



TPEdigitaal
Jaargang 8 nr. 2
April 2014

**Wat werkt echt (niet) om
kosten te besparen in de zorg**

Inleiding: zestien economen over wat echt (niet) helpt om kosten te besparen in de zorg.....	1
<i>Anneli Houkes-Hommes</i>	
Hollebolle Gijs op dieet: uitgavenbeheer in de zorg	7
<i>Wim Groot en Henriette Maassen van den Brink</i>	
Leidt gereguleerde competitie tot betaalbare zorg?	18
<i>Patrick Jeurissen en Joost Trienekens</i>	
Toekomst voor de zorg in viervoud.....	31
<i>Paul Besseling en Casper van Ewijk</i>	
Geen wonderkuur voor de zorgexplosie	49
<i>Marc Pomp</i>	
Indicatiestelling binnen de collectieve zorgverzekering: een middel om kosten te beheersen?	67
<i>Ilaria Mosca en Leida Lamers</i>	
Efficiëntie, concurrentie en globale budgetten in de zorg	82
<i>Jan Boone en Rudy Douven</i>	
Hoe kopen zorgverzekeraars in bij ziekenhuizen	98
<i>Suzanne Ruwaard, Rudy Douven, Jeroen Struijs en Johan Polder</i>	
De politieke economie van de betaalbaarheid en doelmatigheid van de zorg.....	118
<i>Hans Maarse en Dirk Ruwaard</i>	

TPEdigitaal is een uitgave van de Stichting TPEdigitaal te Amsterdam.
ISSN: 1875-8797

Colofon

Het tijdschrift TPEdigitaal verschijnt vier maal per jaar en wordt uitgegeven door de onafhankelijke stichting TPEdigitaal te Amsterdam onder ISSN 1875-8797.

Redactie

dr. M. de Graaf - Zijl
dr. D.A. Hollanders
drs. A.R.B.J. Houkes-Hommes
drs. J.F.M. de Jong
prof. dr. P.W.C. Koning
dr. A.M. Onderstal
dr. L.A.W. Tieben

Redactieadres

redactie/tpedigitaal.nl (NB, u dient zelf de schuine streep te vervangen door een apenstaartje in het adresveld van uw e-mailprogramma)

Wetenschappelijke adviesraad

dr. P.A. Boot
prof. dr. C.L.J. Caminada
prof. dr. H.P. van Dalen
prof. dr. W.H.J. Hassink
prof. dr. M.W. Hofkes
prof. dr. L.H. Hoogduin
prof. dr. B. van der Klaauw
prof. dr. C.C. Koopmans
drs. L.M.T. van Velden
prof. dr. B. ter Weel

Bureauredactie

J.L. Verbruggen

Foto website

F. van der Hoeven

Uitgever

Stichting TPEdigitaal
p/a Amstelveenseweg 1056
1081 JV Amsterdam

Inleiding: zestien economen over wat echt (niet) helpt om kosten te besparen in de zorg

Aenneli Houkes-Hommes

Gezondheid maakt mensen gelukkig. Ziekte gaat vaak gepaard met pijn en andere ongemakken. Daarnaast belemmert een minder goede gezondheid mensen in hun handelingsvrijheid. Dit betreft hun functioneren in het dagelijks leven, maar ook in het onderwijs en op de arbeidsmarkt. Gezondheid verhoogt daarom de welvaart, zowel via persoonlijk geluk, als via de extra mogelijkheden die het mensen geeft bij te dragen aan de economie.

Gezondheidszorg houdt ons (langer) gezond. De levensverwachting is sinds 1950 met negen jaar toegenomen. Bovendien leven we niet alleen langer, maar ook gezonder. De gezondheidszorg is één van de belangrijkste oorzaken van beide toenames (Van Ewijk et al. 2013). Geld besteed aan gezondheidszorg levert dus ontegenzeggelijk veel welvaart op.

Tegelijkertijd geven we steeds meer uit aan zorg. De uitgaven groeien niet alleen, ze groeien ook steeds sneller. In de zeventiger jaren van de vorige eeuw gaven we 7,5% van ons nationaal inkomen (bbp) uit aan zorg. Rond de millenniumwisseling was dit 9% en in 2012 13% (Van Ewijk et al. 2013). Door de recessie is de mate van toename weliswaar afgenomen, maar steeds sterker dringt zich de vraag op of de voortdurend toenemende uitgaven aan zorg nog gelijke tred houden met de welvaartstoename die ze veroorzaken. Vooruitgang in medische technologieën gaat onvermijdelijk gepaard met hogere kosten. Het ligt bovendien voor de hand dat steeds hogere kosten moeten worden gemaakt om nieuwe effectieve behandelingen te vinden. Ergens ligt een grens waar extra zorguitgaven ten koste gaan van effectievere uitgaven op andere terreinen. En nog afgezien van effectieve besteding is er de kwestie of de collectieve lastendruk die zorgkosten met zich meebrengen te verantwoorden valt.

Alle reden dus om een themanummer te wijden aan verschillende manieren waarop economen het probleem van kostenbeheersing in de zorg, en hun oplossingen, formuleren. Dit themanummer bevat acht artikelen van in totaal zestien Nederlandse economen. Samen bieden ze een breed spectrum van standpunten omtrent zorgkosten - niet alleen in wat ze voorstellen aan maatregelen, maar ook in hoe ze de toegenomen zorgkosten als probleem thematiseren. Dit gebeurt, zowel in dit themanummer als elders, op verschillende manieren en vanuit fundamenteel verschillende gedachten over het economisch belang van de gezondheidszorg. Bij een kwestie die zo complex is als beheersing van zorgkosten, is het moeilijk om te spreken van één juiste benadering. Veel economen, waaronder sommige auteurs in dit themanummer, beperken zich dan ook niet tot één manier om het probleem te

formuleren en oplossingen voor te stellen. Toch zijn er ruwweg vier perspectieven te onderscheiden in de discussie onder economen, en in de standpunten die in de acht artikelen worden verdedigd.

Vanuit het eerste perspectief zijn de zorgkosten voornamelijk problematisch vanwege de enorme collectieve uitgaven die ze veroorzaken, die in deze benadering stelselmatig worden aangeduid als collectieve lastendruk. Hoge collectieve zorglasten laten minder ruimte voor andere collectieve uitgaven, zoals onderwijs en veiligheid, en stellen tegelijkertijd de solidariteit binnen de samenleving op de proef. Bezien vanuit dit standpunt is het vóór alles zaak om deze langzamerhand ondraaglijke lastendruk verregaand te beperken. Private zorguitgaven vormen daarentegen geen principiële probleem. Voorgestelde maatregelen moeten dus vooral worden beoordeeld op hun potentieel om collectieve uitgaven te verminderen of eventueel om te buigen in private uitgaven.

Een tweede perspectief richt zich, in contrast hiermee, op het verminderen van *alle* uitgaven in de zorg die worden uitgedrukt als percentage van het nationaal inkomen (bbp). De motivatie hiervoor is dat de zorguitgaven inmiddels een onaanvaardbaar hoog percentage van het nationaal inkomen vormen, waardoor ze — ongeacht of ze collectief of privaat zijn; en ongeacht welke voordelen ze bieden voor onze gezondheid en levensduur — ten koste gaan van te veel andere uitgaven.

Twee andere perspectieven vergelijken, in tegenstelling tot de voorgaande, de baten die gepaard gaan met de zorgkosten. Eén perspectief, het derde in dit overzicht, benadert deze baten ‘zorgintern’: het kijkt naar de doelmatigheid waarmee zorguitgaven worden besteed. Maatregelen die vanuit deze benadering worden voorgesteld zijn bijvoorbeeld bedoeld om kritischer om te gaan met behandelingen waarvan de medische effectiviteit onbewezen of onduidelijk is. Ook kan men zich vanuit dit perspectief afvragen hoeveel moet worden uitgegeven aan behandelingen die de gezondheid of levensverwachting maar marginaal verhogen.

Het vierde perspectief deelt de aandacht voor de medische baten van zorguitgaven, maar richt zich daarbij nadrukkelijk óók op andere terreinen dan de gezondheidszorg. Zorg kan namelijk vanuit medisch perspectief doelmatig zijn, maar vanuit een breder maatschappelijk standpunt ondoelmatig, omdat een euro die wordt uitgegeven aan een verlengde levensverwachting van dementerenden niet kan worden uitgegeven aan aanpak van overlast door probleemjongeren. Maatregelen moeten, vanuit dit laatste perspectief, dus worden beoordeeld op basis van hun effecten op de *totale* welvaart.

Het meest eenduidige voorbeeld van de eerste benadering in dit themanummer is te vinden in het artikel van *Wim Groot en Henriëtte Maassen van den Brink*. Zij beschouwen de huidige, overwegend collectieve financiering van de gezondheidszorg als een toenemend probleem vanwege de almaar groeiende lastendruk. Daarbij komt nog dat het grotere beslag dat de zorg legt op de beschikbare collectieve middelen niet tot enige vorm van verzadiging lijkt te leiden: net als Holle Bolle Gijs vraagt de gezondheidszorg alleen om meer. Dit heeft er bijvoorbeeld toe geleid dat, anders dan in de publieke perceptie, het verzekerde pakket in de zorgverzekering steeds verder is uitgebreid. Groot en Maassen van den Brink zien daarom

weinig in maatregelen als het sluiten van convenanten of het terugdringen van praktijkvariatie. Veel effectiever voor het terugdringen van de collectieve lasten zou bijvoorbeeld zijn om 25% eigen bijdrage te heffen voor behandelingen waaraan in Nederland bovengemiddeld veel wordt uitgegeven, zoals kortdurende psychische hulp en om, algemener en principiëler, alleen uitgaven die mensen zelf niet kunnen betalen collectief verzekeraar te laten zijn.

Patrick Jeurissen en Joost Trienekens richten zich in hun bijdrage op de vraag hoe de zorg betaalbaar kan blijven. Daarbij nemen ze, naast het eerste, ook het tweede van de bovengenoemde perspectieven in: de betaalbaarheid vormt volgens hen op het moment met name een probleem, omdat een te hoog percentage van het nationaal inkomen wordt besteed aan de zorg, in combinatie met toch al te hoge overheidsuitgaven. Ze geven allereerst een gedetailleerd overzicht van de ontwikkelingen in de kostenbeheersing van de Nederlandse zorg: van de hoogtijdagen van de aanbodregulering in de jaren 90 met bijkomende wachtlijstenproblematiek, via Borsts 'recht op zorg' en de resulterende explosie van zorgkosten, tot de introductie van de basisverzekering en de geleidelijke invoering van gereguleerde concurrentie tussen zorgverzekeraars. Vervolgens verkennen ze welke effecten de invoering van gereguleerde marktwerking heeft gehad en nog zou kunnen hebben op de betaalbaarheid van de curatieve zorg. Jeurissen en Trienekens zien een aantal positieve effecten. Zo is de arbeidsproductiviteit in de zorg al tijdens de zeer geleidelijke invoering verbeterd. Verder hebben de bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden die de VWS recent met zorgverzekeraars en -aanbieders hebben gesloten, geleid tot meer selectieve contractering door zorgverzekeraars, die niet langer hoeven vrezen voor reputatieschade. Deze positieve effecten hebben nog niet geleid tot een betaalbaarder zorgstelsel — hooguit is sprake van een afname van groei, die ook nog eens gelijke tred houdt met die in omliggende landen. Jeurissen en Trienekens stellen dat het stelsel desondanks ten goede is veranderd, wat de zorg in de toekomst betaalbaarder zou kunnen maken. De zorgsector is dynamischer en veerkrachtiger geworden, zoals onder andere af te lezen valt aan de robuuste groei van productiviteit, het grote aantal nieuwe zorgaanbieders en een lager dan verwachte stijging van de zorgpremie.

