaliteit van zorg inderdaad een belangrijk effect kan hebben, en waar niet al te veel toevallige variatie optreedt. Er moeten voldoende gegevens beschikbaar zijn (wat betreft patiëntengroep, periode en plaats van behandeling). Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat er niet alleen gegevens moeten zijn over mensen die CABG hebben ondergaan, maar over de hele groep mensen die daar mogelijk voor in aanmerking komt. Verder kan het belangrijk zijn om sterftegegevens niet alleen voor de periode in het ziekenhuis te hebben maar ook voor de periode daarna. Het kan ook belangrijk zijn om niet alleen klinische gegevens te hebben, maar ook poliklinische en gegevens over de eerste lijn. De uitkomsten van de indicatoren moeten in veel gevallen zorgvuldig worden gecorrigeerd voor kenmerken van de patiënt om iets over de kwaliteit van zorg te kunnen zeggen.

De ervaringen in de VS leren dat als niet aan deze voorwaarden is voldaan, het gebruik van uitkomst-indicatoren selectie van patiënten als ongewenst neveneffect kan hebben. Dan kunnen relatief gezonde patiënten 'te veel' zorg krijgen, waar ze niet echt van profiteren, en relatief ongezonde patiënten te weinig. Een ander mogelijk neveneffect is dat het doorschuiven naar andere onderdelen van de gezondheidszorg. Dit soort neveneffecten kan in ieder geval deels worden tegengegaan door meer aandacht aan de dataverzameling en de methodologie van de indicatormeting te geven. Het streven zou er op gericht moeten zijn om de dataverzameling en de methodologie zodanig te ontwikkelen dat de uitkomst-indicatoren na een bepaalde ontwikkelingsperiode openbaar kunnen worden gemaakt. Als in redelijke mate aan de eisen voldaan is, zou de openbaarmaking door moeten gaan, ook als er nog enige discussie is over de indicatoren. De openbaarmaking zelf kan namelijk ook weer het beschikbaar komen van verdere relevante factoren uitlokken, zoals de werking van het verdeelmodel voor de budgettering van zorgverzekeraars ook nieuwe relevante factoren genereert. Bovendien kan pas na openbaarmaking duidelijk worden welk gebruik consumenten en patiënten maken van de gegevens. Alleen als het niet lukt om in redelijke mate aan boven beschreven eisen te voldoen, zou het gebruik van de uitkomst-indicatoren beperkter moeten zijn. Ze kunnen dan vertrouwelijk ter beschikking worden gesteld aan partijen als de IGZ, verzekeraars en patiëntenfederaties, zodat deze partijen mogelijke kwaliteitsrisico's op het spoor kunnen komen. De uitkomst-indicatoren moeten dan niet als het laatste woord worden gezien, maar als een beginpunt voor nader onderzoek naar mogelijke kwaliteitsproblemen.

Het gebruik van proces-indicatoren maakt in Nederland al onderdeel uit van het beleid. De implementatie loopt echter achter bij de wettelijke verplichtingen.

De prikkels voor preventie kunnen worden verbeterd met behulp van een aantal beleidsopties die veelal te maken hebben met betere informatie-voorziening aan verzekerden over preventie, het formuleren van doelstellingen voor preventie en het daarop afrekenen van zorgverzekeraars, en het beschikbaar stellen van geormerkte gelden voor preventie.

Concrete beleidsopties om de medisch inhoudelijke kwaliteit van zorg te monitoren en te borgen luiden als volgt:

- bevordering van de toepassing van integrale kwaliteitssystemen;  
De verplichting tot de toepassing van integrale kwaliteitssystemen in zorginstellingen is al wettelijk vastgelegd, alleen de implementatie blijft achter. Intensivering van het overheidstoezicht lijkt hier de belangrijkste optie (zie IGZ, 2002). Een andere mogelijkheid is om met sancties te werken voor instellingen die niet kunnen aantonen dat zij een goed werkend kwaliteitssysteem hebben. Nadeel van sancties is echter dat deze niet alleen de nalatige instelling kunnen treffen, maar ook de zorg voor mensen in het adherentiegebied.<sup>116</sup>
- ontwikkeling en gebruik van uitkomstindicatoren (met extra aandacht voor risicogroepen);  
In hoofdstuk 4 over transparantie wordt ingegaan op de rol van de overheid bij de ontwikkeling van prestatie-indicatoren die niet direct betrekking hebben op de uitkomst van het zorgproces. Daar wordt geconcludeerd dat er goede argumenten zijn om de overheid onderzoek naar deze indicatoren te laten initiëren en financieren. Deze argumenten hebben er mee te maken dat de markt misschien pas goede indicatoren ontwikkelt als men daar door onvrede van consumenten toe wordt gedwongen. Dit argument gaat ook op voor uitkomst-indicatoren. Daarnaast is een argument dat het wellicht doelmatiger is als één onafhankelijke organisatie, zoals de overheid, de ontwikkeling van de indicatoren aanstuurt. De overheid kan er voor zorgen dat een onafhankelijke en deskundige instantie beoordeelt of de uitkomst-indicatoren aan het eind van de ontwikkelperiode voldoende interpreteerbaar zijn om openbaar te worden gemaakt. Als dit niet het geval is, kan de overheid bevorderen dat de indicatoren vertrouwelijk aan belanghebbende organisaties ter beschikking worden gesteld. Het verdient aanbeveling het kwaliteitstoezicht door de IGZ te versterken.
- ontwikkeling van een methodologie voor uitkomstmeting die selectie-en substitutie- problemen zoveel mogelijk tegengaat;  
Een deel van de problemen kan worden voorkomen door de te onderzoeken groep zuiver te kiezen en de behandeling ook buiten het ziekenhuis te volgen. Het is verder aan te raden om voorzichtig te zijn met het gebruik van algemene uitkomst-indicatoren voor de zorginhoudelijke

<sup>116</sup> De zorg zou bijvoorbeeld schade kunnen lijden door het heffen van boetes of het intrekken van vergunningen.

kwaliteit. Deze moeten alleen worden gebruikt als ze in voldoende mate te corrigeren zijn voor factoren anders dan de zorg zelf die ook van invloed kunnen zijn op de gezondheidsuitkomsten. Het gebruik van te algemene indicatoren kan leiden tot selectie van patiënten. Specifieke indicatoren, die in geringe mate afhankelijk zijn van achtergrondkenmerken, hebben daarom grote voordelen. Verder is het belangrijk om gegevens te verzamelen over de hele relevante groep patiënten, de hele relevante periode en alle relevante subsectoren van de gezondheidszorg. Een dergelijke methodologie heeft het karakter van een publiek goed. De overheid zou hier onderzoek naar kunnen laten doen en de resultaten vast laten leggen in een richtlijn.<sup>117</sup>

- bevordering van de beschikbaarheid van uitkomstgegevens en achtergrondkenmerken op patiëntniveau.

In hoofdstuk 4 over transparantie is voor prestatie-indicatoren in het algemeen uiteengezet hoe een ‘trusted third party’ hierbij een rol kan spelen en wat de rol van de overheid kan zijn. De redenering die daar wordt gevolgd, geldt ook voor uitkomst-indicatoren. Een aandachtspunt bij uitkomst-indicatoren is dat die liefst breder moeten zijn dan alleen klinische gegevens, zoals boven aangegeven.

In de VS heeft kwaliteit pas in een later stadium aandacht gekregen bij de dataverzameling. In eerste instantie gingen de debatten vooral over gebruik van zorg en kosten. In Nederland moet dit worden voorkomen. Volgens Miller en Luft is in de VS nog steeds niet voldaan aan een aantal belangrijke voorwaarden om managed care inderdaad tot betere kwaliteit te kunnen laten leiden (zoals het daadwerkelijk sturen op kwaliteit door zorginkopers, consumenten meer inzicht in prestatie-indicatoren geven, en meer gebruik van informatie-technologie). Een belangrijke algemene les voor Nederland is dat in een vroeg stadium aandacht moet worden gegeven aan dergelijke voorwaarden.

<sup>117</sup> Vergelijk met de richtlijnen die er zijn voor onderzoek naar kosten en baten van (nieuwe) geneesmiddelen.



## **9 Concurrentie en uitgaven**

### **9.1 Inleiding**

De gevolgen van meer concurrentie tussen zorgverzekeraars voor de uitgaven aan de zorg zijn complex. De totale uitgaven kunnen toe- of afnemen door veranderingen in het volume van de zorgconsumptie en veranderingen in de prijs per verrichting. Dit hoofdstuk zet de verschillende mogelijke effecten op een rij. Ook als de uitgaven stijgen hoeft dit vanuit welvaartsoogpunt niet slecht te zijn. Dit hangt af van de oorzaak van de uitgavenstijging. Zo is meer betalen voor betere zorg wat anders dan meer betalen voor dezelfde zorg. Hiermee is niet gezegd dat uitgavenstijgingen als gevolg van concurrentie acceptabel zijn zolang hier maar extra zorg tegenover staat. De informatie-imperfecties die kenmerkend zijn voor de zorg maken dat overconsumptie, dat wil zeggen: gebruik van niet-kosteneffectieve zorg, een reëel risico vormt. Bovendien kan een lage toetredingsdrempel resulteren in een teveel aan toetreding met maatschappelijke verspilling als gevolg.

De Amerikaanse ervaringen met de effecten van concurrentie op uitgaven komen eveneens aan bod. Hieruit blijkt dat concurrentie heeft bijgedragen aan kostenbeheersing, maar dit lukte alleen door de keuzevrijheid van artsen en verzekerden in te perken. Recente trends in VS laten zien dat verzekerden deze inperkingen niet langer accepteren, en bereid zijn meer te betalen voor keuzevrijheid. De laatste jaren lopen de uitgaven aan de zorg in de VS dan ook weer op.

Welke beleidsopties zijn beschikbaar om ongewenste (dat wil zeggen: welvaartsverlagende) uitgavenstijgingen tegen te gaan? Wat zijn de mogelijke bijwerkingen? Deze vragen komen later in dit hoofdstuk aan de orde.

### **9.2 Gevolgen van concurrentie voor de zorguitgaven**

Deze paragraaf rafelt de mogelijke effecten van concurrentie op de zorguitgaven uiteen in effecten die de prijs per verrichting kunnen doen stijgen of dalen, en effecten die het aantal verrichtingen kunnen doen stijgen of dalen.

#### **9.2.1 Factoren die de prijs per verrichting kunnen doen stijgen**

Concurrentie tussen verzekeraars kan leiden tot een toename van het aantal dure behandelingen, en tot ruimere toepassing van nieuwe medische technologie. De mate waarin dit optreedt hangt af van de voorkeuren van verzekerden: als verzekerden bereid zijn een hogere premie te betalen voor duurder behandelingen, levert concurrentie verzekeraars een prikkel om te zorgen dat deze behandelingen geleverd worden. Duurder is echter niet altijd beter, vanwege

informatie-imperfecties. Dit heeft belangrijke implicaties, waarop later in dit hoofdstuk nader wordt ingegaan.

Concurrentie tussen zorgaanbieders kan bovendien leiden tot een stijging van de prijzen van inputs, bijvoorbeeld hogere specialistentarieven en hogere lonen voor schaarse verpleegkundigen.<sup>118</sup> Een andere mogelijkheid is dat concurrentie leidt tot overcapaciteit (zie Kessler en McLellan, 2000, p. 578). Toetreding van nieuwe aanbieders kan leegstand van bestaande ziekenhuizen tot gevolg hebben, die hun vaste kosten dan moeten terugverdienen door hogere tarieven in rekening te brengen voor hun resterende activiteiten. Upcoding - een relatief goedkope behandeling declareren alsof het een dure behandeling betrof - is een laatste mogelijkheid.

### **9.2.2 Factoren die de prijs per verrichting kunnen verlagen**

Tegenover deze kostprijsverhogende effecten van concurrentie staan effecten die de prijs per verrichting juist kunnen verlagen. Zoals opgemerkt in hoofdstuk 2 kan concurrentie, zowel tussen verzekeraars als tussen aanbieders, zorgen voor een sterkere efficiëntieprikkel, en kan de zorgvraag verschuiven naar efficiëntere zorgaanbieders. Ook kunnen de prijzen van sommige inputs dalen, indien efficiëntere benutting leidt tot een geringer verbruik (bijvoorbeeld goedkopere gebouwen) maar ook indien misbruik van machtsposities wordt tegengegaan door effectief mededingingstoezicht of door initiatieven van verzekeraars (bijvoorbeeld door zelf concurrerend aanbod op te zetten).

### **9.2.3 Factoren die kunnen leiden tot een toename van het aantal verrichtingen**

Naast prijseffecten heeft het nieuwe stelsel mogelijke effecten op de hoeveelheid geleverde zorg. Zo zal deregulering van het aanbod tot gevolg hebben dat de productieplafonds bij ziekenhuizen minder gaan knellen. Bovendien kan financiering van ziekenhuizen op basis van DBCs zorgen voor een prikkel tot hogere productie. Indien dit, tegen een maatschappelijk acceptabele prijs, tot kortere wachtlijsten leidt is het welvaartseffect positief. Voorzover dit leidt tot echter productie van niet-kosteneffectieve zorg, rijst de vraag of verzekeraars voldoende mogelijkheden hebben (en benutten) om dit tegen te gaan. Deze vraag komt later in dit hoofdstuk aan bod. Ten slotte kan het (deels) loslaten van de huidige aanbodrestricties tot gevolg hebben dat latente zorgvraag zich in sterkere mate dan nu het geval is, vertaalt in feitelijke overconsumptie.

<sup>118</sup> Cutler (2002b) wijst erop dat de lonen van artsen in de VS veel sterker zijn gestegen dan in andere G7 landen. Hij schrijft dit toe aan de uitgavenbeperkingen in die andere landen.

#### 9.2.4 **Factoren die kunnen leiden tot een daling van het aantal verrichtingen**

Tegenover de zojuist genoemde factoren die de zorgproductie kunnen doen toenemen staan factoren die de zorgproductie juist kunnen afremmen. Zo kan prijsconcurrentie tussen verzekeraars ertoe leiden dat zij proberen oneigenlijk beroep op zorgaanbieders of overbodig medicijngebruik tegen te gaan. Ervaringen met *managed care* in de VS laten zien dat dit een mogelijk scenario is (zie paragraaf 9.4).

### 9.3 **Welvaartsimplicaties van uitgavenstijgingen**

Uitgavenstijgingen zijn niet altijd slecht voor de welvaart. De welvaartseffecten hangen af van de oorzaken van de uitgavenstijgingen. Bovendien leidt een kostenstijging voor bepaalde zorgsoorten soms tot grotere besparingen elders. Zo kan een behandeling die leidt tot snel herstel duurder zijn, maar dit wordt soms goedge maakt door snellere terugkeer van de patiënt in het arbeidsproces waardoor korter beroep wordt gedaan op de ziektewet.

#### 9.3.1 **Extra verrichtingen en duurdere verrichtingen**

Concurrentie draagt bij aan een betere benutting van het beschikbare zorgaanbod en deregulering van toetreding leidt tot extra zorgaanbod. Voor zover uitgavenstijgingen veroorzaakt worden door extra verrichtingen of door kwalitatief betere verrichtingen kan de welvaart toenemen. Het moet dan wel gaan om kosteneffectieve zorg: de kosten van de zorg moeten opwegen tegen de verwachte gezondheidswinst. Een deel van de extra productie kan bestaan uit zorg die niet aan dit criterium van kostenefficiëntie voldoet. In dat geval is sprake van maatschappelijke verspilling, en dus van een daling van de welvaart. In het nieuwe stelsel kan dit probleem in ernst toenemen. De reden is dat latente overconsumptie zich in sterkere mate kan vertalen in feitelijke overconsumptie, door kortere wachtlijsten, verzekeraars die beter hun best doen het verzekerden naar de zin te maken, ziekenhuizen die streven naar het opvoeren van de productie onder invloed van het nieuwe bekostigingsmodel.

Maar waardoor ontstaat overconsumptie? Het om deze vraag te beantwoorden is het nodig wat uitgebreider in te gaan op de informatie-imperfecties in de zorg. Als verzekerden goed geïnformeerd zijn over de kosten en baten (waaronder gezondheidswinst) van verschillende behandelingen, dan zullen zij deze informatie gebruiken bij de poliskeuze. Als dit hen ertoe doet besluiten een duurdere polis te nemen, dan is er vanuit welvaarts oogpunt geen reden om deze keuze af te remmen, al helemaal niet als de prijs van die polis tot stand komt via concurrentie tussen verzekeraars. Deze conclusie gaat echter niet langer op indien verzekerden slecht geïnformeerd zijn, of (wat op hetzelfde neer komt) niet in staat zijn de beschikbare informatie juist te interpreteren. Verzekerden kunnen in dat geval het nut van de zorg niet goed beoordelen. Dit kan hen ertoe brengen de prijs te zien als signaal voor kwaliteit: 'duurder zal wel

beter zijn'. Bovendien betekent het gebrek aan informatie dat patiënten afhankelijk zijn van de behandelkeuze van de arts. Indien deze financieel belang heeft bij extra verrichtingen, ook als die niet voldoen aan het kosteneffectiviteitscriterium, kan dit leiden tot overconsumptie. In de literatuur staat deze mogelijkheid bekend als *supplier induced demand*.

Informatie-imperfecties kunnen een rechtvaardiging vormen voor overheidsingrijpen. Een voorbeeld is het bindend voorschrijven van kosteneffectieve behandelprotocollen, waarmee het risico van overconsumptie door de behandelkeuze van de arts wordt verkleind.

### 9.3.2 Overcapaciteit

Een andere vorm van verspilling kan ontstaan indien toetreding van nieuwe klinieken leidt tot leegstand van bestaande ziekenhuizen. Volgens een standaardresultaat uit de micro-economie kan, in markten waar vaste kosten een belangrijke rol spelen, inderdaad sprake zijn van een teveel aan toetreding. (zie bijvoorbeeld Cabral, 2000, p. 253). Het omgekeerde - te weinig toetreding - is overigens ook mogelijk.

De mogelijke verspilling moet worden afgewogen tegen de gunstige effecten van de concurrentieprikkels die uitgaat van nieuwe klinieken. Bovendien kan de omvang van de eventuele verspilling worden tegengegaan door de vrijgekomen capaciteit aan te wenden voor andere doelen. Een voorbeeld is verhuur of verkoop van gebouwen aan nieuw aanbieders in de cure of care. De bereidheid van ziekenhuizen om naar dit soort oplossingen te zoeken zal toenemen indien zij hier een financieel belang bij hebben. In het huidige model is dit niet of nauwelijks het geval, maar in het nieuwe model waarschijnlijk wel. Bij concurrentie op basis van vrije onderhandelingen over integrale DBC-prijzen (dus inclusief kapitaallasten) hebben ziekenhuizen belang bij het terugbrengen van hun kosten. Verkoop of verhuur van overtollige capaciteit kan hier aan bijdragen. Overigens is het leegstandsprobleem vooral een tijdelijk probleem.

### 9.3.3 Hogere lonen en salarissen

De laatste jaren komt een fors deel van de uitgavenstijging aan de zorg voor rekening van gestegen salarissen (zie SCP, 2002). Dit wordt soms gezien als weggegooid geld. Toch kan het welvaartseffect van hogere lonen positief zijn. Dan gaat het niet alleen om de welvaartswinst van de beter betaalde medici zelf, maar ook om de welvaartswinst die samenhangt met de toegenomen aantrekkelijkheid van medische beroepen. De toegenomen aantrekkelijkheid zorgt voor extra aanbod van medici. Dit extra aanbod draagt bij aan het voorkomen van personeeltekorten en dus wachtlijsten in de toekomst.



#### 9.3.4 Welvaartsimplicaties van uitgavenstijgingen in het verleden

Met een paar aannames en enige slagen om de arm kan worden nagegaan of de baten (in termen van gezondheidswinst) van hogere zorguitgaven in het verleden hebben opgewogen tegen de kosten. Cutler (2002b) komt voor de VS tot de volgende conclusie: voor de periode sinds 1950, waren de baten van een langere levensverwachting door betere behandeling van hart- en vaatziekten en van ondergewicht bij pasgeborenen voldoende om *alle* extra uitgaven aan gezondheidsbudget gedurende die periode te rechtvaardigen. Hij komt tot deze conclusie op basis van een veronderstelde waarde van 100 000 dollar per extra levensjaar.

Hoewel deze cijfers duidelijk maken dat investeringen in de zorg een hoog maatschappelijk rendement kunnen hebben, kan hieruit niet worden geconcludeerd dat hetzelfde geldt voor *alle* zorguitgaven. Een hoog gemiddeld rendement zegt immers niets over de ruimte voor efficiëntieverbetering.

#### 9.3.5 Investeringen in kostenreductie

Naast ongewenste uitgavenstijgingen *kan* het nieuwe stelsel ook investeringen in kostendalingen afremmen. Dit heeft te maken met zogenaamde externe effecten: investeringen in kostenbesparingen komen ook ten goede aan andere zorgaanbieders of zorgverzekeraars. Als gevolg hiervan is de investeringsprikkel voor een individuele verzekeraar of aanbieder te zwak. In theorie zouden verzekeraars onderling of zorgaanbieders onderling afspraken kunnen maken om toch tot het optimale investeringsniveau in kostenreductie te komen, maar door coördinatieproblemen komt dit soort samenwerking onvoldoende van de grond. De Mededingingswet staat dit soort samenwerking overigens toe, mits aannemelijk is gemaakt dat de baten ten goede komen aan de consument.

Een voorbeeld van investeringen in kostenreductie waarin 'de markt' tekortschiet is de ontwikkeling van protocollen en richtlijnen voor kosteneffectieve zorg (zie iBMG, 2002). De ontwikkeling van dergelijke richtlijnen en protocollen vergt aanzienlijke investeringen in onderzoek, terwijl de kennis die uit dit onderzoek voortvloeit voor iedereen beschikbaar is. Met andere woorden, het betreft hier een collectief goed dat door marktpartijen in onvoldoende mate wordt geproduceerd.

Een tweede voorbeeld betreft relatief dure behandelingen die bijdragen aan snellere terugkeer in het arbeidsproces. Hiervan profiteren niet alleen de verzekerden zelf, maar ook anderen via lagere ziektewet-premies (zie Adang, 2002). Dit laatste effect wordt door verzekeraars niet meegenomen in hun beslissing om dure operaties al dan niet te vergoeden. Het toestaan van combi-polissen (ziektekosten+ziektewet) kan dit probleem oplossen. Verzekeraars kunnen dan het externe effect internaliseren. Gevolg is wel een (politiek omstreden) voorkeursbehandeling voor werkenden. In voorkomende gevallen kan het

gerechtvaardigd zijn behandelingen waarvan het vaststaat dat de externe effecten groot zijn via richtlijnen voor te schrijven.

## 9.4 Amerikaanse ervaringen met concurrentie en kosten

Uit de theoretische overwegingen in de vorige paragraaf blijkt dat concurrentie tussen verzekeraars en tussen zorgaanbieders kan leiden tot kostendalingen maar ook tot uitgavenstijgingen. De verschillende effecten werken tegen elkaar in zodat het netto effect niet is te voorspellen.

De ervaringen met de zogenaamde *managed care* in de VS vormen een goede illustratie van de verschillende theoretische mogelijkheden. Managed care is een verzamelterm voor de uiteenlopende manieren waarop ziektekostenverzekeraars in de VS hun regierol vervullen. Kostenbeheersing is hierbij een belangrijk doel. Voorbeelden van maatregelen die verzekeraars hierbij hanteren zijn selectieve contracten met zorgaanbieders, verplichte second opinions alvorens over te gaan tot dure behandelingen, artsen in loondienst, abonnementssystemen voor artsen, en bonussen voor artsen indien doorverwijzingen beneden een bepaald plafond blijven. Deze regierol heeft vanaf het midden van de jaren 80 een enorme vlucht genomen in de VS. Was in 1985 het marktaandeel van managed care nog slechts 20%, in 1993 was dit opgelopen tot 70% (Glied, 2000, p. 710). Tegenwoordig is meer dan 95% van de verzekerden aangesloten bij een managed care organisatie (Cutler, 2002a, p. 51).

Onderzoek wijst uit dat managed care in belangrijke mate heeft bijgedragen aan kostenbeheersing. Zo laten Kessler and McClellan (2000) zien dat in de jaren tachtig, dus in de periode voordat managed care breed ingang had gevonden, in regio's met meer concurrentie de kosten van behandeling voor acute hartaanvallen hoger waren dan in andere regio's. In sommige gevallen, maar niet altijd, stonden hier betere gezondheidsuitkomsten (lagere mortaliteit) tegenover. Begin jaren negentig - managed care heeft dan al een marktaandeel van 70% - is het effect van concurrentie radicaal veranderd. In regio's met meer concurrentie zijn de kosten per behandelde patiënt lager, terwijl de gezondheidsuitkomsten nog steeds beter zijn. De gunstige effecten van concurrentie op gezondheidsuitkomsten zijn in deze tweede periode zelfs groter dan in de eerste periode.

Deze resultaten doen de onderzoekers concluderen dat na 1990 concurrentie zonder meer heeft geleid tot hogere welvaart. Voor 1990 was dit minder duidelijk, vanwege de gestegen kosten. Het is des te opmerkelijker dat één van de meest vooraanstaande Amerikaanse gezondheidseconomen een vernietigend oordeel velt over managed care: 'The most serious cost containment effort we have tried turned out to be a big failure. Maybe there wasn't so much waste to eliminate? Maybe people don't really want to save money?' (Cutler, 2002c). Hij verwijst in dit citaat naar wat in de VS bekend staat als de 'managed care backlash': de toenemende

ontevredenheid van verzekerden met de kostenbeheersingsmaatregelen van managed care organisaties. In reactie hierop neemt het gebruik van kostenbeheersingsmaatregelen weer af en stijgen de zorguitgaven in de VS weer fors. Na stijgingen van 1 à 3% per jaar in de jaren 1994 - 1998 stegen de uitgaven in de jaren 1999-2001 met 7 à 10% per jaar.

De grote vraag bij de managed care backlash is natuurlijk: was de ontevredenheid van verzekerden terecht? Gingen de kostenbesparingen misschien ten koste van kwaliteit of toegankelijkheid? Dit zijn in feite ook de vragen die Cutler stelt, maar bij gebrek aan empirisch onderzoek niet kan beantwoorden. Algemene uitspraken worden ook bemoeilijkt door onderlinge verschillen tussen managed care organisaties (Glieb 2000). De beschikbare case studies wijzen echter niet op kwaliteitsverlies bij HMOs, eerder het omgekeerde (Gaynor et al., 2001, Cutler et al., 2000; zie ook hoofdstuk 8). Als de kwaliteit van de zorg niet verslechterde (soms verbeterde), terwijl de kosten daalden, wat verklaart dan de *managed care backlash*? Wellicht zijn verzekerden met een niet-kosteneffectieve zorgvraag in staat forse publicitaire schade toe te brengen aan de managed care organisaties die hen deze zorg weigeren. Buitenstaanders kunnen berichten in de media over geweigerde zorg immers moeilijk op waarde schatten: ging het om essentiële zorg of om onnodige zorg? Indien deze verklaring juist zou zijn, dan is het fundamentele probleem opnieuw een gebrek aan informatie bij verzekerden. De beleidsimplicatie is ook hier het verbeteren van de informatievoorziening.