Paul Besseling en Casper van Ewijk benaderen het probleem van de zorgkosten in hun bijdrage ook vanuit de eerste twee perspectieven en benadrukken het explosief stijgende aandeel van die kosten in het bbp. Ze presenteren mogelijke oplossingen als een keuze omtrent twee vormen van solidariteit: zorgsolidariteit, de mate van kwaliteitsverschillen in de zorg, en risicosolidariteit, de mate van verschil in bijdragen door zorggebruikers en niet-gebruikers. Besseling en Van Ewijk wijzen erop dat geen elke keuze omtrent zorg- en risicosolidariteit vrij is van nadelen, maar dat elk ervan ook voordelen heeft en mogelijkheden tot kostenbeheersing biedt. Grote risicosolidariteit tussen lage en hoge inkomens kan bijvoorbeeld worden geregeld door een inefficiënte en steeds hogere verplichte zorgconsumptie, maar ook met een minder omvangrijk basispakket inclusief lastenverlichting voor lagere inkomens. Minder risicosolidariteit, met een systeem van eigen betalingen, kan het zorggebruik terugdringen, maar maakt zorg tegelijkertijd ontoegankelijker

voor lagere inkomens. Grote zorgsolidariteit beperkt de keuzevrijheid van consumenten, maar daarmee ook de kans op te weinig, te veel of verkeerde zorg die het gevolg is van foutieve keuzes. Lagere zorgsolidariteit kan kostenbesparend werken, omdat het de mogelijkheid biedt om nieuwe behandelingen selectiever toe te laten in het basispakket, en op te nemen in een meer gedifferentieerd aanbod van aanvullende verzekeringen. Nadat Besseling en Van Ewijk de Nederlandse situatie — met hoge zorg- en risicosolidariteit — hebben vergeleken met die in andere landen wijzen ze erop dat minder solidariteit wel leidt tot een robuuster zorgstelsel, waarin uitgavenstijgingen door nieuwe technologieën eenvoudiger kunnen worden opgevangen.

In zijn bijdrage neemt *Marc Pomp* een duidelijk ander standpunt in. Stijgende zorgkosten vormen op zichzelf nog geen probleem, zolang er maar voldoende baten tegenover staan. Daarbij richt hij zich op de baten van de gezondheidszorg: Pomp vertegenwoordigt het derde, ‘zorginterne’ perspectief op kostenbeheersing. Vanuit deze benadering zijn miljardenbesparingen in de zorg niet per se wenselijk; ze mogen namelijk niet gepaard gaan met verlies van kwaliteit en toegankelijkheid. Door de poortwachtersfunctie van de huisarts voor de tweedelijnszorg en de traditioneel terughoudende zorgcultuur in Nederland, zijn uitgaven voor de curatieve zorg niet hoger dan gemiddeld en is het zorgvolume zelfs lager dan gemiddeld. Alleen verdere invoering van gereguleerde marktwerking zou volgens Pomp in deze omstandigheden nog kunnen zorgen dat meer doelmatigheidspotentieel wordt benut. Pomp ziet niets in maatregelen, zoals pakketverkleining, die de werking van het zorgstelsel direct ondermijnen, of hogere eigen bijdragen die dit indirect doen, door zorgvermijdend gedrag uit te lokken. In plaats daarvan moeten grondig geëvalueerde experimenten, waarin contracten zorgaanbieders prikkelen de kosten te beheersen, laten zien waar besparingen te realiseren zijn zonder dat kwaliteit en toegankelijkheid in het gedrang komen.

In hun bijdrage bespreken *Ilaria Mosca en Leida Lamers* hoe een betere keuze van indicatiesteller kan leiden tot besparingen in de zorg. Indicatiestelling zou idealiter moeten leiden tot ‘precies genoeg’ gebruik, qua medische en/of kosteneffectiviteit. In werkelijkheid bestaat echter aanzienlijke praktijkvariatie; de ene artsenpraktijk knipt bijvoorbeeld veel vaker amandelen dan de andere. Dit valt deels te verklaren door variatie in patiëntvoorkeuren, opleiding en medische technologie, maar duidt volgens Mosca en Lamers ook op inefficiënte keuzes van de indicatiesteller. Een betere keuze van indicatiestelling kan dus tot besparing leiden zonder verlies van medische baten, zoals gewenst vanuit het derde perspectief. De keuze voor indicatiesteller is echter geen eenvoudige. Decentrale indicatiestelling, meestal door de behandelend arts, is goedkoper en sneller, maar diens kennisvoorsprong maakt de (efficiëntie van de) gemaakte keuzes ondoorzichtig voor de zorginkopers. Centrale indicatiestelling, door een onafhankelijke instantie, leidt tot hogere transactiekosten, maar objectievere en meer integrale indicaties. Mosca en Lamers bespreken hoe de afweging tussen transactiekosten en volumerisico kan leiden tot verschillende keuzes voor verschillende vormen van zorg: centrale indicatiestelling voor de meeste langdurige zorg en voor planbare zorg; decentrale in-

dicatiestelling bij curatieve en acute zorg en de urgentere en goedkopere vormen van langdurige zorg.

Rudy Douven en Jan Boone kiezen een andere benadering: de vierde in het overzicht hierboven. Een uitgave in de zorg zou alleen gedaan moeten worden als diezelfde euro niet elders in de maatschappij nuttiger ingezet zou kunnen worden. Het huidige stelsel van gereguleerde concurrentie is vooral gericht op productieve efficiëntie — maximalisering van gezondheidswinst met beschikbare middelen — maar bevat onvoldoende prikkels voor allocatieve efficiëntie - maximalisering van totale maatschappelijke baten met beschikbare middelen. Goedkopere inkoop van geneesmiddelen en het ontstaan van zelfstandige behandelcentra voor eenvoudige operaties laten zien dat de productieve efficiëntie inderdaad is gestegen. Volume-groei in de zorg, o.a. door het oprekken van indicaties, wijst er echter op dat de allocatieve efficiëntie tegelijkertijd is gedaald. Omdat zorgaanbieders intrinsiek gemotiveerd zijn om de best mogelijke zorg te bieden, verwachten Douven en Boone niet dat zorgaanbieders eenvoudig geprikkeld kunnen worden om kosteneffectief te werken. Zij pleiten daarom voor globale budgetten, waarmee zorgaanbieders aan vooraf gemaakte afspraken moeten voldoen, ongeacht de werkelijke kosten. Deze afspraken kunnen bijvoorbeeld een minimaal aantal verrichtingen behelzen, of de verantwoordelijkheid voor de gezondheid van een bepaalde populatie verzekeren. Om te zorgen voor meer allocatieve efficiëntie zonder dalende productieve efficiëntie zouden deze globale budgetten niet concurrentieverstorend mogen werken.

Suzanne Ruwaard, Rudy Douven, Jeroen Struijs en Johan Polder bieden een empirische toets van het beroep op de positieve effecten van gereguleerde concurrentie. Zij presenteren een aantal resultaten van onderzoek naar de weerslag van concurrentiebevorderende maatregelen in contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Ten eerste constateren ze dat onzekerheid en complexiteit een grote rol spelen in deze contracten: veel contracten hebben een korte looptijd en zijn bovendien onvolledig wat betreft prestaties en allocatie van financieel risico, zodat ruimte blijft voor heronderhandeling tijdens de looptijd. Ten tweede fungeert het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord tussen VWS en de zorgaanbieders en -verzekeraars daadwerkelijk als richtlijn voor de contracten. De kernafpraak daarin — dat de reële zorguitgaven met maximaal 2,5% per jaar mogen groeien — keert echter letterlijk terug in de contracten, zonder dat rekening is gehouden met verschillen tussen ziekenhuizen, hoewel dat vanuit welvaartsoogpunt beter geweest zou zijn geweest. Ten derde wijzen de vele aanneemsommen en plafondafspraken in de contracten er weliswaar op dat zorgaanbieders financiële risico's op zich nemen, maar blijft de werkelijke verdeling van winsten en verliezen onduidelijk vanwege de genoemde ruimte voor heronderhandeling. Ten vierde blijkt prestatiebeloning, bedoeld om ziekenhuizen extra te belonen als zij meer kwaliteit leveren, weinig te worden toegepast. Voor zover selectief wordt gecontracteerd op kwaliteit blijken de opgenomen kwaliteitseisen bovendien beperkt tot de standaardkwaliteitseisen. Hieruit blijkt dat zorgverzekeraars blijkbaar nog weinig kwaliteitsinformatie hebben of hier in ieder geval niet serieus op contracteren.

Waar de meeste artikelen in het themanummer, vanuit hun gekozen perspectief, maatregelen aandragen om kosten te besparen in de zorg, wijzen *Hans Maarse en Dirk Ruwaard* aan het einde van dit themanummer op een belangrijke randvoorwaarde voor elke besproken maatregel. Het verbeteren van doelmatigheid in de zorg betekent iets anders dan het bestrijden van verspilling. Helaas, want zolang er nog verspilling is, kan worden bespaard zonder ook maar enig verlies van medische effectiviteit. Het ‘Meldpunt verspilling in de zorg’, dat de minister onlangs in het leven riep, bevestigt dit beeld en geeft volgens Maarse en Ruwaard valse hoop. Zij betogen dat het verbeteren van doelmatigheid een pijnlijke politieke strijd zal opleveren, waarbij belangen en macht kunnen gaan bepalen wat ‘doelmatig’ is en wat niet. Hierbij moeten bovendien diep ingesleten patronen worden doorbroken. Zelfs screeningsmethoden die aantoonbaar zinloos zijn, blijken in de politieke praktijk onaantastbaar. En welke politicus durft alvast de stekker te trekken uit behandelingen waarvan de effectiviteit nog onduidelijk is, of sterk lijkt te variëren onder patiënten? Hier lijken we allemaal onderworpen aan de *rule of rescue* (Jonson 1986), die stelt dat ons geweten ons dwingt onmiddellijk en onvoorwaardelijk te hulp te komen als wij merken dat iemand in direct levensgevaar is. Economische argumenten voor besparingen in de zorg zullen zeer effectief moeten zijn om deze intrinsieke motivatie tot het bieden van medische hulp te overwinnen.

Kortom, een gevarieerd themanummer van TPEdigitaal, waarin de zestien auteurs vanuit verschillende perspectieven bijdragen aan oplossingen voor het door de samenleving als urgent ervaren probleem van de stijgende zorgkosten.

Auteur

Aenneli Houkes-Hommes (e-mail: Aenneli@PolicyProductions.nl) is werkzaam als economisch beleidsonderzoeker in het sociaal domein bij Policy Productions.

Literatuur

- Ewijk, C. van, P.J. Besseling en A. van der Horst, 2013, *Toekomst voor de Zorg*, Centraal Planbureau, Den Haag.
- Jonson, A.R., 1986. Bentham in a Box: Technology Assessment and Health Care Allocation. *Law, Medicine & Health Care*, vol. 14(3-4): 172-174.

Hollebolle Gijs op dieet: uitgavenbeheer in de zorg

Wim Groot en Henriette Maassen van den Brink

Heb je wel gehoord van de hollebollewagen

Waar die hollebolle Gijs op zat?

Hij kon schrokken, grote brokken

Een koe en een kalf en een heel paard half

Een os en een stier en zeven tonnen bier

Een schip vol rapen en een kerk vol schapen

En nog kon Gijs van de honger niet slapen!