## **9.5 Opties ter voorkoming van ongewenste uitgavenstijgingen**

### **9.5.1 Inleiding**

Deze paragraaf gaat na welke opties beschikbaar zijn om ongewenste uitgavenstijgingen tegen te gaan. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen opties die aangrijpen bij de zorgvraag en opties die aangrijpen bij het zorgaanbod.

### **9.5.2 Rem op de vraag I: eigen bijdragen/eigen betalingen**

Concurrentie draagt bij aan een betere benutting van het beschikbare zorgaanbod en deregulering van toetreding leidt tot extra zorgaanbod. De wachtlijsten kunnen zo worden teruggedrongen, een maatschappelijk gewenste uitkomst. Maar er ontstaat ook meer ruimte voor oneigenlijk gebruik van medische voorzieningen. Overbodige bezoeken aan huisartsen, medisch specialisten en paramedici worden niet langer ontmoedigd door wachtlijsten. Bovendien levert de nieuwe honoreringssystematiek voor ziekenhuizen niet langer een prikkel om oneigenlijk gebruik tegen te gaan. Daarom neemt in het nieuwe stelsel het belang toe van prikkels om onnodige zorgvraag tegen te gaan. Een instrument om een dergelijke prikkel te introduceren is het invoeren van een verplichte eigen bijdrage. Nederland kent in vergelijking met andere landen geringe eigen bijdragen in de zorg (zie tabel 4.1).

**Tabel 9.1 Eigen bijdragen: Nederland in vergelijking met het buitenland**

	huisarts	specialist	ziekenhuisopname	geneesmiddelen
Nederland	geen	geen	geen	verschil tussen referentie-prijs en feitelijke prijs
Australie	15%	15%	25%	22 AUD per recept
Denemarken	geen	geen	geen	100% met een jaarlijks maximum
Duitsland	geen	geen	9 euro per dag	4 a 5 euro per recept + verschil met referentieprijs
Nieuw Zeeland	verschil met referentietarief	geen	geen	NZD 5 per recept
Zweden	11 a 15 euro	16-26 euro	8,6 euro per dag	99 euro eigen bijdrage aan de voet
VK	geen	geen	geen	6 pond per geneesmiddel

Bron: European Observatory on Health Care Systems, Health care systems in eight countries, april 2002.

De huidige plannen gaan uit van een eigen bijdrage van 100 euro per volwassenen-equivalent. Kinderen tellen mee voor een halve volwassene. Een gezin met twee kinderen krijgt dus een eigen risico van 300 euro. In de plannen gaat het om een eigen bijdrage aan de voet: dit gezin moet de eerste 300 euro zelf betalen, vervolgens komen alle kosten voor rekening van de verzekeraar (voorzover gedekt door de basispolis of aanvullende polis).

#### **Bestaande ervaringen met eigen bijdragen**

Wat is bekend over de effecten van eigen bijdragen? Fungeren eigen bijdragen inderdaad als 'remgeld'? En zo ja, in hoeverre gaat het dan om een daling van *oneigenlijk* gebruik? Wat zijn de negatieve bijwerkingen, zoals ongewenst uitstel van zorgvraag met mogelijk gezondheids- en kostenrisico's? Hoe hoog moeten eigen bijdragen zijn om effect te sorteren?

Wat Nederland betreft stemt het verleden weinig hoopvol over de effectiviteit van eigen bijdragen. De Kam en Nypels (2001, p. 26) schrijven hierover: 'In het midden van de jaren negentig heeft de overheid geëxperimenteerd met eigen bijdragen voor ziekenfondsverzekerden bij bezoek aan medisch specialisten, het gebruik van medicijnen en zo meer. De bedoeling was dat de eigen betaling patiënten zou prikkelen om niet te snel naar de dokter te lopen. Maar de eigen bijdragen waren te laag om effectief als 'remgeld' te functioneren. Achteraf bleek dat de uitvoeringskosten voor de ziekenfondsen hoger uitvielen dan de bereikte besparing. Het resultaat was dat de zorg eerder duurder werd dan goedkoper' (De Kam en Nypels, 2001, p. 26).

Dat het ook anders kan blijkt uit ervaringen in het buitenland. De meest overtuigende ervaringen zijn (weer) afkomstig uit de VS, waar de overheid in jaren '70 het zogenaamde RAND-experiment liet uitvoeren. Hieraan deden bijna 6000 personen mee, die volgens een toevalsprocedure een bepaalde zorgpolis kregen toegewezen. De polissen verschilden wat betreft het percentage eigen betalingen, variërend van 0%, 25% 50% en 95% (met een bepaald

maximum). Zorgconsumptie en gezondheidsuitkomsten van de deelnemers werden gedurende de periode februari 1974 - november 1977 gemeten. De resultaten, die in de internationale literatuur nog steeds als ijkpunt dienen, wijzen uit dat de zorgvraag gevoelig is voor de prijs: hoe hoger de bijbetaling, hoe geringer de zorgvraag. Gemiddeld over alle zorguitgaven (huisartsen, ziekenhuizen, paramedici) leidde een prijsstijging met 10% tot een daling van de zorgvraag met 2%. Bij sommige soorten zorg was het effect groter (huisartsen), bij andere soorten zorg was het effect kleiner.

Uit het RAND-experiment bleek dat negatieve bijwerkingen van eigen bijdragen uitsluitend optraden bij lage inkomensgroepen: "For poor adults [...] who began the experiment with high blood pressure [...] there was a clinically significant reduction in blood pressure in the free fee-for-service plan compared to the plan with cost sharing." (Manning et al. 1987, p. 265).

Dichter bij huis, en veel recenter, zijn interessante lessen te leren van de Belgische ervaringen met eigen bijdragen. België kent forse eigen bijdragen voor huisartsbezoek, medicijnen en opname in het ziekenhuis. Hierdoor lijkt de vraag te zijn afgeremd. Een verhoging van eigen bijdragen voor een huisartsenconsult in 1994 met 50% (van 20% van het tarief per consult tot 30% van het tarief) leidde tot een daling van het aantal consulten met 6 à 8% (ministerie VWS, 2001a). Om de toegankelijkheid voor zwakke groepen te waarborgen, gelden voor deze groepen veel lagere eigen bijdragen.

Frankrijk kent eveneens forse eigen bijdragen, maar verzekerden kunnen zich hiertegen indekken via een aanvullende verzekering. De meeste verzekerden maken van deze mogelijkheid gebruik, waardoor het remmend effect zich in de praktijk nauwelijks voordoet (VWS 2001a).

### **Modelsimulaties voor Nederland**

Om een inschatting te kunnen maken van de effecten van invoering van een substantieel eigen risico in Nederland, zijn berekeningen gemaakt met het zorgmodel van het CPB/SCP (CPB/SCP, 1999). Het model maakt gebruik van prijselasticiteiten die zijn berekend op basis van onderzoek uitgevoerd door van Vliet (1998). Zie tabel 9.2. De tabel laat de uitkomsten zien van een viertal varianten:

- de gemiddelde eigen risico's in het huidige stelsel
- een eigen risico aan de voet van 100 euro per volwassene / 50 euro per kind; deze variant komt overeen met de huidige kabinetsplannen
- een eigen risico aan de voet van 200 euro per volwassene / 100 euro per kind
- een eigen risico aan de voet van 500 euro per volwassene / 250 euro per kind.

De varianten zijn steeds afgezet tegen een hypothetische situatie zonder eigen risico's. Op basis van tabel 9.2 vallen de volgende conclusies te trekken:

- Het remmende effect van de kabinetsplannen ten opzichte van de huidige situatie bedraagt een kleine 0,2% van de totale zorguitgaven in het 2e compartiment, dat is ongeveer 100 mln euro.
- De effecten variëren sterk tussen de verschillende componenten van de zorguitgaven. Opvallend is het relatief sterke effect op de dienstverlening door huisartsen, maar ook de effecten op fysiotherapeuten en specialistische hulp zijn substantieel. Over de vraag of het hier een afname van onnodige zorg dan wel van kosteneffectieve zorg betreft, doen de modelberekeningen geen uitspraak.
- Het extra remmende effect van een hoger eigen risico is redelijk groot. Zo leidt een eigen risico van 500 euro per volwassene-equivalent tot een daling van de zorguitgaven ten opzicht van de huidige situatie met 1,5%, dat is ongeveer 0,7 mld euro.

**Tabel 9.2 Effecten eigen bijdragen aan de voet op zorgvolume en zorguitgaven (mutatie in % ten opzicht van geen eigen bijdrage)**

	eigen risico aan de voet per volwassene-equivalent:			
	huidige stelsel	100 euro	200 euro	500 euro
Mutatie bruto financiering:				
Ziekenhuizen	- 0,1	- 0,6	- 0,8	- 1,2
Medisch specialisten	- 0,5	- 2,2	- 3,3	- 6,0
Huisartsen	- 1,4	- 6,1	- 8,1	- 11,5
Tandartsen (wettelijk deel)	- 0,9	- 3,2	- 3,8	- 5,3
Fysiotherapeuten	- 1,0	- 4,4	- 5,7	- 8,1
Geneesmiddelen	- 0,1	- 0,5	- 1,1	- 3,3
Tweede compartiment	- 0,3	- 1,3	- 1,8	- 3,1
Totale financiering cf Zorgnota	- 0,2	- 0,7	- 1,0	- 1,7

Bron: CPB/zorgmodel (met dank aan Kees Folmer).

### 9.5.3 Rem op de vraag II: transparantiebevordering

In paragraaf 9.3 en 9.4 werd beargumenteerd dat gebrek aan informatie over kosteneffectieve zorg bij verzekerden kan leiden tot overconsumptie. In hoofdstuk 4 is uitgebreid ingegaan op opties ter vergroting van de transparantie. Daarbij is ook gewezen op een mogelijke rol voor een derde partij, die in de vorm van goed te interpreteren indicatoren rapporteert over de kosteneffectiviteit van verschillende zorgaanbieders.

### 9.5.4 Rem op het aanbod I: honoreringsmodel medisch specialisten

In paragraaf 9.2 is gewezen op de mogelijkheid van *supplier-induced demand*: indien artsen hier financieel belang bij hebben kunnen zij overgaan tot extra verrichtingen, ook als die niet voldoen aan het kosteneffectiviteitscriterium.

Empirisch onderzoek laat zien dat het gedrag van medisch specialisten inderdaad gevoelig is voor financiële prikkels. Zo blijkt uit empirisch onderzoek van Mot (2002) dat een tariefsverhoging van eerste polikliniekbezoeken met 10% leidt tot een daling van de opnamekans met 4% (Mot 2002, p. 248). Deze verschuiving van klinische naar poliklinische behandelingen leidt tot lagere kosten. Adequate financiële prikkels voor specialisten dragen dus bij aan kostenbeheersing. Maar aan krachtige financiële prikkels kleeft ook een potentiële nadeel, namelijk overproductie. Mot (2002) vat dit dilemma als volgt samen: 'Bij betaling van specialisten per verrichting dreigt het risico van 'supplier-induced demand'; bij vaste betaling dreigen de risico's van 'supplier-reduced demand', langere wachttijden en afwenteling op andere delen van de gezondheidszorg' (stelling no. 2 bij haar dissertatie). Om deze reden is een mengvorm van vaste en variabele honorering optimaal (zie ook Folmer en Westerhout, 2002). Loondienst leidt tot te weinig productie, betaling per verrichting tot teveel.

De plannen voor een nieuw zorgstelsel bevatten een specifieke mengvorm in de vorm van DBCs. Ziekenhuizen worden in de toekomst betaald op basis van het aantal geleverde DBCs, bijvoorbeeld het aantal heupoperaties. De prijs per DBC wordt vastgesteld in onderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars, althans voor die DBCs waar concurrentie goed van de grond komt. Extra verrichtingen binnen een bepaalde DBC leveren het ziekenhuis geen extra inkomsten op.

Zijn DBCs de juiste mengvorm? Dit hangt van een aantal factoren af. In de eerste plaats van de fijnmazigheid van de DBC-classificatie: hoe gedetailleerder, des te dichter het DBC-systeem in de buurt komt van een systeem met betaling per verrichting. Maar een grofmazig systeem heeft ook nadelen. Voor sommige behandelingen zal het DBC-tarief te hoog zijn, voor andere te laag. Dit leidt tot een prikkel bij ziekenhuizen/specialisten om te beknibbelen op dure behandelingen. Hierbij is het van belang dat het verzekeraars vrij staat om binnen het DBC-systeem naast prijsafspraken ook hoeveelheidsafspraken te maken. Hierboven is al gewezen op de Amerikaanse ervaringen met *managed care*. Eén van de instrumenten die verzekeraars

gebruikten om de ziekenhuiskosten te beheersen, waren prijzen die afhangen van de geleverde hoeveelheid zorg. Als een ziekenhuis of een specialist in de contractperiode meer van een bepaald soort verrichting uitvoerde dan een afgesproken plafond, dan ontving hij hiervoor bij sommige *managed care* organisaties een lager tarief dan voor verrichtingen beneden het afgesproken plafond.