1 Inleiding

De afgelopen jaren leek de gezondheidszorg sterk op Hollebolle Gijs. De uitgaven aan zorg stegen snel en nog was het niet genoeg. Zo namen tussen 1999 en 2010 de zorguitgaven met gemiddeld 7,2% per jaar toe (RIVM 2011). Achtereenvolgende kabinetten stonden toe dat de zorguitgaven toenamen met een veelvoud van de economische groei. Zo accepteerde het eerste kabinet-Rutte van VVD en CDA in 2010 een reële toename van de zorguitgaven met 4% per jaar, ook al was door de financiële crisis de economische groei vrijwel nihil. Zelfs bij deze relatief hoge groeipercentages kampten achtereenvolgende kabinetten met overschrijdingen van het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Het BKZ omvat de zorguitgaven die uit de collectieve premies worden gefinancierd. Deze budgetoverschrijdingen moesten jaar op jaar door kortingen en bezuinigingen gecorrigeerd worden. Zo ontstond een beeld dat op de zorg continu bezuinigd werd, terwijl in werkelijkheid de zorguitgaven van jaar op jaar zeer snel toenamen.

De sterke stijging van de zorguitgaven is niet uniek voor Nederland: ook in andere westerse landen zijn de uitgaven het afgelopen decennium sterk toegenomen. De stijging in Nederland was wel hoger dan elders. Dit heeft tot gevolg dat Nederland – na de Verenigde Staten – inmiddels de hoogste zorguitgaven ter wereld heeft, gemeten als percentage van het bbp (12% in 2010). De uitgaven per hoofd van de bevolking (5056 euro in 2010) zijn de op drie na hoogste ter wereld. Hier moeten we alleen de Verenigde Staten, Noorwegen en Zwitserland voor laten gaan (OECD 2012).

Anders dan soms wordt gedacht, is de snelle groei van de zorguitgaven (nog) niet toe te schrijven aan de vergrijzing. Het aandeel in de totale zorguitgaven van

65-plussers is 14% onder mannen en 24% onder vrouwen: 75-85% van de zorguitgaven komt voor rekening van 'jongeren' beneden de 65. De grootste groei in de uitgaven in de afgelopen jaren was onder mensen tussen 45 en 64 jaar. In de periode 1999-2010 namen onder mannen van 45-64 jaar de zorguitgaven met gemiddeld 9,0% per jaar toe, onder vrouwen was dit 8,7%.

In de komende jaren zal – onder invloed van de vergrijzing – dit beeld veranderen. Zo verwacht het CBS dat het aantal 65-plussers de komende dertig jaar zal verdubbelen van 2,4 miljoen in 2010 tot 4,6 miljoen in 2040 (CBS 2010). Vanaf 2020 zullen de grote geboortecohorten van na de Tweede Wereldoorlog in steeds grotere mate van zorg gebruik gaan maken. Daarnaast neemt het aantal ouderen toe door de stijging van de levensverwachting.

Het huidige kabinet heeft aan die nagenoeg ongebreidelde groei een einde gemaakt. In de curatieve zorg hebben de minister van VWS, zorgverzekeraars en zorgaanbieders in 2013 een convenant afgesloten. Hierin is afgesproken dat de zorguitgaven in 2014 nog maar met 1,5 procent reëel mogen stijgen en in 2015 met 1 procent. De grootste besparingen wil het kabinet Rutte evenwel niet in de curatieve zorg maar in de verpleging en verzorging vinden. Door de overheveling van persoonlijke verzorging van de AWBZ naar de Zvw en begeleiding van de AWBZ naar de gemeenten verwacht het kabinet ongeveer een kwart op deze uitgaven – structureel 1,7 miljard euro – te kunnen bezuinigen. Beperking van de huishoudelijke hulp die door de gemeenten wordt geboden, zou nog eens een miljard euro besparen. Of en in welke mate deze afspraken en ingrepen tot bezuinigingen zullen leiden, moet nog worden afgewacht.

Ondanks deze bezuinigingen zullen ook tijdens deze regeerperiode de kosten van de zorg blijven stijgen. Op langere termijn – als de lasten van de vergrijzing merkbaar worden – zal het groeitempo van de zorguitgaven mogelijk weer toenemen. De demografische ontwikkeling zorgt er verder voor dat het arbeidsaanbod de komende jaren niet of nauwelijks zal groeien. Hierdoor zal economische groei vooral moeten komen van de groei van de arbeidsproductiviteit. Het wegvallen van de toename van het arbeidsaanbod als motor van economische groei zal – ook nadat de effecten van de financiële crisis verdwenen zijn – tot een structureel lager groeitempo leiden. Daar komt bij dat het toenemend aandeel van de zorgsector in het nationaal inkomen, het groeivermogen van de economie negatief beïnvloedt. De zorgsector is een bedrijfstak met een relatief lage arbeidsproductiviteitsgroei. Naarmate het aandeel van de zorg in de economie toeneemt, zal het groeivermogen van de economie door arbeidsproductiviteitsgroei afnemen.

De noodzaak om naar mogelijke kostenbesparingen te zoeken blijft dus bestaan. Blijvende aandacht voor kostenbesparingen zal ook nodig zijn om de kosten van de vergrijzing te beheersen. De vergrijzingsdruk zal vanaf 2020 merkbaar worden, als de eerste cohorten van de babyboomgeneratie in grote getalen een beroep gaan doen op zorg. De uitgangspositie is evenwel niet gunstig gezien de nu al hoge zorguitgaven.

In deze bijdrage staat de vraag naar mogelijke kostenbesparingen in de zorg centraal. Voor een goed begrip van de mogelijkheden voor kostenbesparingen is

het noodzakelijk om een onderscheid te maken tussen de curatieve zorg en de langdurige zorg. De omvang en de oorzaken van de kostenstijgingen – en daarmee de mogelijkheden tot besparingen – verschillen namelijk tussen beide sectoren. Daarnaast is voor een beredeneerde keuze voor mogelijke besparingen van belang te weten welke hervormingen en bezuinigingen in het verleden effectief zijn gebleken en welke niet.

2 Uitgaven ontwikkelingen in curatieve en langdurige zorg

Curatieve zorg. De uitgaven aan curatieve zorg zijn in Nederland niet bovengemiddeld hoog (OECD 2013). Dit is vooral het gevolg van een lager dan gemiddeld gebruik van zorg. Het bezoek aan een arts, het geneesmiddelengebruik en het aantal en de duur van de ziekenhuisopnamen in Nederland liggen onder het OECD-gemiddelde (OECD 2013). Dat ondanks het relatief lage gebruik de uitgaven aan curatieve zorg op een gemiddeld niveau liggen, wijst erop dat de prijs van zorg in ons land relatief hoog is (RVZ 2008). De hoge prijs voor zorg wordt onder meer veroorzaakt doordat de inkomens van zorgaanbieders – met name huisartsen en medisch specialisten – relatief hoog zijn (Kroneman et al. 2009, 2013; OECD 2013). Daarnaast lijkt de kostenefficiëntie relatief laag te zijn, onder andere door een onderbenutting van kapitaalgoederen zoals operatiekamers.

Het zijn vooral (chronische) aandoeningen – zoals psychische stoornissen, hart- en vaatziekten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat – die de kosten van de curatieve zorg opdrijven. In de top tien van aandoeningen met de hoogste kosten steken psychische stoornissen er met kop en schouders bovenuit. De uitgaven aan behandeling van psychische stoornissen zijn ruim drie keer zo hoog als de uitgaven aan hart- en vaatziekten en vier à vijf keer zo hoog als die aan de behandeling van kanker (Polder et al. 2012). Ook vergeleken met andere landen zijn het gebruik en de kosten van geestelijke gezondheidszorg in ons land hoog.

Bij chronische ziekten gaat het vaak om aandoeningen die (mede) het gevolg zijn van een ongezonde leefstijl. Zo is 80 tot 90% van de zorgkosten voor COPD en longkanker toe te wijzen aan roken en ruim de helft van de zorgkosten voor diabetes aan overgewicht. De kosten van een hartinfarct zijn voor ruim 70% toe te schrijven aan roken, overgewicht en gebrek aan beweging (Polder et al. 2012). Ruim 4,2 miljard euro aan jaarlijkse zorgkosten valt toe te wijzen aan roken en overgewicht (Polder et al. 2012). Het kenmerkende van deze ontwikkeling is dat zowel het ontstaan als het beloop van deze chronische aandoeningen (positief en negatief) beïnvloed kunnen worden door leefstijl en therapietrouw.

Deze constatering – de prijs van de curatieve zorg is relatief hoog, het gebruik niet en de groei van de ziektelast zit vooral in patiënten met chronische aandoeningen – leiden tot de conclusie dat kostenbesparingen in de curatieve zorg onder meer gezocht moeten worden in efficiencyverbeteringen en goed patiëntschap. We komen later nog terug op de mogelijkheden tot efficiencyverbeteringen.

Onder goed patiëntschap verstaan we dat patiënten niet alleen rechten hebben, maar ook plichten. Goed patiëntschap omvat niet alleen rechten voor de patiënt maar ook de plicht om er alles aan te doen, zoals met leefstijl, om ziekte en aandoeningen te voorkomen, als men een aandoening heeft het beloop ervan zo gunstig mogelijk te beïnvloeden en zo het beslag op de gezondheidszorg zoveel mogelijk te beperken. Het vastleggen van de regels van goed patiëntschap in behandelrichtlijnen of eventueel in wetgeving zou – zowel vanuit het oogpunt van het verbeteren van de effectiviteit van behandeling als vanuit kostenoverwegingen – aan te bevelen zijn (RVZ 2013).

Langdurige zorg. De belangrijkste oorzaak van de relatief hoge zorguitgaven in Nederland zijn de hoge uitgaven aan langdurige zorg (ouderenzorg, gehandicaptenzorg, langdurige geestelijke gezondheidszorg). Bijna een vijfde van de zorgkosten wordt gemaakt in de ouderenzorg. In 2009 bedroegen de uitgaven aan langdurige zorg 937 euro per hoofd van de bevolking (OECD 2011). Dat is meer dan het dubbele van de uitgaven in Duitsland (420 euro) en Frankrijk (402 euro), en ongeveer een derde meer dan in België (675 euro). Deze cijfers zijn des te opmerkelijker, omdat Nederland veel minder vergrijsd is dan Duitsland, Frankrijk en België.

De ouderenzorg in Nederland onderscheidt zich op een aantal punten van die in andere landen:

- Relatief veel ouderen in ons land verblijven in een instelling (verzorgingshuis, verpleeghuis). Een belangrijke oorzaak hiervan is de relatief grote capaciteit aan verzorgings- en verpleeghuizen die in het verleden is ontstaan. In de jaren vijftig en zestig zijn op grote schaal bejaardenhuizen gebouwd om de woningnood op te lossen. Als gevolg hiervan is de langdurige zorg in ons land er veel minder op gericht om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen (Gradus en Van Asselt 2011).
- De toegankelijkheid van zorg is groot. In 2010 werd 83% van alle verzoeken om langdurige zorg gehonoreerd (CIZ 2011). Uit een onderzoek van het CIZ van 202 in mandaat door zorginstellingen afgegeven indicatiebesluiten, bleek dat in 23% van de gevallen sprake was van *upcoding* (CIZ 2013). Vanwege het recht op zorg, kunnen niet alleen de lagere, maar ook hogere inkomens gebruik maken van AWBZ-gefinancierde zorg. In veel andere landen is langdurige zorg een voorziening die alleen voor lagere inkomens wordt vergoed. De aanspraken op zorg zijn in ons land ook ruim gedefinieerd. De AWBZ-indicatie ‘begeleiding’ is in de meeste andere landen onbekend. De kosten voor huisvesting in een instelling die in ons land door de AWBZ worden vergoed, komen in andere Europese landen voor rekening van de lokale overheid of van de burger zelf.
- De eigen bijdragen zijn relatief laag. Van alle zorguitgaven komt in ons land iets meer dan 6% voor rekening van de patiënt zelf. Hiermee zijn de eigen bijdragen de laagste van Europa. Ter vergelijking: in Duitsland wordt 13% van de zorgkosten gefinancierd uit eigen bijdragen van patiënten en in België 22% (OECD 2013).