Op dit soort afspraken zijn verschillende varianten mogelijk. Zo kan een verzekeraar kiezen voor een bekostigingsmodel voor ziekenhuizen, opgebouwd uit een vast bedrag per ziekenhuis aangevuld met een vergoeding per DBC. DBC-tarieven kunnen in het laatste geval lager zijn. De ziekenhuisdirectie heeft dan een minder sterke prikkel om de productie op te voeren. Bovendien loopt het ziekenhuis minder risico.

#### **9.5.5 Rem op het aanbod II: honoreringsmodel huisartsen**

In hoofdstuk 1 is reeds gewezen op een experiment uitgevoerd door een verzekeraar in Zuid-Limburg, waarbij huisartsen werden beloond voor efficiënt voorschrijfgedrag. De ervaringen rond dit project wijzen uit dat een substantiële daling van overconsumptie van geneesmiddelen mogelijk is, mits artsen hiertoe worden geprikkeld.

#### **9.5.6 Rem op het aanbod III: protocollen**

In het voorafgaande is regelmatig gesproken over kosteneffectieve zorg. Maar wanneer is zorg kosteneffectief, wanneer niet? Om die vraag te kunnen beantwoorden is onderzoek nodig dat gericht is op het in kaart brengen van de kosten en baten van verschillende behandelingen, bijvoorbeeld in termen van QALYs (zie nogmaals het kader over kosteneffectieve zorg in hoofdstuk 2). Dit onderzoek, veelal uitgevoerd door verenigingen van beroepsbeoefenaren in samenwerking met gezondheidseconomen, resulteert in richtlijnen voor kosteneffectieve zorg. Dit gebeurt in Nederland echter niet systematisch, in afwijking van bijvoorbeeld het VK (zie iBMG, 2002). Omdat deze richtlijnen het karakter hebben van een collectief goed, is er veel voor te zeggen de ontwikkelingen van richtlijnen en protocollen te financieren uit algemene middelen.

#### **9.5.7 Rem op het aanbod IV: verbod op winst?**

In een intermezzo eerder in dit rapport is ingegaan op de voor- en nadelen van het toelaten van winstgerichte zorgaanbieders. Een van de conclusies luidt dat empirisch onderzoek niet leidt tot eenduidige conclusies over de effecten van het toelaten van winst op de kostenefficiëntie. Wel zijn er aanwijzingen dat winstgerichte klinieken sterker geneigd zijn misbruik te maken van marktmacht. Dit pleit voor terughoudendheid bij het toelaten van winst bij zorgaanbieders. Hier staat tegenover dat een verbod op winst toetreding van nieuwe zorgaanbieders kan ontmoedigen.



Bij zorgverzekeraars ligt de zaak anders. De non-profit status van ziekenfondsverzekeraars zet een rem op hun prikkel om premies te verhogen. Een van de redenen is, dat deze verzekeraars te maken hebben met een wettelijke maximering van hun reserves. Is dit plafond eenmaal bereikt, dan heeft het weinig zin meer om premies te verhogen. Zolang verzekeraars over marktmacht beschikken, kan een verbod op winst dus helpen om misbruik van marktmacht tegen te gaan. Een dergelijk verbod zou echter verregaande consequenties hebben voor de bestaande particuliere verzekeraars. Bovendien kan een verbod op winst uit ziektekostenverzekeringen toetreding van nieuwe verzekeraars ontmoedigen.

#### **9.5.8 If all else fails.....**

Is er in het nieuwe stelsel nog een rol weggelegd voor de oude instrumenten van capaciteitsbeperking en prijsregulering? Het antwoord is in principe ontkennend. Wil concurrentie een kans krijgen, dan moet de toetreding van nieuwe aanbieders niet worden afgeremd door beperkende regelgeving rond capaciteit. En wil de concurrentieprikkel vervolgens bijdragen aan verbetering van kostenefficiëntie, dan moeten de prijzen niet centraal worden vastgesteld. Er is echter een aantal uitzonderingen op dit algemene uitgangspunt. Zo zijn er delen van de zorg waar de 'markt' naar alle waarschijnlijkheid niet goed werkt (zie het intermezzo over spoedeisende zorg en topzorg eerder in dit rapport). De overheid zal dan allereerst moeten bepalen welk minimumniveau van zorg voor dergelijke voorzieningen maatschappelijk gewenst is. Dit resulteert in een capaciteitsplan.

Daarnaast kan in de praktijk blijken dat in bepaalde regio's concurrentie tussen zorgaanbieders of tussen verzekeraars niet goed van de grond komt. In die gevallen kan een toezichthouder besluiten tot aanvullende prijs-regulering.

In een aantal gevallen is het handhaven van de huidige maximumprijzen een optie, bijvoorbeeld bij geneesmiddelen (zie hoofdstuk 6). In feite vormen maximumprijzen een garantie tegen het risico dat daar waar concurrentie onvoldoende van de grond komt, partijen misbruik maken van marktmacht door de tarieven fors te verhogen.

## **9.6 Conclusies**

Indien markten goed werken - dus indien sprake is van lage toetredingsdrempels, transparantie van prijs en kwaliteit - levert concurrentie aanbieders een prikkel op datgene te leveren wat de klant wil. De zorg-klant wil kwalitatief goede zorg op het juiste moment en voor een zo laag mogelijke prijs die tot uitdrukking komt in een lage verzekeringspremie. Indien zorgmarkten goed werken, zorgt concurrentie in de zorg dus voor een goede prijs/kwaliteitverhouding.

Maar zelfs indien zorgmarkten goed werken is er geen enkele garantie dat concurrentie ertoe leidt de totale uitgaven aan zorg gaan dalen. Omdat op dit moment sprake is van rantsoenering -

verzekerden kunnen niet altijd rekenen op zorg, zelfs als zij bereid zijn hiervoor via hun verzekeringspolis het volle pond te betalen - zal het zorgvolume toenemen indien de productiebeperkingen worden losgelaten. Hiertegenover staat een gunstige effect van concurrentie op de prijs per verrichting, als gevolg van de sterkere prikkel tot kostenefficiëntie. Per saldo kunnen de zorguitgaven door concurrentie dus stijgen of dalen.

Indien zorgmarkten goed zouden werken, zou een eventuele kostenstijging ten gevolge van concurrentie geen reden voor bezorgdheid zijn. Goed werkende markten resulteren in prijzen en hoeveelheden die goed aansluiten bij de preferenties van consumenten, in dit geval verzekerden. Maar in de zorg geldt dat onvolledige informatie en externe effecten de werking van markten belemmeren. Hierdoor kan concurrentie leiden tot een toename van niet-kosteneffectieve zorg. Een ander mogelijk gevolg van concurrentie is, dat investeringen in kosteneffectieve zorg achterwege blijven omdat de baten elders neerslaan. Om deze redenen blijft in het nieuwe stelsel een rol weggelegd voor aanvullend overheidsbeleid gericht op kostenbeheersing. De vorm en de intensiteit van dit beleid hangen af van:

- De mate waarin het lukt informatieproblemen op te lossen, bijvoorbeeld door het toekennen van rapportcijfers voor kosteneffectieve zorg, of door te investeren in protocollen en richtlijnen voor kosteneffectieve zorg.
- De mate waarin het lukt externe effecten te internaliseren, bijvoorbeeld door combi-polissen toe te staan. Verzekeraars hebben dan een prikkel om de juiste afweging te maken tussen prijs van de behandeling en hersteltijd (en dus ziekte duur) van de patiënt.

Indien het informatieprobleem niet goed oplosbaar is, blijft het risico van overconsumptie van zorg bestaan. Aanvullende beleidsopties zijn dan eigen bijdragen en terughoudendheid bij het toestaan van winst. Indien positieve externe effecten niet goed geïnternaliseerd kunnen worden, blijft het risico bestaan dat bijvoorbeeld iets duurder ingrepen die leiden tot veel sneller herstel onvoldoende ingang vinden. Een mogelijke beleids optie is dan het bindend voorschrijven van protocollen en richtlijnen voor kosteneffectieve zorg.

## **Deel IV: Omgaan met onzekerheid**

### **Inleiding deel IV**

In de delen II en III van dit rapport is ingegaan op de volgende twee vragen:

- Onder welke voorwaarden komt concurrentie van de grond?
- Hoe zijn mogelijke negatieve bijwerkingen van concurrentie tegen te gaan?

De zoektocht naar antwoorden op deze vragen heeft een verzameling beleidsopties opgeleverd die in dit deel worden samengevat. Vervolgens gaat dit deel in op terugvalopties: stel dat concurrentie in bepaalde deelsectoren in onvoldoende mate van de grond, of dat de negatieve bijwerkingen te groot zijn. Wat zijn dan de beleidsopties? Een tweede vraag die aan bod komt is van meer algemene aard: indien succes niet verzekerd is, wat zijn dan de redenen om toch voort te gaan op de weg naar concurrentie?

## **10 Kansen benutten, risico's beperken**

### **10.1 Inleiding**

De delen II en III van dit rapport schetsen beleidsopties die eraan bijdragen dat aan de voorwaarden voor concurrentie wordt voldaan. Dit hoofdstuk vat de beleidsopties samen voor verschillende deelmarkten in de curatieve zorg: de markt voor zorgverzekeringen, de markt voor ziekenhuiszorg, de markt voor eerstelijnszorg (huisartsen en tandartsen) en paramedische vrije beroepsbeoefenaren (fysiotherapeuten, psychologen, logopedisten etc.) en de markt voor geneesmiddelen.

In hoeverre zijn de in deel II geschetste beleidsopties toereikend om concurrentie in voldoende mate te versterken? Hoe ernstig zijn eventuele negatieve bijwerkingen van meer concurrentie? In hoeverre zijn de in deel III geschetste beleidsopties toereikend om deze negatieve bijwerkingen tegen te gaan? Antwoorden op deze vragen kennen een onzekerheidsmarge die verschilt van beleidsoptie tot beleidsoptie en van deelsector tot deelsector. De relevante markten zijn nog volop in ontwikkeling en hoewel buitenlandse ervaringen nuttige lessen bevatten, zijn die niet automatisch toepasbaar vanwege de specifieke Nederlandse omstandigheden en beleidskeuzes. Daarom wordt, voor elk van de zojuist genoemde deelmarkten, op basis van kwalitatieve overwegingen nagegaan hoe reëel de mogelijkheid is dat de beschikbare beleidsopties toereikend zijn om concurrentie te versterken en negatieve bijwerkingen tegen te gaan. In die deelsectoren waar de beleidsopties mogelijk niet

toereikend zijn, rijst de vraag wat de terugvaloptie is voor het beleid: wat te doen indien concurrentie onverhoopt tegenvalt?

## **10.2 Kansen creëren voor concurrentie: beleidsopties en dilemma's**

### **10.2.1 Inleiding**

In deel II zijn beleidsopties geschetst die het streefdoel van concurrerende verzekeraars en zorgaanbieders naderbij kunnen brengen. Deel III is ingegaan op beleidsopties om ongewenste bijwerkingen van het nieuwe stelsel tegen te gaan. Deze paragraaf vat de beleidsopties uit de delen II en III kort samen; tussen haakjes staat het nummer van het hoofdstuk waarin de betreffende optie is besproken.

De beleidsopties vallen uiteen in een twee categorieën:

1. Beleidsopties die geen uitstel dulden (noodzakelijke opties) of waarbij er geen reden voor uitstel is (baten groter dan de kosten).
2. Beleidsopties waar belangrijke nadelen aan kleven en die in een gunstig geval niet noodzakelijk zijn, maar in een ongunstig geval misschien wel. Bij deze beleidsopties liggen de echte beleidsdilemma's.

### **10.2.2 Algemeen: transparantie, mededingingstoezicht en richtlijnen**

Voor alle deelsectoren binnen de curatieve zorg geldt dat verbetering van transparantie en versterking van het mededingingstoezicht dringend nodig zijn. Het ontbreken van transparantie van prijs en kwaliteit van zowel verzekeraars als zorgaanbieders vormt een ernstige belemmering voor concurrentie op de relevante markten (zie hoofdstuk 4). Hier ligt een belangrijke rol voor de overheid. De overheid kan de ontwikkeling van objectief meetbare prestatie-indicatoren initiëren en financieren, en deelname aan deze initiatieven verplicht stellen. De actieve inbreng van zorgaanbieders, verzekeraars en consumenten- en patiëntenorganisaties is belangrijk, om de kwaliteit en de acceptatie van de indicatoren te vergroten. De overheid kan deelname van de marktpartijen bevorderen door een wettelijke dwang tot informatievoorziening als 'stok achter de deur' te houden, bijvoorbeeld via sectorspecifieke mededingingsregels (zie hoofdstuk 5).

Versterking van het mededingingstoezicht lijkt eveneens noodzakelijk. Dit komt nog apart aan de orde bij de bespreking van beleidsopties voor de ziekenhuiszorg. Meer in het algemeen verdient de aanpak van fusies beleidsmatige aandacht. Ten eerste ligt de omzet van zorgaanbieders vaak onder de drempel waarboven melding bij de NMa vereist is. Dit is mogelijk een verklaring waarom de NMa alleen nog maar fusies tussen ziekenhuisinstellingen heeft behandeld en nog geen fusies tussen andere zorgaanbieders. Ten tweede is het sowieso

wenselijk om bij markten in transitie een sectorspecifieke toezichthouder extra bevoegdheden te geven bij het beoordelen van fusies.<sup>119</sup>

Tot slot, bij de vaststelling van het basispakket en van functionele zorgaanspraken is het van belang inzicht te hebben in kosteneffectiviteit van verschillende behandelingen. Het ontwikkelen van richtlijnen voor kosteneffectieve zorg vergt een substantiële investering in onderzoek. Deze investeringen komen vanwege het publieke-goed karakter ervan niet goed van de grond zonder overheidsbeleid.