- Het beroep op mantelzorgers is kleiner dan in andere Europese landen (Langenveld 2013). In Duitsland en Frankrijk zijn de tarieven voor zorgtoewijzing niet kostendekkend. Het verschil tussen de werkelijke kosten en de vergoeding moet worden overbrugd door eigen bijdragen van cliënten of door zorg in natura door mantelzorgers. In Groot-Brittannië moeten ouderen met een bovenmidaal inkomen hun zorg zelf betalen. Deze ouderen doen vaak (noodgedwongen) een beroep op hun kinderen voor mantelzorg of een financiële bijdrage om professionele zorg te kunnen inkopen.

Een andere constatering is dat de ouderenzorg een sterk uniform karakter heeft. In de verzorgings- en verpleeghuizen domineert het *'one-size-fits-all'* model: iedere bewoner dezelfde woonruimte met identieke indeling. De vrijheid om zelf middelen voor eigen zorg aan te wenden is beperkt. Gebruikers ontvangen dezelfde zorg, ongeacht de hoogte van de (inkomensafhankelijke) eigen bijdrage die ze betalen. Hogere eigen bijdragen leveren in de regel geen betere of uitgebreidere zorg op.

Deze constatering leidt tot de conclusie dat kostenbeheersing in de langdurige zorg onder meer gezocht moet worden in beperking van de toegang tot zorg. Daarnaast kan gekeken worden naar verhoging van eigen bijdragen, maar dit zou wel gepaard moeten gaan met het toelaten van meer diversiteit en kwaliteitsverschillen en het elimineren van de *'one-size-fits-all'* aanpak.

3 Welke hervormingen en bezuinigingen werken wel en welke werken niet?

Wat heeft gewerkt? De afgelopen jaren zijn vele pogingen ondernomen tot kostenbeheersing. Als alle initiatieven om de kosten te beheersen op een rijtje worden gezet, dan springen er twee uit als bijzonder effectief. In de zorgverzekeringswet heeft het vergroten van de risicodragendheid van de zorgverzekeraars door het afschaffen van de ex post compensatiemechanismen in de risicoverevening een grote bijdrage geleverd. Doordat zorgverzekeraars nu meer financieel risico lopen, doen ze meer moeite om via doelmatiger zorginkoop de kosten te beheersen. Het meest aansprekende voorbeeld is hierbij het preferentiebeleid bij generieke geneesmiddelen: het beleid waarbij de zorgverzekeraar alleen het goedkoopste product uit het aanbod van generieke geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof vergoedt. Door het preferentiebeleid wordt jaarlijks ruim een half miljard euro op de geneesmiddelen uitgaven bespaard. Sinds 2012 lopen de zorgverzekeraars ook een financieel risico op de ziekenhuisuitgaven. Dit heeft geleid tot scherpere onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars over prijzen en aantallen verrichtingen. Hierbij leggen verzekeraars vooral druk op de prijzen van ziekenhuisverrichtingen en niet zozeer op de beperking van het zorgvolume. De druk op de prijzen stimuleert ziekenhuizen tot verbetering van hun efficiency.

In de verpleging en verzorging heeft het overhevelen van taken van de AWBZ naar de WMO tot aanzienlijke besparingen geleid. De overheveling van de huis-

houdelijke hulp naar de WMO heeft alleen al door lagere inkooprijzen en minder uren per cliënt een besparing van 200-300 miljoen euro opgeleverd.

Wat beide – het afschaffen van de ex post compensaties voor de zorgverzekeraars en de overheveling van taken van de AWBZ naar de WMO – gemeen hebben, is het vergroten van de financiële risico's bij de zorginkoop. Zorginkoop zonder financiële risico's voor de zorginkoper (zorgverzekeraar, zorgkantoor of gemeente) stimuleert overconsumptie en ondoelmatig gebruik (zie ook RVZ 2008).

Wat werkt niet? Achtereenvolgens bespreken we (a) de mogelijke bijdrage van beperking van het recht op zorg en het verzekerde pakket, (b) het terugdringen van overbehandeling en praktijkvariatie, (c) beperking van de vraag naar zorg door verhoging van eigen bijdragen en (d) de convenanten met 'het veld' als mogelijke bezuinigingsopties.

In de langdurige zorg is door beperking van het recht op collectief gefinancierde zorg – middels de overheveling van taken van de AWBZ naar de WMO – een flinke bezuiniging gerealiseerd. In de curatieve zorg is gebleken dat beperking van het recht op zorg veel minder goed mogelijk is. Zoals hierboven is aangegeven zouden naast rechten wel de plichten van patiënten duidelijker benoemd moeten worden.

Beperking van het verzekerde pakket blijkt keer op keer moeilijk te realiseren. De publieke discussie in 2012, die ontstond na een advies van het CVZ over beperking van de vergoeding van geneesmiddelen voor de behandeling van de ziekte van Pompe en de ziekte van Fabry, illustreert dit: ondanks dat voor sommige groepen patiënten deze geneesmiddelen weinig gezondheidswinst opleverden en de kosteneffectiviteit zeer ongunstig is, bleek het voorstel van het CVZ om de vergoeding hiervan te schrappen tot veel verzet in de publieke opinie te leiden. Ook het voorstel om de behandeling van aandoeningen met een lage ziektelast uit het verzekerde pakket te halen, blijkt op veel bezwaren te stuiten en moeilijk te realiseren.

In tegenstelling tot de algemeen heersende opvatting dat het verzekerde pakket 'steeds meer wordt uitgekleeft' en 'de zorg verschraalt', wordt het verzekerde pakket in de zorgverzekering elk jaar verder uitgebreid. Het verzekerde pakket neemt van jaar op jaar toe als gevolg van nieuwe geneesmiddelen en nieuwe medische technologieën die beschikbaar komen en in het verstrekkingspakket worden opgenomen. Deze innovatieve geneesmiddelen en behandelwijzen zijn veelal kosteneffectiever dan bestaande therapieën. Daar staat tegenover dat innovatieve behandelingen meestal een ruimere indicatiestelling mogelijk maken en patiënten langer behandeld kunnen worden, waardoor de kosten van deze innovatieve therapieën vrijwel altijd hoger zijn dan van bestaande behandelvormen.

Volgens sommigen zou door het terugdringen van overbehandeling grote besparingen bereikt kunnen worden. Voormalig minister van Volksgezondheid Ab Klink heeft betoogd dat het tegengaan van praktijkvariatie en overbehandeling vier tot acht miljard euro zou opleveren (Visser et al. 2012). Dit zou voor zowel de patiënt als de premiebetaler voordelig zijn. Het vermindert de kosten en voorkomt

gezondheidsschade en psychische belasting bij patiënten die onnodig behandeld worden.

Het is echter onwaarschijnlijk dat door vermindering van praktijkvariatie en overbehandeling 10-25% op de kosten van zorg bespaard kan worden. Een onderbouwing voor de bewering dat door overbehandeling vier tot acht miljard euro onnodig wordt uitgegeven, is verder niet te geven. Met het voorkomen van overbehandeling valt zeker kosten te besparen. Hoeveel weet niemand. De scheidslijn tussen een noodzakelijke en een overbodige behandeling is moeilijk te trekken. Om aan acht miljard besparing te komen, zou een op de vier medische behandelingen onnodig moeten zijn. Dat is zeer onwaarschijnlijk.

De discussie over het terugdringen van praktijkvariatie en overbehandeling roept de vraag op of, en in welke mate, behandelaars verantwoordelijk zijn voor kostenbeheersing. In de huidige praktijk is kostenbeheersing een stelselverantwoordelijkheid. De minister bepaalt – op basis van een advies van het College van Zorgverzekeringen (CVZ) – wat zinnige en kosteneffectieve zorg is en voor vergoeding in het basispakket in aanmerking komt, en de zorgverzekeraars kopen deze zorg doelmatig in bij zorgaanbieders. Zorgaanbieders letten bij hun zorgverlening op de werkzaamheid en effectiviteit van behandeling. Kostenoverwegingen spelen hierbij hooguit een ondergeschikte rol. De discussie over het terugdringen van overbehandeling legt een verantwoordelijkheid voor kosteneffectiviteit bij de behandelaar. Het meest pregnant komt dit naar voren bij de discussie over de kosten van zorg in de laatste levensfase.

Het is zeer de vraag of overwegingen van kosteneffectiviteit onderdeel zouden moeten zijn van een individuele behandelrelatie tussen arts en patiënt. Indien het antwoord op deze vraag positief is, is vervolgens de vraag of dit veel effect zal sorteren: vaak is op voorhand niet vast te stellen of een behandeling bij een individuele patiënt (kosten)effectief is of niet: dit valt meestal pas achteraf vast te stellen.

Een derde optie is het beperken van de vraag naar zorg door verhoging van de eigen bijdragen. De afgelopen jaren zijn het eigen risico in de zorgverzekering en de eigen bijdragen in de AWBZ verhoogd. Hierdoor is de lastenverdeling tussen premiebetalers en patiënten/cliënten verschoven ten nadele van de zorggebruiker. Hierbij speelde mee dat, vergeleken met andere Europese landen, het aandeel van de eigen bijdragen in de totale zorguitgaven in ons land laag is (OECD 2012).

Het is de vraag of verhoging van eigen bijdragen een effectief instrument is om zorggebruik te verminderen. Zoals door Glied (2003) al is opgemerkt, zijn maatregelen om het aanbod van zorg te beheersen meestal effectiever dan maatregelen om de vraag naar zorg te beperken. Beïnvloeding van de vraagzijde – bijvoorbeeld door kostendeling in de vorm van (hogere) eigen bijdragen – heeft vaak maar beperkt effect op het zorggebruik en de totale uitgaven. In de literatuur wordt veelal uitgegaan van een prijselasticiteit van de vraag naar medische zorg van -0.2 (Aron-Dine et al. 2013). De geringe prijsgevoeligheid van patiënten wil niet zeggen dat moet worden afgezien van verhoging van het eigen risico of eigen bijdragen. Kostendeling draagt mogelijk maar weinig bij aan de beheersing van de totale kosten. De wijze waarop kostendeling is vormgegeven, draagt daar ook aan bij. Met een

eigen risico, zoals in de zorgverzekeringswet, verdwijnt de financiële prikkel tot gepast gebruik zodra het eigen risico wordt overschreden. Bij eigen bijdragen, bijvoorbeeld in de vorm van remgelden zoals in België, is deze financiële prikkel veel langer aanwezig. Lastenverschuivingen van de verzekerde naar de patiënt moeten ook gezien worden als een middel om een billijkere verdeling van de kosten te realiseren. Daarbij komt dat de eigen bijdragen niet tot de collectieve lastendruk worden gerekend, zodat een verschuiving van premiebetaling naar eigen bijdragen tot lagere collectieve lasten kan leiden.