### 10.2.3 Zorgverzekeraars

Concurrentie tussen zorgverzekeraars vormt een belangrijke pijler van het nieuwe stelsel. Er zijn aanwijzingen dat op dit moment nog onvoldoende sprake is van concurrentie tussen verzekeraars. De markt wordt gedomineerd door een beperkt aantal grote concerns, die bovendien niet in alle regio's even actief zijn. Bovendien leiden prijsverschillen tussen ziekenfondsen niet tot actief overstapgedrag van verzekerden.<sup>120</sup> Kennelijk zijn ziekenfondsverzekerden nog niet of nauwelijks gevoelig voor de verschillen in nominale premie. Versterking van concurrentieprikkels op de markt voor zorgverzekeringen is daarom van groot belang.

Beleidsopties die hierop zijn gericht en waarvan de baten groter dan de kosten zijn:

- Opheffen van het onderscheid tussen particuliere verzekeraars en ziekenfondsen. Invoering van een landelijke acceptatieplicht, met eventueel een tijdelijke ontheffing voor nieuwkomers (hoofdstuk 3).
- Invoering van een risico-vereveningssysteem geënt op het bestaande systeem bij ziekenfondsen, maar in belangrijke opzichten verbeterd (hoofdstuk 7).
- Betere informatie-voorziening door ontwikkeling en waar mogelijk publicatie van kwaliteits-indicatoren (hoofdstuk 4+8).
- Invoering van verplichte eigen bijdragen om kostenstijgingen te beheersen (hoofdstuk 9)
- Versterking van mededinging- en kwaliteitstoezicht (hoofdstuk 5 + 8).
- Verbod op herverzekeren eigen risico. Indien via een aanvullende verzekering het eigen risico kan worden 'wegverzekerd' verdwijnt het remmende effect. De kosten van de extra zorgconsumptie (in vergelijking met de situatie met een eigen risico) worden dan voor een deel afgewenteld op de basispolis (hoofdstuk 9).

Het volgende dilemma is van belang bij de zorgverzekeraars:

<sup>119</sup> Voor de argumentatie hierachter, met een verwijzing naar de zorgsector, zie M. Canoy en D. Newbery "Fusiecontrole voldoet niet bij elektriciteit", Het Financieele Dagblad, 18-1-2003.

<sup>120</sup> Hoewel uit recente krantenartikelen opgemaakt zou kunnen worden dat er sprake is van een kentering.

- Verhoging van verplichte eigen bijdragen en eigen risico's, alsmede het al dan niet toelaten van premiedifferentiatie (hoofdstukken 7 en 9). Indien er aanwijzingen zijn voor een toename van onnodig gebruik, dan valt een verhoging van het eigen risico en de eigen bijdragen te overwegen. Hierbij stuit het beleid op een dilemma, omdat hoge eigen bijdragen kunnen leiden tot uitstel of afstel van kosteneffectieve zorg. Om dit dilemma te verzachten kan ervoor gekozen worden verplichte eigen bijdragen te differentiëren, bijvoorbeeld naar inkomen. Ook het opheffen van het verbod van premiedifferentiatie is een dilemma. Het zou goed kunnen zijn om de premies beter op niet-verevende risico's, zoals regionale kostenverschillen, af te stemmen. Maar dat kan de solidariteit aantasten, is wellicht ook uitvoeringstechnisch ingewikkeld en kan op bezwaren stuiten in de Europese regelgeving.

#### 10.2.4 Ziekenhuiszorg

De ziekenhuiszorg is met een jaarlijks budget van bijna 11 mld euro in 2002 goed voor tweederde van alle uitgaven in de curatieve zorg. De invoering van concurrentie in de ziekenhuiszorg is met meer onzekerheden omgeven dan in andere delen van de curatieve zorg. Oorzaak is dat de ziekenhuismarkt in veel opzichten de meest verstoorde markt vormt van alle markten binnen de cure. Ziekenhuizen beschikken in een aantal gevallen over aanzienlijke marktmacht, prijs en kwaliteit zijn weinig transparant, en ziekenhuizen kampen met een erfenis van het verleden in de vorm van oude gebouwen die nog voor een te hoog bedrag op de balans staan (de zogenoemde kapitaallastenproblematiek).

Van de volgende opties zijn de baten groter dan de kosten:

- Versoepeling van wet- en regelgeving rond toetreding van nieuwe aanbieders (hoofdstuk 3)
- Ontwikkeling van DBCs (diagnose-behandel-combinaties). Dit zijn uniforme productbeschrijvingen, die in het beoogde stelsel een belangrijk hulpmiddel zijn bij het vergelijken van de kostenefficiëntie tussen verschillende ziekenhuizen. In de ontwikkeling van DBCs is al veel geïnvesteerd.
- Invoering van integrale DBC-prijzen, dat wil zeggen met inbegrip van een opslag voor kapitaallasten (hoofdstuk 3).
- Oplossen kapitaallastenprobleem bij bestaande ziekenhuizen (hoofdstuk 3).
- Betere kwaliteitsmeting en waar mogelijk publicatie van de uitkomsten van kwaliteitsmetingen (hoofdstuk 8).
- Versterking van mededingingtoezicht (hoofdstuk 5). Op korte termijn verdient toetsing van fusies tussen ziekenhuizen serieuze aandacht. Anders zijn misschien al grote regionale machtsblokken opgebouwd voordat er in het nieuwe stelsel meer ruimte komt voor concurrentie tussen ziekenhuizen. Een optie is om tijdelijke sectorspecifieke regelgeving in te stellen om fusies tussen partijen in de zorgmarkt te toetsen.

- Versterking van het kwaliteitstoezicht (hoofdstuk 8).

Het beleid ziet zich geconfronteerd met het volgende dilemma rond de ziekenhuiszorg:

- Toelaten van winstgerichte zorgaanbieders tot de verzekerde zorg (intermezzo na hoofdstuk 3). Er is sprake van een dilemma om de volgende reden. Toelaten van winstgerichte zorgaanbieders in de ziekenhuiszorg kan bijdragen aan snelle toetreding, een belangrijke voorwaarde voor concurrentie. Maar hier staan mogelijke nadelen tegenover: kwaliteitsverlies voorzover deze kwaliteit niet goed wordt gemeten of niet goed kan worden gemeten (overigens kan het toelaten van winst ook leiden tot kwaliteitsverbetering); kostenstijgingen door onnodige verrichtingen en de grotere geneigdheid van winstgerichte aanbieders om misbruik te maken van marktmacht. Dit dilemma valt te verzachten door te investeren in goed kwaliteitstoezicht en in prestatie-indicatoren (hoofdstuk 8). Of het dilemma daarmee helemaal is op te lossen is niet goed te voorspellen.

Binnen de ziekenhuiszorg verdienen de spoedeisende zorg en topzorg aparte aandacht. Zoals betoogd in het intermezzo na hoofdstuk 2, zijn bij deze deelsectoren de toetredingsbarrières hoger dan in de overige ziekenhuiszorg. Bovendien kunnen ziekenhuizen marktmacht ontlenen aan het hebben van een afdeling voor spoedzorg en/of topzorg. Dit kan niet alleen leiden tot hoge prijzen voor spoedzorg en/of topzorg, maar kan hen ook in staat stellen toetreding van nieuwkomers in het overige deel van de ziekenhuiszorg te blokkeren.

Om dit tegen te gaan is in ieder geval toezicht op dit deel van de ziekenhuiszorg van extra groot belang. Als blijkt dat toetreding effectief wordt geblokkeerd door bestaande ziekenhuizen met SEH-afdeling, zijn er verschillende opties mogelijk:

- Maatstafconcurrentie. De overheid of een toezichthouder reguleert de prijzen van spoed-DBC's op basis van een benchmark, zoals relatief lage prijzen elders.
- Aanbesteding. Als benchmarking niet goed mogelijk is, kan het aanbesteden van spoedzorg in dunbevolkte regio's een optie zijn. Dit is vergelijkbaar met de aanbesteding van onrendabele lijnen in het openbaar vervoer, bijvoorbeeld de lokale spoorlijnen in Oost- en Noord-Nederland. In beide gevallen - openbaar vervoer en (spoedeisende) zorg - is er sprake van een politiek-maatschappelijke eis van een minimale beschikbaarheid. Men spreekt hier ook vaak van "universele dienstverlening".

#### **10.2.5 Eerstelijnszorg, fysiotherapeuten, psychologen, tandartsen**

Aan de eerstelijnszorg is in dit rapport niet veel aandacht besteed, althans niet expliciet. De reden is dat invoering (of versterking) van concurrentie in dit deel van de curatieve zorg relatief

eenvoudig lijkt, zeker in vergelijking met de ziekenhuiszorg en met de zorgverzekeringen. Dit betekent niet dat succes van concurrentie in de eerstelijnszorg verzekerd is.

In de eerstelijnszorg spelen drie mogelijke obstakels voor concurrentie. In de eerste plaats wet- en regelgeving die het verzekeraars moeilijk maakt om bijvoorbeeld huisartsen te prikkelen tot efficiënt voorschrijfgedrag. In de tweede plaats tekorten aan zorgaanbieders met als gevolg marktmacht voor die zorgaanbieders. Een voorbeeld van dit laatste: indien alle huisartsen een overvolle praktijk hebben, wordt het moeilijk voor verzekerden om over te stappen naar een andere huisarts. Een derde obstakel, waar het beleid weinig vat op heeft, vormt de mogelijk beperkte bereidheid van verzekerden om over te stappen naar een andere behandelaar.

Om de eerste twee obstakels op te lossen dienen zich de volgende beleidsopties aan, die al op korte termijn aandacht verdienen:

- Meer ruimte voor verzekeraars om eerstelijnszorg te prikkelen tot efficiëntie door bijvoorbeeld bonussen uit te keren bij kostenbewust voorschrijf- en doorverwijsgedrag (hoofdstuk 9).
- Tekorten aan huisartsen verminderen door herschikking taken eerste lijn (hoofdstuk 3).
- Uitbreiding van de opleidingscapaciteit om toekomstige tekorten tegen te gaan (hoofdstuk 5).

Het volgende dilemma doet zich voor bij de eerstelijnszorg:

- Toestaan dat verzekeraars artsen en andere (para)medici in dienst nemen (hoofdstuk 2). De Amerikaanse ervaringen met *managed care* laten zien dat verzekeraars hun regierol soms vormgeven door zelf zorgaanbieders in dienst te nemen of door zelf klinieken te exploiteren. Dergelijke initiatieven komen bij verzekeraars in Nederland ook steeds meer van de grond. Om verzekeraars in staat te stellen deze regierol goed te vervullen, moet dit niet op onnodige drempels stuiten. Hier ligt echter wel een dilemma met het streven naar concurrentie tussen verzekeraars, omdat verregaande verticale integratie de toetredingsdrempels in de verzekeringsmarkt kan vergroten. Ook hier is actief mededingingstoezicht van belang.

### 10.2.6 Geneesmiddelen

In dit rapport is apart ingegaan op de markt voor geneesmiddelen. Een belangrijk probleem op deze markt vormt het geringe prijsverschil tussen merkgeneesmiddelen en generieke geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof. Hoewel de apotheek bij de inkoop voor deze generieke middelen veel minder betaalt dan voor merkgeneesmiddelen, is het prijsverschil voor de patiënt/verzekeraar vaak zeer gering. De oorzaak ligt deels bij het ontbreken van voldoende concurrentieprikkels bij verzekeraars, maar dat is niet het hele verhaal. Een tweede verklaring vormt een gat in de regelgeving: de WTG die de geneesmiddelenprijzen reguleert bevat een



weeffout die het apothekers mogelijk maakt de wet te omzeilen. Ten slotte ontbreekt het verzekeraars over voldoende instrumenten om apothekers te sturen.

De volgende beleidsopties dienen zich aan om deze problematiek aan te pakken (opties gericht op versterking van concurrentie tussen verzekeraars zijn al genoemd en komen hier niet opnieuw aan bod):

- Verzekeraars in staat stellen te werken met zogenaamde formularia die voor elke verzekeraar precies aangegeven welk merk geneesmiddel wel en welk geneesmiddelen niet wordt vergoed (hoofdstuk 6).
- Handhaving maximumprijzen uit voorzorgsoverwegingen (hoofdstuk 6).
- Versterking toezicht door de NMa en/of een sectorspecifieke toezichthouder (hoofdstuk 6). Dergelijk toezicht kan drie functies vervullen: (i) preventie en repressie van gecoördineerde tegenwerking van verzekeraarsinitiatieven door huidige belanghebbenden, (ii) preventie en repressie van misbruik van marktmacht door de regionaal sterke verzekeraars, en (iii) monitoren of verzekeraars de bedongen kortingen wel doorgeven aan verzekerden in de vorm van lagere premies of betere zorg en, als dit onvoldoende gebeurt, nadere maatregelen nemen.
- Stimuleren van toetreding door apotheken door het verlagen van toetredingsbarrières, bijvoorbeeld door versoepeling van de vereiste dat in de apotheek altijd een apotheker aanwezig dient te zijn.

## **10.3 Wat te doen als concurrentie faalt: terugvalopties**

### **10.3.1 Inleiding**

De zojuist geschetste beleidsopties zijn erop gericht zo goed mogelijk te voldoen aan de voorwaarden voor concurrentie en op het vermijden van negatieve bijwerkingen. Hoe reëel is de mogelijkheid dat deze doelen in onvoldoende mate worden gerealiseerd met het geschetste beleid? Wat kan er misgaan? Wat zijn de terugvalopties voor het beleid in het geval concurrentie niet haalbaar blijkt? In hoeverre zijn de investeringen in het nieuwe zorgstelsel voor niets geweest indien concurrentie onvoldoende van de grond komt of indien de negatieve bijwerkingen van concurrentie zo groot zijn dat concurrentie weer moet worden afgeremd?

De antwoorden verschillen opnieuw tussen de verschillende deelsectoren van de curatieve zorg. Deze paragraaf gaat per deelsector na wat er zal mis kan gaan bij de twee belangrijkste voorwaarden voor concurrentie: toetreding (uitgebreid besproken in hoofdstuk 3) en transparantie (hoofdstuk 4). Ook komt aan de orde wat de consequenties zijn indien de maatregelen gericht op het tegengaan van negatieve bijwerkingen van concurrentie, besproken in deel III, toch onvoldoende effect blijken te sorteren. Ten slotte komen per deelmarkt de terugvalopties aan bod voor het geval concurrentie tegenvalt.

### 10.3.2 Zorgverzekeringen

Het eerste risico bij de markt voor zorgverzekeringen heeft betrekking op de mate waarin voldaan zal zijn aan de voorwaarden van transparantie en toetreding. Een tweede risico betreft het risico-vereveningsmodel: lukt het om de prikkels tot risicoselectie weg te nemen en om verschillen tussen verzekeraars in het risicoprofiel te compenseren? Ook de onzekerheden rond de Europese regelgeving impliceren een mogelijk risico (zie ook het kader hierover in hoofdstuk 1).

#### Transparantie

Bij de huidige plannen voor een nieuw zorgstelsel lijkt transparantie voor wat betreft de *prijs* van zorgpolissen geen groot probleem te gaan vormen. De invoering van een basispakket zorgt immers voor standaardisatie van de polissen van de verschillende verzekeraars. Verbetering van transparantie van kwaliteitsaspecten zoals preventie, toegang tot zorg, en tevredenheid over de dienstverlening lijkt een haalbare kaart met behulp van de zojuist geschetste beleidsopties (zie 10.2).

De risico's zijn het grootst bij de transparantie wat betreft de kwaliteit van behandelingen van de door verzekeraars gecontracteerde zorgaanbieders. Indien verzekeraars selectief contracteren met zorgaanbieders, vertaalt een mogelijk gebrek aan transparantie over de kwaliteit van aanbieders zich in een gebrek aan transparantie over de kwaliteit van ziektekostenverzekeraars. Verzekerden zullen het dan moeilijk vinden om te beoordelen of de polis van verzekeraar X, die uitsluitend zaken doet met ziekenhuis A, beter of slechter is dan de polis van verzekeraar Y die uitsluitend zaken doet met ziekenhuis B.

#### Toetreding

Ook rond toetreding is sprake van belangrijke onzekerheden op de markt voor zorgverzekeringen. Zoals aangegeven in hoofdstuk 3 kent de markt voor ziektekostenverzekeringen een beperkt aantal grote aanbieders, de bovendien vaak een sterke regionale focus hebben. Een landelijke acceptatieplicht voor verzekeraars kan deze regionale focus doorbreken. Naar verwachting kunnen de meeste grote concerns de stap naar landelijke dekking zonder veel problemen zetten, mogelijk na één of twee fusies tussen kleinere verzekeraars. Indien dit resulteert in een situatie waarin ook op langere termijn minstens vier landelijk actieve verzekeraars overblijven, kan nog steeds sprake zijn van voldoende concurrentie tussen verzekeraars. Actief mededingingstoezicht is in zo'n relatief geconcentreerde markt een belangrijke vereiste. Het is echter niet zeker dat dit voldoende is om voldoende concurrentie tot stand te brengen. Ook de gevolgen van invoering van een landelijke of regionale acceptatieplicht voor concurrentie zijn niet eenduidig te voorspellen.

### **Risicoverevening**

Indien het systeem van risico-vervening niet goed genoeg functioneert, kunnen verzekeraars zich gaan richten op selectie van verzekerden met goede risico's, hetgeen maatschappelijk ongewenst is. In een extreem geval kunnen efficiënte verzekeraars failliet gaan omdat zij toevallig een verzekerdenpopulatie hebben met een ongunstig risicoprofiel.

### **Europese regelgeving**

Zoals uiteengezet in hoofdstuk 1 zijn de huidige plannen mogelijk strijdig met Europese regelgeving. Afgaand op het advies van de Landsadvocaat lijkt het mogelijk om door een aantal wijzigingen de plannen alsnog in overeenstemming te brengen met de Europese regelgeving, terwijl de concurrentie-prikkels voor verzekeraars toch in voldoende mate worden versterkt. Hier wordt echter verschillend over gedacht.

### **Terugvalopties**

Wat zijn de beleidsopties indien concurrentie tussen verzekeraars toch onvoldoende van de grond komt? Een eerste beleids optie is via maatstafconcurrentie en prijsregulering verzekeraars alsnog prikkelen tot efficiënt zorg inkopen. Een tweede mogelijkheid is de invoering van een publieke basisverzekering, waarbij de rol van de verzekeraars is overgenomen door sociale uitvoeringsorganen die geen risico dragen.

Ten opzichte van concurrentie tussen verzekeraars hebben beide opties nadelen. De eerste optie vereist dat centraal wordt vastgesteld welke criteria worden gehanteerd bij het benchmarken van de prestaties van verzekeraars. Het is maar de vraag of die criteria overeenkomen met de voorkeuren van verzekerden. In de tweede optie zijn de prikkels tot efficiënt zorg inkopen zwakker.

### **10.3.3 Ziekenhuiszorg**

De onzekerheden rond zowel toetreding als transparantie zijn in dit deel van de curatieve zorg het grootst. Dat geldt eveneens voor de risico's van kwaliteitsverlies en van onnodige kostenstijgingen. Aan de andere kant zijn de kansen voor efficiëntievergroting en kwaliteitsverbetering ook het grootst in dit deel van de curatieve zorg.

### **Transparantie**

In hoeverre beleids opties gericht op verbetering van transparantie effect sorteren is niet goed voorspelbaar. Dit hangt mede af van de meetbaarheid van de verschillende dimensies van kwaliteit. Ook is onzeker in hoeverre het lukt om een methodologie voor uitkomstmeting te ontwikkelen die selectie- en substitutieproblemen in voldoende mate tegengaat.

### **Toetreding**

hoeverre deregulering, eventueel aangevuld met het toestaan van winst, zal leiden tot toetreding van nieuwe aanbieders valt moeilijk te voorspellen. Dit zal mede afhangen van de optimale schaal in de ziekenhuiszorg, die varieert tussen de verschillende delen van de ziekenhuiszorg en die bovendien verandert onder invloed van technologische vernieuwing.

### **Terugvalopties**

Indien en voorzover concurrentie tussen ziekenhuizen niet goed van de grond komt (bijvoorbeeld in bepaalde regio's of voor bepaalde delen van de ziekenhuiszorg), is maatstafconcurrentie een mogelijk alternatief, net als bij de zorgverzekeraars. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de gegevens die in het kader van de DBCs worden verzameld.

#### **10.3.4 Eerstelijnszorg, fysiotherapeuten, psychologen, tandartsen**

Zoals gezegd zijn door lage toetredingsdrempels de onzekerheden beperkt. Succes is echter niet helemaal gegarandeerd.

### **Personeeltekorten en overstapkosten**

Personeelsschaarste kan resulteren in marktmacht bij aanbieders; in hoeverre de in 10.2 geschetste beleidsopties deze schaarste oplossen is onzeker. Marktmacht bij aanbieders kan ook het resultaat zijn van blijvend hoge overstapkosten van patiënten. Zo is vaak sprake van een vertrouwensrelatie met een huisarts, een soort investering in "relatie-kapitaal". De beleidsopties geschetst in 10.2 kunnen weinig veranderen aan het belang van dit soort investeringen. Dit kan verzekeraars tot op zekere hoogte dwingen tot het sluiten van contracten met (vrijwel) alle huisartsen, ook indien de prestaties (voorschrijfgedrag, doorverwijsgedrag) onder de maat zijn.

### **Terugvaloptie**

Indien concurrentie toch onvoldoende van de grond komt is prijsregulering van zorgaanbieders een mogelijke terugvaloptie. Ook hierbij kan gebruik worden gemaakt van benchmarking en maatstafconcurrentie. De in 10.2 voorgestelde beleidsopties (meer ruimte voor bonussen, uitbreiding van doorverwijsbevoegdheden) blijven relevant.

#### **10.3.5 Geneesmiddelen**

De diagnose van de problemen op de geneesmiddelenmarkt is duidelijk. Er zijn twee problemen, een weeffout in de WTG (met als gevolg marktmarkt van apothekers) en het gebrek aan concurrentie tussen verzekeraars. De weeffout is te herstellen, maar belangrijker nog: komt concurrentie tussen verzekeraars wel in voldoende mate van de grond? Het beleid kan dit stimuleren door verzekeraar-specifieke formularia toe te staan (zie 10.2).

### **Transparantie en toetreding**

Het belangrijkste mogelijke probleem bij de versterking van concurrentieprikkels in deze markt vormt de transparantie rond formularia (de geneesmiddelenlijsten van de verschillende verzekeraars). Verzekerden kunnen onmogelijk zelf beoordelen in hoeverre de formularia alle kosteneffectieve geneesmiddelen vergoeden. Een strenge verzekeraar, die kostenbewust geneesmiddelen inkoopt, kan dan ten onrechte worden afgestraft door ontevreden verzekerden. De beleidsopties geschetst in hoofdstuk 6 verkleinen dit risico door minimumeisen te stellen aan formularia, zodat binnen het basispakket alle kosteneffectieve geneesmiddelen worden vergoed.

Toetredingsbarrières voor (concurrenten van) apothekers vormen eveneens een probleem. Aanpassing van regelgeving en versterking van mededingingstoezicht kunnen de toetredingsbarrières verlagen.

### **Terugvaloptie**

Indien verzekeraars om wat voor reden dan ook niet slagen hun rol te vervullen van kostenbewuste inkoper van geneesmiddelen, is de terugvaloptie voortgezette prijsregulering.

## **10.4 Conclusies: doorgaan op het pad naar concurrentie?**

Invoering van een nieuw zorgstelsel waarbinnen concurrentieprikkels een belangrijke rol spelen kan de efficiëntie in de zorg belangrijk bevorderen. Dit draagt bij aan een betere benutting van de beschikbare capaciteit en zo aan kortere wachttijsten en aan kostenbeheersing.

Concurrentieprikkels kunnen daarnaast bijdragen aan innovatie in de zorg, voor zover die bijdragen aan lagere behandelkosten en/of grotere klanttevredenheid.

De gunstige effecten van concurrentie in de zorg komen echter niet van zelf tot stand. Om te zorgen dat verzekeraars en zorgaanbieders onderling gaan concurreren en om concurrentie in de juiste banen te leiden is actief overheidsbeleid nodig. Maar ook dan is er geen garantie voor succes. Dit roept de vraag op of invoering van de plannen geen te riskante strategie is. Bij de beantwoording van deze vraag past een tegenvraag: riskant in vergelijking met wat? Met het huidige stelsel, waarin met de inzet van de wachttijstmiddelen sinds 2001 de aanbodbeperkingen voor een belangrijk deel zijn losgelaten (zie De Kam en Nypels, 2001, p. 62)? Of met het stelsel van vóór 2001, waarin de aanbodrestricties nog helemaal intact waren? Ietwat gechargeerd: in het huidige model (dus met de remmen los) wordt de productie alleen begrensd door de beschikbaarheid van arbeid en kapitaalgoederen. Daarmee is de houdbaarheid van de status quo twijfelachtig. Zonder andere remmen op aanbod en vraag is het risico groot dat de uitgaven sterker gaan oplopen dan nodig is. Dit leidt tot de constatering dat een keuze gemaakt moet worden tussen invoering van een nieuw stelsel of terugkeer naar de situatie van

voor 2001, met door de overheid stevig aangehaalde teugels bij het zorgaanbod. Deze laatste optie lijkt ongewenst met het oog op de problemen van het oude model. De toenemende zorgvraag door vergrijzing betekent dat de inefficiënties in het huidige model zwaarder gaan wegen. De groeiende behoefte aan maatwerk door individualisering betekent dat de welvaartskosten stijgen van de eenvormigheid die onvermijdelijk optreedt bij aanbodsturing. De vraag luidt dus niet zozeer of er een nieuw stelsel moet komen, maar hoe dat stelsel eruit moet zien.

Dit rapport onderzoekt een stelsel waarin een belangrijke rol is weggelegd voor concurrentie tussen verzekeraars en zorgaanbieders. De terugvalopties die zijn besproken in dit hoofdstuk maken duidelijk dat ook alternatieven denkbaar zijn voor het concurrentiemodel. Belangrijke trefwoorden bij deze alternatieven zijn benchmarken, maatstafconcurrentie en prijsregulering. In die alternatieven wordt de concurrentie beperkt, met als gevolg dat de voordelen van concurrentie minder goed tot hun recht komen.