Het huidige kabinet heeft ervoor gekozen om via convenanten met ‘het veld’ tot bezuinigingen te komen. Zo hebben de minister en staatssecretaris van VWS inmiddels al twee convenanten afgesloten met zorgverzekeraars en zorgaanbieders over kostenbeheersing in de curatieve zorg. Zorgen deze convenanten tot besparingen? Dat is bij afwezigheid van een *counterfactual* – wat zou er zijn gebeurd zonder convenant? – moeilijk met zekerheid te zeggen. Vaak zijn convenanten een afspiegeling van lopende ontwikkelingen. Als de groei van het zorggebruik afvlakt, zoals in 2012 en 2013 het geval lijkt te zijn, is een convenant waarbij een lager groeipad van de uitgaven voor curatieve zorg wordt afgesproken eenvoudiger af te sluiten dan in een periode waarin de groei van het zorggebruik lijkt te versnellen. Bij sterk stijgend zorggebruik zullen dergelijke convenanten leiden tot wachtlijsten en komt de zorgplicht van de zorgverzekeraar in het geding.

De conclusie is dat kostenbeheersing door beperking van het verzekerde pakket, bijvoorbeeld door niet-kosteneffectieve behandelingen niet meer te vergoeden, in de praktijk op zoveel weerstand stuit dat het praktisch onhaalbaar is. Innovaties in de curatieve zorg werken verder eerder kostenverhogend dan kostenverlagend. Met het terugdringen van overbehandeling en praktijkvariatie vallen besparingen te bereiken, maar waarschijnlijk minder dan door sommigen wordt gedacht. Het beschikbare onderzoek geeft verder aan dat interventies om de vraag naar zorg te beperken, minder effect sorteren naar aanbodbeperkende maatregelen. Wel kan door verhoging van de eigen bijdragen de collectieve lastendruk in de vorm van verplichte premiebetalingen voor de zorgverzekering en de AWBZ worden vermindert. Van de convenanten die zijn afgesloten om de kosten te beheersen valt tot slot niet aan te geven hoe effectief ze zijn.

4 Waar liggen mogelijkheden voor kostenbesparingen?

Verdere versterking van *managed care* kan bijdragen aan kostenbeheersing in de curatieve zorg. Vormen van *pay for performance* – waarbij zorgaanbieders worden beloond voor gerealiseerde gezondheidswinst in plaats van verrichtingen – kunnen hierbij een rol spelen. Te denken valt bijvoorbeeld aan bonus-malussystemen voor (huis)artsen voor complicaties bij diabetes en andere chronisch zieken, of voor het bovengemiddeld voorschrijven van (dure merk) geneesmiddelen. *Benchmarking* en *utilization reviews* zouden deze vormen van *pay for performance* kunnen ondersteunen. Voor zorgverzekeraars betekent dit dat zij meer moeten investeren in in-

formatie over de kwaliteit van zorg bij zorgaanbieders. Met deze kennis zouden zij hun beleid voor selectieve zorgcontractering verder kunnen uitbouwen.

Een andere mogelijkheid om de collectief gefinancierde zorgkosten te beheersen is het verminderen van het rondpompen van geld in de zorg. Een eigen bijdrage voor de huisarts verdient serieuze overweging. De huisarts valt nu niet onder het eigen risico, ondanks dat het bezoek aan de huisarts een van de weinige beslissingen is die patiënten zelf nemen. In Duitsland is in 2004 een eigen bijdrage van tien euro voor het eerste doktersbezoek per kwartaal ingevoerd (deze is evenwel onlangs weer afgeschaft). Er zijn geen aanwijzingen dat deze eigen bijdrage negatieve effecten heeft gehad op de toegankelijkheid van zorg of de volksgezondheid.

Wij hebben er eerder voor gepleit om burgers zelf het inschrijftarief van ongeveer zestig euro per jaar voor de huisarts te laten betalen (Groot en Maassen van den Brink 2011). Als patiënten het inschrijfgeld direct aan de huisarts betalen, zou de premie voor de zorgverzekering met eenzelfde bedrag omlaag kunnen. Dit vermindert het rondpompen van geld, doordat het geld voor het inschrijftarief niet eerst door de verzekeraar bij de burger geïnd wordt, maar burgers dit rechtstreeks aan de huisarts betalen. Voordeel is ook dat de lasten gelijk verdeeld worden over burgers – bijna iedereen heeft immers een huisarts – en niet eenzijdig gelegd worden bij mensen die vaak naar de huisarts gaan. Als burgers zelf het inschrijftarief betalen, levert dat al gauw een besparing voor de schatkist op van een half miljard euro.

Bij maatregelen om verdere stijging van de collectief gefinancierde zorguitgaven te beheersen, zou gekeken moeten worden naar de uitgaven die in de afgelopen jaren meer dan gemiddeld zijn toegenomen en de uitgaven waar Nederland uit de pas loopt bij andere landen. Een onderdeel van de zorg waarvoor deze twee elementen opgaan is de geestelijke gezondheidszorg. In de afgelopen jaren is het gebruik van kortdurende psychische hulp zeer sterk toegenomen. De uitgaven aan geestelijke gezondheidszorg zijn in ons land ook veel hoger dan elders. De oorzaak van deze kostenstijging moet worden gezocht in een stijging van de lichte zorgvraag, zoals hulpvragen bij relatieproblemen en levensvragen. De vraag kan worden gesteld of hulp bij relatieproblemen of levensvragen onderdeel moet vormen van een collectief verzekerd pakket of voor eigen rekening en verantwoording zou moeten komen. Daarnaast is ook het gebruik van kortdurende psychiatrie toegenomen. Een eigen bijdrage (bijvoorbeeld van 25% van de kosten) kan aan een meer doelmatig en overwogen gebruik hiervan bijdragen.

Zoals eerder is aangegeven, is een deel van de gestegen zorggebruik te verklaren uit de toename van het aantal patiënten met chronische aandoeningen. Naar mate chronische ziekten toenemen, wordt het hebben van een aandoening regel, en het niet hebben van een chronische ziekte meer en meer een uitzondering. Dit verandert het perspectief op ziekte en gezondheid. Als vrijwel iedereen een of meerdere chronische aandoeningen heeft, wordt dit een normaal onderdeel van het dagelijks leven. Kosten daarvan zouden ook niet meer omgeslagen hoeven te worden over de bevolking. Ook hier kan het rondpompen van geld worden verminderd.

In de curatieve zorg ontkomen we niet aan de vraag of de kosten van alle mogelijke vormen van zorg altijd en overal door een verplichte collectieve verzekering gedekt moeten worden. De fundamentele vraag waar een zorgverzekering voor bedoeld is, is tot nu toe altijd buiten schot gebleven. Verzekeringen bieden zekerheid tegen onverwachte en hoge kosten. Kosten die mensen niet direct uit hun eigen inkomen of vermogen kunnen opvangen. Het probleem bij zorgverzekeringen is dat die ook uitgaven vergoeden die mensen wel zelf kunnen betalen. Van heel veel verrichtingen in de zorg – van geneesmiddelen tot bevallingen – zijn de kosten te voorzien, of zo laag dat ze gemakkelijk voor eigen rekening kunnen komen. Er is geen reden om deze kosten te laten dekken door een verplichte collectieve verzekering. Beperking van de zorgverzekering tot hoge en onvoorziene uitgaven draagt bij aan beperking van de collectieve lastendruk.

In de langdurige zorg is ruimte voor het verhogen van eigen bijdragen. Op dit moment roept verhoging van eigen bijdragen, bijvoorbeeld in de vorm van vermogensbijtelling, vooral strategisch gedrag uit: ouderen laten hun vermogen overzetten op hun kinderen om aan de vermogensbijtelling te ontkomen. De oorzaak hiervan ligt in het feit dat zorggebruikers dezelfde zorg ontvangen, ongeacht de eigen bijdrage die ze betalen. Om dit te voorkomen is het noodzakelijk dat een einde wordt gemaakt aan het *one-size-fits-all* in de langdurige zorg, de keuzevrijheid wordt vergroot door grotere differentiatie in huisvesting bij opname in een verzorgings- of verpleeghuis en er wordt geaccepteerd dat mensen die meer betalen voor hun langdurige zorg ook meer en betere zorg krijgen. Beperking van de collectief gefinancierde zorg zou gepaard moeten gaan met het bieden van meer ruimte aan private initiatieven.

5 Besluit

De zorg is de Hollebollo Gijs van de collectieve sector. Zonder verdere maatregelen zal deze Hollebollo Gijs steeds meer van ons nationaal inkomen opslokken.

Auteurs

Wim Groot (e-mail: w.groot@maastrichtuniversity.nl) is hoogleraar gezondheidseconomie en hoogleraar *evidence based* onderwijs aan de Universiteit Maastricht. Henriette Maassen van den Brink (e-mail: h.maassenvandenbrink@uva.nl) is hoogleraar onderwijs- en arbeidseconomie aan de Universiteit van Amsterdam en hoogleraar *evidence based* onderwijs aan de Universiteit Maastricht.

Literatuur

- Aron-Dine, A., L. Einav en A. Finkelstein, 2013, The RAND health insurance experiment, three decades later, *Journal of Economic Perspectives*, vol. 27(1): 197-222.
- CBS, 2010, Werkelijke levensduur hoger dan de levensverwachting, <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2010/2010-3286-wm.htm>
- CIZ, 2011, AWBZ in beweging, Het CIZ beweegt mee. Jaarverslag 2010, Centraal Indicatieorgaan Zorg, www.ciz.nl
- CIZ, 2013, Rapportage onderzoek upcoding gemandateerde indicatiestellingen en aanbevelingen, Centraal Indicatieorgaan Zorg, www.ciz.nl
- Glied, S., 2003, Health care costs: on the rise again, *Journal of Economic Perspectives*, vol. 17(2): 125-48.
- Gradus, R. en E.J. van Asselt, 2011, De langdurige zorg vergeleken in Nederland en Duitsland, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 96(4607): 202-4.
- Groot, W. en H. Maassen van den Brink, 2011, Bied ook huisartsen een aanneemsom, *Het Financieele Dagblad*, 12 december 2011.
- Kroneman, M., J. van der Zee en W. Groot, 2009, Developments in income of general practitioners in eight European countries from 1975-2005, *BMC Health Services Research* 9:26.
- Kroneman, M., P. Meeuws, D. Kringos, W. Groot en J. van der Zee, 2013, International developments in revenues and incomes of general practitioners from 2000 to 2010, *BMC Health Services Research* 13:436.
- Langenveld, R., 2013, Nederlandse mantelzorg niet overbelast, *De Limburger*, 13 november 2013.
<http://www.academischewerkplaatsouderenzorg.nl/sites/academischewerkplaatsouderenzorg.nl/files/bijlages/Nederlandse%20mantelzorg%20niet%20overbelast%20-%20Dagblad%20De%20Limburger%20-%202013nov2013.pdf>
- OECD, 2011, Health at a Glance, OECD Parijs
- OECD, 2013, OECD Health Data 2012, Euro Statistics Database, http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_en.pdf
- OECD, 2012, OECD Health data 2012: How does the Netherlands compare, OECD Parijs.
- OECD, 2013, Health care reform and long-term care in the Netherlands, Economic Department Working Paper 1010, OECD, Parijs.
- Polder, J., R. Hoogenveen, G. Luijben, M. van den Berg, H. Boshuizen en L. Slobbe, 2012, Zorgkosten van ongezond gedrag en preventie, in: F.T. Schut en M. Varkevisser (red.), *Een economische gezonde gezondheidszorg: KVS Preadviezen 2012*, SDU Uitgevers, Den Haag
- RIVM, 2011, Trends in de Nederlandse zorguitgaven, http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2011/de_cem-ber/Kosten_van_Ziekten_in_Nederland_2007_Trends_in_de_Nederlandse_zorguitgaven_1999_2010
- RVZ, 2008, Zorginkoop, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag.
- RVZ, 2009, Uitgavenbeheer in de zorg, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag.
- RVZ, 2013, Het belang van wederkerigheid – solidariteit gaat niet van zelf, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag.
- Visser, S., R. Westendorp, K. Cools, J. Kremer en A. Klink, 2012, Kwaliteit als medicijn: aanpak voor betere zorg en lagere kosten, Booz & Co.