Bij de huidige plannen voor een nieuw zorgstelsel, op een aantal punten aangevuld met beleidsalternatieven zoals in dit rapport geschetst, lijken de risico's van concurrentie beheersbaar. Hier staan aanzienlijke voordelen tegenover, die niet goed te realiseren zijn zonder concurrentie. Zoals is betoogd in hoofdstuk 2 van dit rapport zorgt het concurrentiemodel, mits voorzien van een aantal *checks and balances*, voor de juiste prikkels op decentraal niveau: bij verzekeraars, in de ziekenhuizen, bij huisartsen, tandartsen en apothekers. Het is op dit decentrale niveau dat de meeste kennis beschikbaar is over mogelijkheden om op een slimme manier de wachtlijsten terug te dringen, de kwaliteit en de dienstverlening te verbeteren en onnodige kosten tegen te gaan. Overheden of andere centrale instanties zullen er nooit in slagen al die decentrale kennis bijeen te brengen, om te zetten in beleidsmaatregelen en resultaten af te dwingen. De fundamentele reden voor het falen van een centraal model is een gebrek aan informatie. De overheid kent de voorkeuren van individuen maar in beperkte mate, de overheid heeft weinig inzicht in hun capaciteiten, talenten en inspanningen, en de overheid heeft geen goed beeld van de technologische mogelijkheden in de economie. Daarom verdient het concurrentiemodel een serieuze kans.

## **Abstract**

The Dutch government is considering the introduction of a reform in the health care sector. Competition between health insurers as well as between health providers, is a central pillar of these reforms. This study investigates under what conditions such a reform is likely to be successful. The two central questions addressed are:

1. Which policy options are available to get competition off the ground?
2. Which policy options are available to avoid undesirable side-effects of competition?

The overall conclusion is as follows. Although the precise effects of the reforms cannot be predicted with certainty, there is a fair chance that they will improve efficiency and at the same time maintain accessibility. The risks appear to be manageable, provided that the government implements supplementary policies in time.





## Referenties

Adang, E.M.M., 2002, Discutabele doelmatigheid, *conomisch Statistische Berichten*, 1 maart 2002, blz. 170-171.

Albaek, S., H.P. Møllgaard en P.B. Overgaard, 1997, Government-assisted oligopoly coordination? A 'concrete case', *Journal of Industrial Economics* 45, pp. 429-443.

Batenburg-Eddes, T. van, A. van den Berg Jeths, A.A. van der Veen, R.A. Verheij en A.J. de Neeling, 2002, Slikken in Nederland: Regionale variaties in geneesmiddelengebruik, RIVM-rapport nr. 270556005, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven.

Beaulieu, N.D., 2002, Quality information and consumer health plan choices, *Journal of Health Economics* 21, pp. 43-63.

Beck, K., 1999, Risk adjustment and competition in Swiss health insurance market – developments, shortcomings and alternatives, Paper presented at the second world conference in Health Economics, 6-9 June, Rotterdam.

Berg, M. en W. Schellekens, 2002, Paradigma's van kwaliteit; de verschillen tussen externe en interne prestatie-indicatoren, *Medisch Contact* 57 (34), pp. 1203-1205.

Blair, R.D. en R.J. Vogel, 1978, A survivor analysis of commercial health insurers, *The Journal of Business* 51 (3), pp. 521-529.

Bouwcollege, 2002, Spreiding ziekenhuiszorg, Vervolg-uitvoeringstoets, eerste tranche, College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, Utrecht.

Brouwer, W.B.F. en F..F.H. Rutten, 2002, Een gouden pil voor apothekers, *Medisch Contact* 57(19), pp. 437-440.

Cabral, L.M.B., 2000, *Introduction to Industrial Organization*, MIT, Cambridge.

Chassin, M.R., 2002, Achieving and sustaining improved quality: lessons from New York State and cardiac surgery, *Health affairs* 21(4), pp.40-51.

- Chernew, M., G. Gowrisankaran and D.P. Scanlon, 2001, Learning and the value of information: the case of health plan report cards, *NBER Working Paper Series* 8589.
- Chernew, M. en D.P. Scanlon, 1998, Health plan report cards and insurance choice, *Inquiry* 35, pp. 9-22.
- CPB, 2001a, Premiehoogte en concurrentie in het nieuwe zorgstelsel, CPB-notitie, Den Haag.
- CPB, 2001b, Economische Verkenning 2003-2006, Den Haag.
- CPB, 2002, Concurrentie in de zorg, CPB Document 23, Den Haag.
- CPB, 2003, Tight oligopolies, Den Haag, (nog te verschijnen).
- CPB/SCP, 1999, Ramingsmodel Zorgsector, eindrapport tweede fase, Den Haag.
- CTZ, 1999, Onderzoek 'Effecten aanvullende verzekering', CTZ, Amstelveen.
- Cummins, J.D., 1977, Economies of scale in independent insurance agencies, *The Journal of Risk and Insurance* 44(4), pp. 539-553.
- Cutler, D.M., 2002a, Health care and the public sector, *NBER Working Paper Series* 8802.
- Cutler, D.M., 2002b, Equality, Efficiency and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform, *Journal of Economic Literature* vol. XL, september 2002, pp. 881-906.
- Cutler, D.M., 2002c, Really Cool Title (concept), werkdocument, juli 2002.
- Cutler, D.M., M. McLellan en J. Newhouse, 2000, How does managed care do it? *RAND Journal of Economics* 31(3), pp. 526-548.
- CVZ, 2000, Goed verzekeraarschap en toelatingsvoorwaarden voor ziekenfondsen, publicatie nr. 00/34, College voor Zorgverzekeringen Amstelveen
- CVZ, 2001, Bevordering doelmatigheid farmaceutische hulp door zorgverzekeraars, Publicatie nr. 01/59, College voor Zorgverzekeringen, Amstelveen.

- CVZ, 2001, Het CVZ en de financiering van zorgverzekeraars: Een eerste bestuurlijke visie, Publicatie nr. 01/56, College voor Zorgverzekeringen, Amstelveen
- CVZ, 2002, Signalement doelmatigheid 2002, Publicatie nr. 135, College voor Zorgverzekeringen, Amstelveen.
- Dagevos, 2002a, Arbeid in de quartaire sector, in: *Sociaal en cultureel rapport 2002, De kwaliteit van de quartaire sector* SCP, Den Haag.
- Dagevos, 2002b, Hoog ziekteverzuim in de quartaire sector, *Economisch Statistische Berichten* 25 oktober 2002, 772-774.
- Davies, S.M., J. Gepert, M. McClellan et al., 2001, Refinement of the HCUP quality indicators, Technical Review number 4, Prepared by the UCSF-Stanford Evidence-based Practice Center under Health Care Research and Quality, May 2001
- De Kam, F., en F. Nypels, 2001, *De zorg van Nederland*, Contact, Amsterdam.
- De Laat, E., F. Windmeijer en R. Douven, 2002, How does pharmaceutical marketing influence doctors' prescribing behaviour?, Centraal Planbureau, Den Haag.
- Devereaux, P.J., P.T.L. Choi, C. Lacchetti, B. Weaver, H.J. Schünemann, T.Haines, J.N. Lavis, B.J.B. Grant, D.R.S. Haslam, M. Bhandari, T. Sullivan, D.J. Cook, S.D. Walter, M. Meade, H.Khan, N. Bhatnagar, and G.H. Guyatt, 2002, A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals, *Canadian Medical Association Journal*, mei 2002, blz. 1399-1406
- Douven, R, en E. Westerhout, 2000, Reimbursement systems in Dutch sickness funds, *CPB Report 2000/3*, Den Haag, pp. 51-55.
- Dranove, D., 1998, Economies of scale in non-revenue producing cost centers: implications for hospital mergers, *Journal of Health Economics*, 17, 69-83.
- Dranove, D., D. Kessler, M. McClellan en M. Satterthwaite, 2002, Is more information better? The effects of 'report cards' on health care providers, *NBER Working Paper Series* 8697.

Drijber, B.J. en G.R.J. de Groot, 2002, Een nieuw stelsel van zorgverzekering, Toetsing aan het gemeenschapsrecht en het internationaal recht, Advies van de landsadvocaat.

Dudley, R.A., C.A. Medlin, L.V. Bowers, M.G. Cisternas, R. Brand, D.J. Rennie en H.S. Luft, 2002, Timing is (almost) everything: using clinical and policy logic to focus risk assessment and risk adjustment, werkdocument gepresenteerd op Ministerie van Financiën, Den Haag.

Duggan, M.G., 2000, Hospital market structure and the behavior of not-for-profit hospitals, *NBER Working Paper Series* w7966.

Duggan, M.G., 2000a, Hospital ownership and public medical spending, *NBER Working Paper Series* w7789.

Eggleston, K., 2001, Multitasking, competition and provider payment, Discussion Paper, Tufts University.

Ellison, S.F., en C.M. Snyder, 2001, Countervailing power in wholesale pharmaceuticals, Working Paper 01-27, Massachusetts Institute of Technology, Department of Economics, Cambridge MA.

Everdingen, J.J.E. van, 2003, Grenzen aan transparantie, *Medisch Contact* 58(1), 3 januari 2003.

European Observatory on Health Care Systems, 2002, Health care systems in eight countries.

Experton B., R.J. Ozminowski, D.N. Pearlman, Z. Li and S. Thompson, 1999, How does managed care manage the frail elderly? The case of hospital readmissions in fee-for-service versus HMO-systems, *American Journal of preventive medicine* 16(3), pp. 163-172.

Gaynor, M. and W.B. Vogt, 2000, Antitrust and competition in health care markets, in: A.Culyer, J. Newhouse (eds), *Handbook of Health Economics*, Vol 1B, Amsterdam, pp. 1405-1487.

Farley, D.O., P. Farley Short, M.N. Elliott, D.E. Kanouse, J.A. Brown and R.D. Hays, 2002, Effects of CAHPS health plan performance information on plan choices by New Jersey Medicaid beneficiaries, *Health Services Research*, 37(4), pp. 985-1007.

- Farrell, J. en P. Klemperer, 2002, Coordination and Lock-In: Competition with Switching Costs and Network Effects. Preliminary draft chapter for *Handbook of Industrial Organization*, Vol 3.
- Feldman, R., J. Christianson and J. Schultz, 2000, Do consumers use information to choose a health-care provider system?, *The Milbank Quarterly* 78 (1), pp. 47-77.
- Folmer K. en E. Westerhout, 2002, Financing medical specialists services in the Netherlands: Welfare implications of imperfect agency, CPB Discussion Paper 6, Den Haag.
- Gaynor, M., Rebitzer, J.B. en Taylor, L.J., 2001, Incentives in HMOs, *NBER Working Paper Series* w8522.
- Glazer J. en T.G. McGuire, 2000, Optimal risk adjustment of health insurance premiums: an application to managed care, *American Economic Review* 90(4), pp. 1055-1071.
- Glazer J. en T.G. McGuire, 2002, Setting health plan premiums to ensure efficient quality in health care: minimum variance optimal risk adjustment, *Journal of Public Economics* 84, pp. 153-173.
- Glied, S., 2000, Managed Care, in: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (eds), *Handbook of Health Economics* Vol. IA, Amsterdam, pp.707-753.
- Gruisen W.J.A.M.en P.E.M. Muijrs, 2002, Doelmatig voorschrijven, *Medisch Contact* 57 (18), 3 mei 2002.
- Harris, K., J. Schultz en R. Feldman, 2002, Measuring consumer perceptions in quality differences among competing health benefit plans, *Journal of Health Economics* 21, pp. 1-17.
- Hartz, A.J., H. Krakauer, E.M. Kuhn, M.Young, S.J. Jacobsen, G. Gay, L. Muenz, M. Katzoff, R.C. Bailey, and A.A. Rimm, 1989, Hospital characteristics and mortality rates, *New England Journal of Medicine* 321, pp. 1720-1725.
- Holtzman, J., Q. Chen and R. Kane, 1998, The effect of HMO status on the outcomes of home-care after hospitalization in a Medicare population, *Journal of the American Geriatrics society* 46(5), blz. 629-634.

iBMG, 2002, Manifest, twintig zorgpunten over het toekomstige stelsel, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2002, Staat van de gezondheidszorg 2002, Kwaliteitsborging in zorginstellingenintentie, wet en praktijk, december 2002, Den Haag.

IOO, 2000, Concurrentie tussen particuliere zorgverzekeraars, Onderzoeksrapport in opdracht van het Ministerie van Financiën, IOO bv, Zoetermeer.

Jacobzone, S., 2000, Pharmaceutical policies in OECD countries: Reconciling social and industrial goals, Labour Market and Social Policy - Occasional Papers No. 40, Organisation for Economic Cooperation and Development, Parijs.

Jeurissen, P.P.T., en T.E.D. van der Grinten, Zorg-for-profit onderzocht, *ESB*, 14 juni 2001, pp. D13-D17.

Keeler, E.B., L.V. Rubenstein, K.L. Kahn, D. Draper, E.R. Harrison, M.J. McGinty, W.H. Rogers, R.H. Brook, 1992, Hospital characteristics and quality of care, *Journal of the American Medical Association* 268, pp. 1709-1714.

Keeler, E., G. Melnick en J. Zwanziger, 1999, The changing effect of competition on non-profit and for-profit hospital behavior, *Journal of Health Economics* 18, pp. 69-86.