Leidt gereguleerde competitie tot betaalbare zorg?

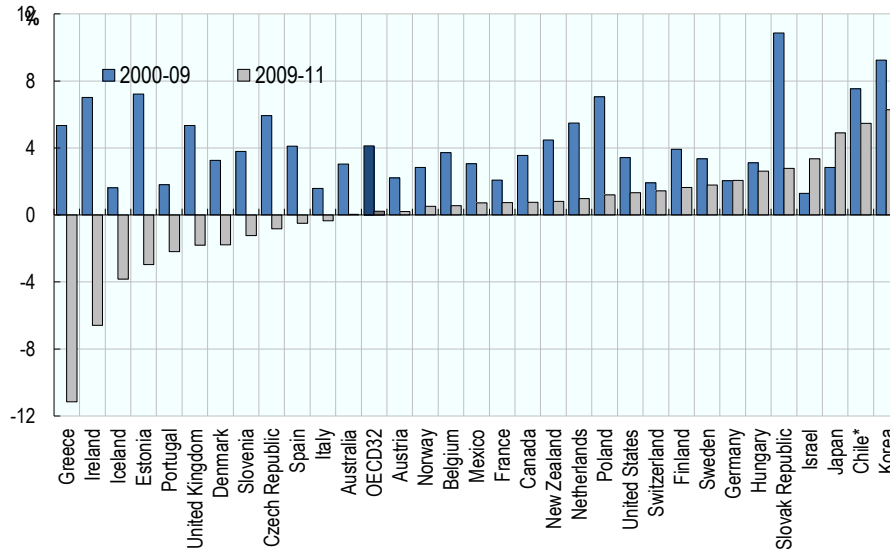
Patrick Jeurissen en Joost Trienekens

In dit artikel exploreren we in hoeverre het nieuwe zorgstelsel toegerust is op de uitdaging om de zorg betaalbaar te houden. Dit laatste staat hoog op de politieke agenda en dat is niet zo verwonderlijk. We besteden immers meer dan dertien procent¹ van ons bruto binnenlands product aan zorg. Tegelijkertijd bestaat de opgave om de openbare financiën, die zwaar onder druk staan door de al vijf jaar durende financiële en economische crisis, op orde te brengen. Dat gaat, gelet op de omvang van het beslag van de zorg op de collectieve uitgaven en het historisch hoge groeipercentage, niet zonder ingrepen in de zorg. De ook door Nederland gesteunde aanscherping van Europese begrotingsrichtlijnen dwingen om het mes in de zorguitgaven te zetten (Fahy 2012). Indien we ons realiseren dat de zorguitgaven al meer dan tien jaar fors groeien en dat de budgettaire kaders routinematig worden overschreden (Taskforce Beheersing Zorguitgaven 2012), is duidelijk dat een trendbreuk geen sinecure is.

1 Inleiding

In dit licht is het erg opvallend hoe snel zich momenteel een draai lijkt te voltrekken. De groei van de zorguitgaven neemt duidelijk af. Dit is echter geen exclusief Nederlands verschijnsel. In veel Westerse landen daalt de reële groei van de zorguitgaven, het OECD gemiddelde daalde van ruim 4% per jaar in de periode 2000-2009 tot bijna 0% in de periode 2009-2011. Een (behoorlijk) deel van deze terugval wordt veroorzaakt door drastische bezuinigingen in de Zuid-Europese landen en in Ierland. Echter, met uitzondering van Israël en Japan loopt de groei van de zorguitgaven in alle landen terug. De OECD (2013) constateert daarbij dat hoge uitgavengroei in de jaren voor de crisis lijkt te correleren met bezuinigingen tijdens de crisis (Figuur 1). Reeves et al. (2013) hebben bovendien laten zien dat een significante daling van de zorguitgaven enkel samenhangt met i) deelname in een hulpprogramma van het IMF; en ii) in mindere mate met de omvang van de dalende (belasting)inkomsten.

¹ Dit betreft de totale zorguitgaven, zowel collectief als privaat gefinancierd.

Figuur 1 Reële per capita groei zorguitgaven

(Bron: OECD 2013).

De groei van het bbp is een centrale determinant van de beschikbare budgettaire ruimte voor de zorg (Frogner, Hussey en Andersson 2011: 15-16). Maar via welke kanalen loop die invloed? In landen met meer top down mogelijkheden voor budgettaire sturing is die relatie wellicht directer dan in landen, waaronder Nederland, waar afwegingen tussen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid deels zijn gedecentraliseerd naar partijen anders dan de overheid en waar de Zalmnorm een strikte scheiding tussen inkomsten en uitgaven heeft geïntroduceerd.²

David Cutler en Nikhil Sahni (2013) kwamen onlangs in *Health Affairs* tot de conclusie dat de huidige snelle afname van de groei van de zorguitgaven in de Verenigde Staten echter doet vermoeden dat er meer aan de hand is (dan een top down vermindering van de budgettaire ruimte als gevolg van lagere groei van het bbp). Zij becijferden dat 55% van de afnemende groei van de zorg in de VS verklaard lijkt te worden door ‘fundamentele’ factoren zoals i) een tragere verspreiding van technologie en van nieuwe geneesmiddelen, ii) meer eigen betalingen door patiënten en iii) een toename van de doelmatigheid van zorgaanbieders.

Vooraf door dit laatste punt wordt gespeculeerd dat ‘marktgeoriënteerde’ aanpassingen van de zogenaamde derde hervormingsgolf van zorgsystemen (Cutler

² Het onderzoek van Reeves et al. (2013) maakt duidelijk dat een daling van de inkomsten significant invloed heeft op de zorguitgaven. Bij ons werken dalende overheidsinkomsten als gevolg van de crisis werken door de systematiek van de Zalm norm echter (zeer) verlaat door in de uitgavenkaders van de zorg.

2002), bijdragen aan verlaging van de kostengroei. Ons land is tegen die achtergrond een belangrijke casus. In weinig landen zijn deze ‘marktgeoriënteerde’ hervormingen zo zichtbaar als in Nederland. Ons zorgstelsel voldoet goed aan de randvoorwaarden voor het model van de zogenaamde gereguleerde competitie (Van de Ven et al. 2013); er is daarom sprake van een unieke casus (Paris et al. 2010).

Dit artikel bevat een verkenning van de effecten van gereguleerde competitie op de betaalbaarheid van de curatieve zorg. Wij doen dit met behulp van een chronologische institutionele analyse op basis van drie belangrijke veranderingen: (i) het vastlopen en daarna voorbereiden van het definitieve einde van de aanbodbudgettering, (ii) de creatie van een nieuwe institutionele configuratie tussen 2006 en 2011, en (iii) de verdere toename van financieel risico sinds 1 januari 2012.

Onze conclusie is dat het nieuwe zorgstelsel bijdraagt aan doelmatigheid en dat deze nu ook lijkt te worden omgezet in een lagere groei van de zorgkosten. Meer dan in andere landen – waar traditionele top down budgetinstrumenten van groot belang blijven – komt deze dynamiek in ons land tot stand van onder op. De complementariteit die is ontstaan tussen (i) de bestuurlijke akkoorden tussen veld en overheid, (ii) het toegenomen financiële risico (ook voor patiënten) en (iii) de toegenomen maatschappelijke aandacht heeft daarbij waarschijnlijk kanaliserend gewerkt. Het feit dat de reserves van zorginstellingen sterk zijn toegenomen en dat de overheid tot op zekere hoogte alsnog kan overgaan tot generieke kortingen duiden op kansen voor een wat langdurigere vertraging van de uitgavengroei.

2 Op weg naar een nieuw zorgstelsel

Belangrijke bouwstenen van de stelselhervorming zijn in 1987 gelegd door de Commissie Dekker. Onder de vlag van gereguleerde competitie kwam een basisverzekering met concurrerende zorgverzekeraars en actieve zorginkoop naar voren als wenselijke fundering voor een nieuw zorgstelsel. Hiermee zou er een einde moeten komen aan de scheiding tussen particulier- en ziekenfondsverzekerden, een langgekoesterde wens van de partijen aan de linkerkant van het politieke spectrum. Meer marktprikkels werd juist gesteund door de rechtse politieke partijen. De uitruil tussen een (inkomensafhankelijke) basisverzekering en de marktgeoriënteerde uitvoering bleef de centrale onderliggende politieke dimensie in de daarop volgende jarenlange aanloop naar de stelselherziening

De Commissie Dekker adviseerde echter ook om een groot aantal bezuinigen door te voeren. Hiervoor wilde men gebruik maken van beddenreducties en andere ‘centralistische’ bezuinigingen die eigenlijk maar moeilijk inpasbaar waren binnen de door de commissie zelf voorgestelde hervorming (Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg 1987). Dit illustreert dat de ‘ijzeren driehoek’ van de aanbodbudgettering die planning, bekostiging en financiering aan elkaar koppelde, nog volop intact was (institutionele ‘sclerose’). Sterker, de ‘kracht’ van

de aanbodregulering als instrument voor kostenbeheersing zou nog zo'n tien jaar toenemen. In 1995 werden uiteindelijk ook de medisch specialisten 'gebudgetteerd' en het aantal specialistenplaatsen bevroren. Met nauwelijks nog een prikkel voor volume stond het zorgsysteem op het hoogtepunt van haar kostenbeheersende kracht. De balans in de, grotendeels door de overheid gemaakte, afweging tussen kwaliteit, toegankelijk en betaalbaarheid lag in die jaren sterk op de betaalbaarheid.

Een paar jaar later bleek dat de zorg kampte met lange wachtlijsten (Schut en Varkevisser 2013); een negatieve groei van de productiviteit (Van der Meulen et al. 2012); en dat de groei van de levensverwachting was gestagneerd (Mackenbach et al. 2011). De aanbodregulering stopte met het leveren van resultaten en de professionele en maatschappelijke legitimiteit eronder nam drastisch af. Nadat de rechter (1999) ook nog het wettelijke 'recht op zorg' afdwong (Schut en Varkevisser 2013), was duidelijk geworden dat een andere koers onontkoombaar was. De negatieve ervaringen aan het eind van de jaren negentig kunnen we met de kennis van nu typeren als een belangrijke waterscheiding: er 'moest' een nieuwe koers komen.

Die andere koers kwam in eerste instantie tot uiting in een grote financiële impuls. De aanbodbudgettering werd goeddeels buiten werking gesteld. De ziekenhuisuitgaven namen toe met 11% (2001) en 13% (2002); voor de huisartsenzorg en farmacie golden gelijke percentages (Tabel 1). De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg trok aan de bel over 'exploderende zorguitgaven' (RVZ 2003). Er moest iets gebeuren, maar de weg terug naar de instituties van de aanbodbudgettering was vanwege de massale weerstand en het gebrek aan legitimiteit afgesloten. Enkele pakketmaatregelen en doelmatigheidskortingen waren onvoldoende voor een duurzame oplossing. Een nieuwe institutionele configuratie leek nu echt nodig. De technische en beleidsmatige randvoorwaarden voor een draai naar een systeem van gereguleerde competitie, waaraan al sinds het eind van de jaren tachtig was gewerkt, waren toen al een heel eind gevorderd (Helderman 2007).