Kerssens, J.J., D.M.J. Delnoij, J.A. Verweij en E. van der Schee, 2002, De keuze van Ziekenfondsverzekerden voor een zorgverzekeraar, *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 1, pp. 35-42.

Kessler, D.P., en M.B. McLellan, 2000, Is hospital competition socially wasteful?, *Quarterly Journal of Economics*, May 2000, pp. 577-615.

Klein, J.I., 1998, Making the transition from regulation to competition: thinking about merger policy during the process of electric power restructuring, US Department of Justice, Speech d.d. 21 januari 1998, Washington.

Koch-Hekstra, M.L.C., 2001, Antirookbeleid hoort bij de overheid, *Medisch Contact*, jaargang 56, nr. 29/30, 27 juli 2001

- Koop, G., J. Osiewalski en M.F.J. Steel, 1997, Bayesian efficiency analysis through individual effects, *Journal of Econometrics* 76, pp. 77-105.
- Lamers L.M., R.C.J.A. Van Vliet en W.P.M.M. Van de Ven, 1999, Farmacie Kosten Groepen: een verdeelkenmerk voor normuitkeringen gebaseerd op medicijngebruik in het verleden, iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Lansky, D., 2002 Improving quality through public disclosure of performance information, *Quality of Care* 21 (4), pp. 52-62.
- Lips, J.P., E.J. Janson, F.J.M.E. Roumen en M. Willems, 2002, Ongrijpbare zorg, Ontwikkelen van externe prestatie-indicatoren vereist inspanning, *Medisch Contact*, 13 december 2002.
- Luft H.S., R. Adams Dudley, MD, MBA, and the improving Quality of Care by Restructuring Provider Payments Project Team, 2002, Improving health care by linking risk adjustment and condition specific quality measurement, paper gepresenteerd op Ministerie van Financiën, Den Haag.
- Lurie, N. et al., 1994, The effects of capitation on health and functional status of the Medicaid elderly, *Annals of internal medicine* 120 (6), pp. 506-511.
- Lynk W., 1995, Nonprofit hospital mergers and the exercise of market power, *Journal of Law and Economics* 38, pp. 437-461.
- Maarse, H., 1995, Hospital financing in the Netherlands in: U.S. Congress, Office of Technology Assessment, *Hospital Financing in Seven Countries*, OTA-BP-H-148, Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Maarse, H., W. Groot, F. van Merode, I. Mur-Veeman en A. Paulus, 2002, Marktwerking in de ziekenhuiszorg: een analyse van de mogelijkheden en effecten, Universiteit Maastricht.
- Manning, W.G., J.P. Newhouse, N. Duan, E.B. Keeler, A. Leibowitz, 1987, Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment, *American Economic Review* 77 (3), pp. 251-277.
- Manton, K.G. et al., 1993, Social/Health Maintenance Organization and fee-for-service health outcomes over time, *Health care financing review* (Winter 1993), pp. 173-202

- McLellan, M., en D. Staiger, 2000, Medical Care Quality at For-Profit and Not-For-Profit Hospitals, hoofdstuk 3 in: Cutler, D.M. (red.), *The Changing Hospital Industry*, NBER, Chicago.
- MDW, 2002, Nooit meer wachten: Minder toetredingsbelemmeringen voor medische beroepen, Rapport van de MDW-werkgroep Toetredingsbelemmeringen Medische Beroepen, Den Haag.
- Miller, R.H. and H.S. Luft, 1994, Managed care plan performance since 1980, *JAMA* 271 (19).
- Miller, R.H. and H.S. Luft, 1997, Does managed care lead to better or worse quality of care?, *Health affairs* 16(5), September/October 1997, pp. 7-25.
- Miller, R.H. and H.S. Luft, 2002, HMO plan performance update: an analysis of the literature, 1997-2001, *Health affairs* 21 (4), July/August 2002.
- Ministerie van Economische Zaken, 2002, Glashelder; meer inzicht in transparantie, Den Haag.
- Møllgaard, H.P. en P.B. Overgaard, 2000, Market transparency: a mixed blessing?, draft paper for Department of Economics - Copenhagen Business School.
- Mot, E., 2002, Paying the medical specialist: the eternal puzzle, Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
- Mukamel D.B. and A.I. Mushlin, 1998, Quality of Care Information Makes a Difference: An Analysis of Market Share and Price Changes After Publication of the New York State Cardiac Surgery Mortality Reports. *Medical Care* 36(7), pp. 945-954.
- Nera, 2000, Specific competition rules for network utilities, rapport voor het Ministerie van Economische Zaken, Londen.
- Newhouse, J.P., 2002, Why is there a quality chasm?, *Health affairs* 21(4), July/August 2002,
- Newhouse, J.P., 1996, Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection, *Journal of Economic Literature* 34, pp 1236-1263.
- NMa, 2002, Richtsnoeren voor de zorgsector, Nederlandse Mededingingsautoriteit, Den Haag.



OESO, 2001, Price transparency, DAFPE/CLP(2001)22, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris.

OESO, 2002, Health at a Glance, Organisation for Economic Co-operation and Development, Parijs.

Ottervanger, T.R. en M.A. de Jong, Ruimte voor privaatrechtelijke basisverzekering binnen het Europeesrechtelijk kader, Allen & Overy (in opdracht van het Verbond voor Verzekeraars), Den Haag, 2003

Pharmo, 2002, Chronische farmacotherapie voortgezet, Pharmo Instituut, Utrecht.

Retchin, S.M., R.S. Brown, S.J. Yeh, D. Chu and L. Moreno, 1997, Outcomes of stroke patients in medicare fee for service and managed care, *Journal of the American Medical Association* 278, (2), pp. 119-125.

RIVM, 2002a, *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002*, eindredactie: J.A.M. van Oers, Bohn Stafleu Van Loghum, Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, Bilthoven

RIVM, 2002b, Nationale atlas volksgezondheid, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven. Internet: [www.zorgatlas.nl](http://www.zorgatlas.nl).

Rothschild, M. and J.E. Stiglitz, 1976, Equilibrium in competitive insurance markets: An essay in the economics of imperfect information, *Quarterly Journal of Economics* 90, pp. 629-650.

RVZ, 2002, Winst en gezondheidszorg, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer.

RVZ, 2002, Gezondheidszorg en Europa : een kwestie van kiezen, Zoetermeer.

Sacher, S. en L. Silvia, 1998, Antitrust issues in defining the product market for hospital services, *International journal of the economics of business* 5 (2), pp. 181-202.

Schut, F.T., 1995, Competition in the Dutch health care sector, Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.

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

Schut, F.T., 2001, Prijsconcurrentie ziekenfondsen nog niet effectief, *Economisch Statistische Berichten*, 23 februari 2001, pp. 172-176.

Schut, F.T., S. Greß en J. Wasem, 2002, Consumer price sensitivity and social health insurer choice in Germany and the Netherlands, werkdocument, revised version, september 2002, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Schut, F.T., en W.H.J. Hassink, 1999, *Price competition in social health insurance: Evidence from the Netherlands*, Paper presented at the second iHEA conference in Rotterdam, 6-9 June 1999.

SCP, 2002, Sociaal en Cultureel Rapport 2002, Den Haag

SER, 2000, Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen, SER-advies 00/12, Den Haag.

SFK, 2002, Data en feiten 2002, Stichting Farmaceutische Kengetallen, Den Haag.

Shaughnessy, P.W., R.E. Schlenker and D.F. Hittle, 1994, Home health care outcomes under capitated and fee-for-service payment, *Health care financing review* (Fall 1994), pp. 187-221.

Shen Y. en R.P. Ellis, 2001a, Cost-minimizing risk adjustment, Discussion Paper, Boston University. <http://econ.bu.edu/Ellis/Papers/shen2.pdf>.

Shen Y. en R.P. Ellis, 2001b, How profitable is risk selection? A comparison of four risk adjustment models, Discussion Paper, Boston University.

Shortell, S., en E.F.X. Hughes, 1988, The effects of regulation, competition, and ownership on mortality rates among hospital inpatients, *New England Journal of Medicine* 318, pp. 1100-1107.

Sloan, F.A., 1998, Hospital ownership and the cost and quality of care, *NBER Working Paper Series* w6706.

- Sloan, F.A., 1999, Does ownership affect the cost of medicare? in A.J. Rettenmaier en T.R. Saving (red.), Medicare reform: Issues and answers, University of Chicago Press, Chicago.
- Sloan, F.A., 2000, Not-for-profit ownership and hospital behavior, hoofdstuk 21 in: A.J. Culyer en J.P. Newhouse, Handbook of Health Economics vol. IB, Amsterdam, pp. 1141-1174.
- Smith, M.A., E. Shabar, P.G. McGovern, R.L. Kane, K.M. Doliszny, D.K. Arnett and R.V. Luepker, 1999, HMO membership and patient age and the use of specialty care for hospitalized patients with acute stroke: the Minnesota stroke survey, *Medical care* 37 (12), pp. 1186-1198.
- Spies, T.H., en H.G.A. Mokkink, 1999, Toetsen aan standaarden: Het medisch handelen van huisartsen in de praktijk getoetst, Eindrapport, WOK/NHG, Nijmegen/Utrecht.
- Stichting Telecomgebruikers Nederland, 1999, Keuren en merken; op weg naar een integraal kwaliteitssysteem voor telecommunicatiedienstenaanbieders, Stichting Telecom- en internetgebruikers Nederland, Woerden.
- Stigler, G.J., 1961, The economics of information, *Journal of political economy* 69, pp. 213-225.
- Stiglitz, J.E., 1987, Technological Change, Sunk Costs, and Competition, *Brookings Papers on Economic Activity*, Vol.1, No. 3, pp. 883-937.
- Stiglitz, J.E., 1994, *Whither Socialism?*, MIT press, Cambridge.
- Stiglitz, J.E., 1999, Incentives and Institutions in the Provision of Health Care in Developing Countries, paper gepresenteerd op het IHEA-congres, Rotterdam, juli 1999
- Timmermans, J., C. van Campen, J. Hessing, 2002, Zorg, in: Sociaal en cultureel rapport 2002, De kwaliteit van de quataire sector, SCP, Den Haag.
- Van Barneveld, E.M., 2000, Risk sharing as a supplement to imperfect capitation in health insurance: a tradeoff between selection and efficiency, Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam, Ridderprint, Ridderkerk.
- Van Barneveld, E.M., L.M. Lamers, R.C.J.A. van Vliet, W.P.M.M. van de Ven, 2001, Risicodeling als aanvulling op imperfecte normuitkeringen: een afruil tussen selectie en doelmatigheid, Tijdschrift Sociale Gezondheidswetenschappen, 79, pp. 110-117.

Van den Brink, R.J., 2001, Een efficiënte ziekenfondsmarkt?, *Economisch Statistische Berichten*, 9 maart 2001, pp. 220-224.

Van de Ven, W.P.M.M., 2001, De rol van ziektekostenverzekering, in: Lapré, R., F. Rutten en E. Schut (eds), *Algemene economie van de gezondheidszorg*, Elsevier/De Tijdstroom, Maarssen.

Van de Ven, W.P.M.M. en R.P. Ellis, 2000, Risk adjustment in competitive health plan markets, in: A.Culyer, J. Newhouse (eds), *Handbook of Health Economics*, Vol 1A, Amsterdam, pp. 755-845.

Van de Ven, W.P.M.M. en F.T. Schut, 2000, The first decade of market oriented health care reforms in the Netherlands, werkdokument, iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Van Vliet, R.C.J.A., 1998, Schatting verzekeringseffecten op basis van de CBS Gezondheidsenquête ten behoeve van het Ramingsmodel Zorgsector, werkdokument, iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Vektis, 2002 *Zorgmonitor; jaarboek 2002*, Zeist.

Viscusi, W.K., J.M. Vernon, J.E. Harrington jr, 1997, *Economics of regulation and antitrust*, MIT Press.

VWS, 2001, Vraag aan bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel, Nota van het kabinet aan de Tweede Kamer, Ministerie van VWS, Den Haag.

VWS, 2001a, Eigen betalingen in perspectief, Ministerie van VWS, Den Haag.

VWS, 2001b, Met zorg kiezen, Ministerie van VWS, Den Haag, Met zorg kiezen, Ministerie van VWS, Den Haag.

VWS, 2001c, Versterking van de positie van de consument, Ministerie van VWS, Kamerstuk vergaderjaar 2000-2001, 27 979 , nr. 2, Den Haag.

VWS, 2002, Geconcentreerd dereguleren?, Ministerie van VWS, Den Haag.

VWS, 2002a, Nadere uitwerking Vraag aan Bod, Ministerie van VWS, Den Haag.

VWS, 2002b, Zorgnota 2003, Ministerie van VWS, Den Haag.

VWS, 2002c, Ziektekostenverzekeringen in Nederland, Ministerie van VWS, Den Haag.

Ware et al., 1996, Differences in four-year health outcomes for elderly and poor, chronically ill patients treated in HMO and fee-for-service systems results from the Medical Outcomes Study, *Journal of the American Medical Association* 276 (13), pp. 1039-1047.

White, W.D. en M.A. Morrissey, 1998, Are patients travelling further? *International Journal of the Economics of Business* 5 (2), pp. 203-221.

Z-index, 2002, Taxe WTG-geneesmiddelen, november 2002, Z-index, Den Haag.

Zuckerman, S., J. Hadley en L. Iezzoni, 1994, Measuring hospital efficiency with frontier cost functions, *Journal of Health Economics* 13, pp.255-280.

Zweifel, P., en F. Breyer, 1997, *Health Economics*, Oxford University Press, New York.