De grote financiële impulsen bleven ondertussen niet zonder gevolgen. De wachtlijsten namen snel af (Schut en Varkevisser 2013); de productiviteitsgroei in de ziekenhuizen – negatief in 1999 en 2002 – nam, mede onder invloed van de Wet van Verdoorn³, toe tot gemiddeld 2,2% in de vijf jaar voorafgaand aan de stelselhervorming (VanderMeulen et al. 2012); de levensverwachting begon substantieel te stijgen (Mackenbach et al. 2011). Een nieuwe ordening was dus nodig, maar daarbij was het zeker niet de bedoeling dat de net verkregen toename van kwaliteit weer ongedaan gemaakt werd: doelmatigheid stond dan ook boven kostenbeheersing. Deze brede consensus creëerde een '*window of opportunity*' voor een grote hervorming in de zorg. De huisartsen, intern verdeeld over de stelselherziening, kregen een nieuwe meer lucratieve financiering waarin ondermeer de bekostiging van de huisartsenposten werd verankerd (Tabel 1).

³ De Wet van Verdoorn stelt dat een snelle groei van de output de productiviteit verhoogt als gevolg van schaalvoordelen.

Tabel 1 Stijging collectief gefinancierde zorguitgaven per jaar (%)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Huisartsen	11	16	10	0	1	24	5	5	6	5	12
Ziekenhuizen	11	13	4	8	2	7	0	9	10	4	2
Geneesmiddelen	10	9	8	-3	5	3	9	2	0	3	1
Bbp	7,1	3,9	2,5	3,0	4,5	5,2	5,8	4,0	-3,6	2,4	2,1

Bron zorguitgaven: begroting VWS.

Bron nominale bbp-ontwikkeling: CBS. Het bbp 2011 betreft een nader voorlopig cijfer.

3 Vijf jaar van institutionele vernieuwing

In 2006 werd de nieuwe basisverzekering een feit. Ziekenfondsen en de particuliere verzekeringen gingen op in een nieuwe privaatrechtelijke basisverzekering met publieke randvoorwaarden. Acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie garandeerden dat slechte risico's toegang hadden, terwijl een zorgtoeslag de betaalbaarheid van de nominale premie voor huishoudens met lagere inkomens moest zekerstellen. De verzekeraars zelf moesten voldoen aan een solvabiliteitsniveau van acht procent. Hierdoor konden ook de financieel zwakste ziekenfondsen hun bedrijf continueren. Voor particuliere verzekeraars die tot dan toe 25 procent eigen vermogen dienden aan te houden, ontstond de ruimte dit te gebruiken voor extra marktaandeel via overnames en/of het stellen van lagere premies.

De beoogde doelmatigheid moet vooral komen van meer competitie om verzekerden, om patiënten en om inkoopcontracten van verzekeraars. Een goede prijs-kwaliteitverhouding (en derhalve groeiende productiviteit) is de belangrijkste manier om de gunst van verzekerden, patiënten en verzekeraars te bereiken. Met de hervorming werd de afruil tussen de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en (deels) betaalbaarheid in wezen gedecentraliseerd naar concurrerende verzekeraars. Pakketmaatregelen, eigen betalingen en de financiering van de zorg bleven de verantwoordelijkheid van de rijksoverheid. Het beheersen van het zorgvolume en prijzen werd de verantwoordelijkheid van verzekeraars, die daarin een integrale afweging dienen te maken tussen het belang van betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid. Het idee was dat meerdere, concurrerende zorgverzekeraars beter dan de rijksoverheid in staat zijn om deze integrale afweging te maken, mede vanwege het corrigerend mechanisme dat uitgaat van de keuzevrijheid van de burger voor de basisverzekering.

Zoals blijkt uit het verzekeringsresultaat (Tabel 2) en de werkelijke gemiddelde premiestelling (Tabel 3) was in de eerste jaren waarschijnlijk sprake van een stevige concurrentie op de verzekeringsmarkt. Tot en met 2008 werden door verzekeraars nog behoorlijke technische verliezen geleden. Bovendien bleek de door de overheid voorspelde premie in de werkelijkheid ook veelal wat gunstiger uit te vallen waardoor burgers voordeliger uit waren (Tabel 3). In het eerste jaar

switchte maar liefst achttien procent van verzekeraar. Al met al zijn dat geen cijfers die passen bij een gebrek aan concurrentie. In tegenstelling tot sommige aannames, begon het aantal onverzekerden al spoedig te dalen, hoewel dit niet gold niet voor het aantal wanbetalers (Tabel 3).

Tabel 2 Technisch verzekeringsresultaat (€ mln.) en solvabiliteit (% wettelijke norm)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Technisch resultaat	-543	-150	-140	435	134	350
Solvabiliteit	206%	209%	196%	229%	212%	213%

Bron: Vektis.

Bij liberalisering van zorginkoop – het belangrijkste instrument om de prijs-kwaliteitverhouding vorm te geven – is gekozen voor een strategie van geleidelijkheid. De belangrijkste onderliggende principes waren die van (i) selectieve zorginkoop, (ii) ‘afschaffing’ van de planning via de Wet ziekenhuisvoorzieningen en (iii) de geleidelijk afschaffing van de prijs- en budgetregulering. Voor de ziekenhuisbekostiging werd een nieuw betalingssysteem ontwikkeld, de diagnose behandelingscombinaties (DBC’s). Het onderhoud van de circa 30.000 DBC’s leidde tot hoge transactiekosten. Het aandeel vrije prijzen in de ziekenhuisomzet nam toe van tien procent in 2005 tot zeventig procent in 2012. De financiering van de eerste lijn werd gemoderniseerd en er kwamen mogelijkheden voor bekostiging van nieuwe, maar weinig gedefinieerde diensten (m&i modules). Het marktmeesterschap werd belegd bij de Nederlandse Zorgautoriteit.

Tabel 3 Gemiddeld verschil voorspelde en werkelijke zorgpremie (€), aantal onverzekerden en aantal wanbetalers (*1000)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Voorspelde gemiddelde premie VWS	851	879	1057	1074	1085	1211
Werkelijke gemiddelde premie	773	848	1050	1064	1110	1210
Vershil	-78	-31	-7	-10	25	-1
Niet-verzekerden	231	202	196	194	174	58
Wanbetalers	190	240	257	318	267	304

Bron: VWS begroting; Nza, Marktscan zorgverzekeraars (2012).

4 Meer markt, maar minder risico?

De implementatiefase van het nieuwe stelsel verliep zonder grote ‘ongelukken’, mede omdat er veel geld beschikbaar was en het bedrijfsvoeringrisico voor verzekeraars en aanbieders bewust beperkt was. De risicodragendheid voor (particuliere) verzekeraars nam af door de komst van nieuwe instrumenten zoals de macronacalculatie en de bandbreedte regeling en de toename van delen van de nacalculatiepercentages (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2006-2007, 31 031). Dit verminderde de potentiële voordelen van selectieve zorginkoop en scherpe

onderhandelingen met aanbieders, terwijl men wel werd geconfronteerd met reputatierisico's bij verzekeren en patiënten indien er voor zo'n strategie werd gekozen.

Het gevolg was dat verzekeraars het de aanbieders niet zo heel moeilijk maakten. Feitelijk leek het of de contractplicht nog steeds bestond: alle gevestigde aanbieders kregen van elke verzekeraar een contract. Bovendien kregen ziekenhuizen sinds 2006 extra financiële compensatie voor de substantiële kosten van dure geneesmiddelen. Aan de andere kant namen de risico's voor ziekenhuizen toe door het grotere aandeel vrije prijzen en – vooral – door de liberalisatie van de kapitaallasten vanaf 2008. Ziekenhuizen mochten weliswaar zelf beslissen over alle investeringen, maar zouden hierover na een overgangperiode ook het volledige financiële risico dragen. De lage marginale kosten van het ziekenhuisbedrijf zorgen er echter voor dat deze risico's konden worden opgevangen zolang het volume maar behoorlijk bleef doorstijgen.

Patiënten kregen ook met lagere risico's te maken, vooral zij die eerder een particuliere verzekering hadden. Het eigen risico was veelal lager dan de voormalig particulier verzekerden gewend waren, zeker na de omzetting van de no-claim teruggave naar het verplicht eigen risico. Bovendien gaven verzekeraars aanvankelijk maar beperkte kortingen op het vrijwillig eigen risico, waarvoor dan ook maar zelden werd geopteerd. De risicosolidariteit nam door bovenstaande ontwikkelingen eerder toe dan af. Niet bepaald het beeld dat een 'markthervorming' bij buitenstaanders zal oproepen.

Op basis van bovenstaande gegevens zou de conclusie kunnen volgen dat de gebeurtenissen in 2006 niet zozeer een trendbreuk vormen, maar veeleer de voor het veld gunstige budgettaire situatie van voor 2006 continueerden in een nieuwe jas. Daarmee gaan we echter voorbij aan de dimensie dat de hervorming door de betrokkenen wel degelijk werd gezien als een radicale aanpassing op weg naar een beter zorgsysteem: er was sprake van een *changed mental model*, waarbij de integrale afweging tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in handen werd gelegd van meerdere, concurrerende private verzekeraars. Mede door de beperkte financiële risico's en het reputatierisico viel de afweging tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid vaak uit in het voordeel van kwaliteit en toegankelijkheid. De stelselhervorming bevorderde bovendien een klimaat waarin men het aandurfde om meer te experimenteren met ondernemerschap en nieuwe innovatieve vormen van zorg. Men anticipeerde op verdere liberalisering van de wet- en regelgeving.

5 Robuuste productiviteit

Het is onze stelling dat de hervormingen hebben bijgedragen aan de veerkracht van het zorgdomein. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de toename van de productiviteitsgroei toen duidelijk werd dat de ordening van de zorg op andere leest zou worden geschoeid. Vandermeulen et al. (2012) becijferden dat de arbeidsproductiviteit in

de ziekenhuizen tussen 2007 en 2010 met 3,2% per jaar is gestegen. Een analyse op basis van DBC's kwam zelfs tot een productiviteitsstijging van circa 5% per jaar tussen 2006 en 2009, vooral omdat de hoeveelheid inputs per DBC daalde (Ikkersheim en Koolman 2013). Ter vergelijking. De Engelse NHS, die in deze periode ook de beschikking kreeg over grote hoeveelheden extra middelen maar minder drastisch werd hervormd, kende nauwelijks productiviteitsstijgingen (Hardie et. al. 2011). Dit doet vermoeden dat er meer aan de hand is dan het effect van de Wet van Verdoorn, maar dat de toegenomen dynamiek en de *dreiging* van selectieve zorginkoop en scherpe prijsonderhandelingen wellicht ook heeft geleid tot veranderingen op de werkvloer.

De productiviteitsstijgingen vertaalden zich aanvankelijk echter maar ten dele in een daling van de zorguitgaven. Uit tabel 1 blijkt dat jaarlijkse stijging van de zorguitgaven in de vijf jaar volgend op de stelselhervorming weliswaar gemiddeld lager lag dan in de vijf jaar voorgaande jaren, maar ook dat deze nog steeds fors was. Dit duidt erop dat de productiviteitsgroei deels is aangewend om extra volume te bekostigen. Hiervoor bestaan inderdaad sterke aanwijzingen. Veel wachtlijsten verdwenen (Schut en Varkevisser 2013); de 'lichtere' zorgvormen groeiden hard (Taskforce Zorguitgaven 2012; Trienekens et al. 2012); het aantal artsconsulten onder 50-plussers neemt tussen 2006 en 2011 in ons land bijvoorbeeld een stuk sneller toe dan in andere landen (www.share.eu).⁴ OECD-cijfers laten tegelijkertijd zien dat in ons land het volume in de curatieve zorg nog steeds onder het gemiddelde ligt.

Ondernemerschap en verandering van het zorglandschap. Het zorglandschap begon eveneens te veranderen. Zo nam het aantal zelfstandige behandelcentra (ZBC's) sterk toe. In 2005 waren er nog 37 (Nza 2007); in 2010 waren dit er al 176 en tussen 2007 en 2010 steeg hun omzet van 1% tot 2,3% van de hele ziekenhuissector (Nza 2012). ZBC's hanteren tarieven die zo'n tien tot vijftien procent lager liggen dan in de ziekenhuizen. In 2007 en 2009 werden twee ziekenhuizen overgenomen door private ondernemers. Het MC Zuiderzee zag zijn omzet vervolgens stijgen van € 77 miljoen tot € 107 miljoen drie jaar later (MC Zuiderzee, Jaarverslag 2012). Veel ziekenhuizen bouwden nieuwe buitenpoliklinieken waardoor de zorg dichterbij de burgers kwam (KPMG 2013). In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, viel het aantal fusies erg mee. Tussen 2009 en 2011 zijn bijvoorbeeld niet meer dan vijf ziekenhuizen gefuseerd (KPMG 2013).

Het aantal verzekeraars (concerns) daalde weliswaar met zeven sinds de stelselhervorming, maar in de vijf jaar daarvoor verdwenen er maar liefst 44 labels van de markt (Vektis, diverse jaarverslagen). Hoewel er weliswaar sprake was van een geconcentreerde markt steeg de HHI tussen 2008 (2.124) en 2012 (2.227) maar beperkt (Nza 2012). De verzekeraars zetten bovendien succesvol het mes in de

⁴ In ons land steeg het jaarlijkse aantal bezoeken per 50-plusser van 4,79 (2006) tot 5,6 (2011), vooral door specialistenbezoek. België en Frankrijk zagen juist een daling. Terwijl Duitsland, Zweden en Zwitserland lagere groeicijfers kenden.

eigen overhead (hierover liep men volledig risico). De administratieve lasten als percentage van de omzet daalden van 4,5% in 2006 naar niet meer dan 2,9% in 2010. Voor een deel is dit gevolg van een noemereffect: bij sterk stijgende uitgaven is het makkelijker om de administratieve lasten als percentage te verminderen. Voor een deel is het ook echt een beperking van de administratieve lasten geweest: per verzekerde zijn de administratieve lasten in deze periode gedaald met bijna € 20 (Vektis: diverse jaarverslagen).

Toename solvabiliteit. Verzekeraars, maar vooral de zorgaanbieders slaagden erin hun vermogensposities te verbeteren. Tabel 2 maakt duidelijk dat de solvabiliteitsratio van de zorgverzekeraars rond de tweehonderd procent is blijven schommelen. We moeten ons daarbij echter realiseren dat de wettelijke solvabiliteitsnorm is toegenomen: van 8% in 2006, naar 11% in 2011 en dat men de eerste drie jaar met verlies opereerde. De naar schatting € 900 miljoen winst die de verzekeraars in 2012 hebben geboekt, is hierbij nog niet meegenomen. De solvabiliteit van Universitair Medische Centra is gestegen van 12% naar 17,5%, van algemene ziekenhuizen van 8,8% naar 15,1% en van categorale ziekenhuizen / revalidatie-instellingen van 16,3% naar 22,6% (CBS, 2012). Dit staat gelijk aan ruim drie miljard euro. Kortom: de productiviteitsgroei werd niet alleen omgezet in extra zorgvolume, maar ook in betere balansposities. Hiernaast bleef, zoals eerder gezegd, de feitelijke premiestijging achter bij de schattingen (tabel 3).

6 Toename risicodragendheid

De bestuurlijke agenda van de stelselhervorming was dat de overheid zich terugtrok en dat aanbieders en verzekeraars een grotere rol kregen om de zorg te verbeteren. Door de combinatie van de zich voortslepende economische recessie die de overheidsfinanciën onder grote druk zetten, terwijl de zorg maar bleef groeien was het steeds moeilijker in deze rol te blijven volharden. Een ambtelijke werkgroep wees erop dat de curatieve zorg ‘*stuck in the middle*’ was (Ministerie van Financiën, Brede Heroverwegingen, 2011): het spel van de gereguleerde concurrentie stond nog niet vol op de wagen. Met name de terughoudendheid van de verzekeraars om selectief in te kopen en scherp te onderhandelen met aanbieders hield velen bezig.

Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport besloot om een stevige stap te zetten met de risicodragendheid van de verschillende partijen: de ‘lusten’, dan ook de ‘lasten’. De macro-nacalculatie hield op 1 januari 2012 op te bestaan. De ex-post compensaties werden verder afgebouwd. Het aandeel vrije prijzen nam toe van 34 naar 70%. Het feit dat de verzekeraars in 2012 gemiddeld € 34 euro meer premie vroegen dan het ministerie van VWS voorspelde, illustreert dat deze niet zo erg gerust waren op de gevolgen van de hogere risicodragendheid. Patiënten zagen hun financieel risico eveneens toenemen. Het verplichte eigen risico steeg tot € 350, waardoor het aandeel eigen betalingen nu niet meer zo heel

veel lager is dan gebruikelijk in Europa. Bovendien koos men door de stijgende premies minder vaak voor een aanvullende verzekering; en door de hogere kortingen juist weer vaker voor een vrijwillig eigen risico (Nza 2013). Verzekerden begonnen ook weer vaker te veranderen van verzekeraar. De overheid werd assertiever met het stimuleren van transparantie van kwaliteit. Ziekenhuizen werden gestimuleerd om hun sterftecijfers openbaar te maken. Kwaliteitsregistraties zoals de DICA kregen een impuls. Het nieuwe Kwaliteitsinstituut vormt de belichaming van deze beweging.

De zorgverzekeraars maakten vaker gebruik van selectieve inkoop. Dit kwam duidelijk naar voren bij de geneesmiddelen waar de risicodragendheid al eerder was verhoogd. De Stichting Farmaceutische Kerngetallen (2012) schat dat de omzet van de openbare apotheken in 2012 met zo'n 10% gedaald is. Verzekeraars worden ook actiever bij de medisch-specialistische zorg, bijvoorbeeld met behulp van minimum volumennormen voor bepaalde verrichtingen (Significant 2012).

7 Institutionele complementariteit: bestuurlijke akkoorden en marktwerking

De activiteiten van de overheid bleven niet beperkt tot de toename van risicodragendheid. In 2011 werden bestuurlijke akkoorden gesloten met de specialisten, met de huisartsen, met de ziekenhuizen en met de verzekeraars. Men beoogde enerzijds een beheerste reële uitgavenontwikkeling van niet meer dan 2,5%; anderzijds kwam men een zorginhoudelijke agenda overeen die beoogde de doelmatigheid te bevorderen met zaken zoals het terugdringen van onnodige praktijkvariatie en door te investeren in extramuralisering en substitutie van zorg. In juli 2013 werden er nieuwe akkoorden gesloten. Nu werd afgesproken om de volumegroei verder te verlagen tot 1,5% in 2014 en tot niet meer dan 1% tussen 2015 en 2017. Voor de eerste lijn werd een percentage afgesproken van 2,5%; dit om de gewenste substitutie vanuit de ziekenhuiszorg te accommoderen. Aanneemsommen – lokale budgetafspraken die zich baseerden op de groeipercentages van de bestuurlijke akkoorden – deden massaal hun intrede in de contractering.

Feitelijk werden door deze producten van de Nederlandse overleconomie de 'doelstellingen' van de gereguleerde markt opnieuw geijkt. Partijen gingen zich weer meer richten op betaalbaarheid van de zorg. Het individuele reputatierisico als gevolg van selectief inkopen en scherp onderhandelen werd nu beperkt doordat 'alle' verzekeraars zich aan een lagere groei van de uitgaven committeerden en aan een gedeelde zorginhoudelijke agenda. De bestuurlijke afspraken lijken daarmee een soort van coördinerende werking te hebben binnen het *prisoner's dilemma* van concurrerende verzekeraars. Meer risicodragendheid, hogere eigen risico's en bestuurlijke afspraken werken complementair in het stimuleren van kostenbeheersing en betaalbaarheid.

De meest recente voorspellingen duiden erop dat de groei van de zorguitgaven behoorlijk terugvalt. De verzekeraars hebben bovendien recordwinsten geboekt. De zorgpremie daalt in 2014 voor de meeste burgers met zo'n € 90, wederom veel meer dan de schatting van VWS. Dit is nog niet eerder vertoond. Het Budget Kader Zorg lijkt voor het eerst sinds 1994 niet te worden overschreden. Met enige voorzichtigheid kan hieraan de conclusie worden verbonden dat het onder voorwaarden blijikbaar ook binnen een decentraal sturingsmodel mogelijk is tot een zekere beheersing van de zorgkosten te komen.

Grote uitdaging voor de komende jaren is het op peil houden van de behaalde productiviteitswinst. De dreiging van meer selectieve zorginkoop en scherpere onderhandelingen door concurrerende verzekeraars met concurrerende aanbieders moet deze dynamische doelmatigheidswinst proberen te realiseren. Dit zal geen eenvoudige opgave zijn, mede gezien de lagere volumegroei. Toch liggen hier ook kansen. De combinatie van de lagere groei en het grote aantal nieuwe aanbieders vergroot de competitie en daarmee de prikkel voor aanbieders om te blijven streven naar productiviteitswinst en deze om te zetten in lagere prijzen in plaats van meer volume.

8 Conclusies

In dit artikel hebben we de impact van de stelselhervorming op de betaalbaarheid van de zorg besproken. Dat deze hervorming een belangrijke verandering van het beleidsparadigma betrof (Maarse 2011) en dat meer dan in andere landen voldaan is aan de randvoorwaarden van de gereguleerde marktwerking (Van de Ven et al. 2013) is al beschreven. Okma (2011 en 2013) heeft stevige vraagtekens bij de effectiviteit van het zorgstelsel geplaatst, ook voor wat betreft de betaalbaarheid. Onze conclusies zijn positiever.

Hoewel het erop lijkt dat de betaalbaarheid van de zorg niet erg verbeterd is, zeker niet in de eerste vijf jaar na de stelselhervorming; en dat de recente afname van de groei geen exclusief Nederlands verschijnsel is, is het onze hypothese dat er onderhuids wel degelijk belangrijke veranderingen hebben plaatsgevonden. Dit blijkt vooral uit de robuuste groei van de productiviteit en uit het grote aantal nieuwe aanbieders dat de markt heeft betreden. Zorginstellingen hebben (veel) extra zorg geleverd en hebben hun balansen versterkt. De nominale zorgpremies zijn tegelijkertijd minder gestegen dan voorspeld.

De toegenomen dynamiek en veerkracht heeft zich vervolgens, onder druk van grotere financiële risico's voor alle partijen in de zorg, sinds 2012 vertaald in een afname van de groei van de uitgaven. De overheid bleef hierbij op relatieve afstand, zeker in vergelijking met het optreden in andere Europese landen (Mladovsky et al. 2012). Het is daarom onze hypothese dat de zorguitgaven minder hard groeien vanuit een nieuw gecreëerde complementariteit tussen enerzijds een grotere risicodragendheid voor verzekeraars, zorgaanbieders en patiënten (economische prikkels) en anderzijds een nieuw gevonden bestuurlijke en

maatschappelijke legitimiteit middels akkoorden om de groei van de zorguitgaven af te remmen. De bestuurlijke afspraken hebben een nieuwe balans gecreëerd in de decentrale afweging tussen kwaliteit, toegankelijkheid in betaalbaarheid. De genoemde groeipercentages werken bovendien als een *default* optie voor de zorginkoop.

Zolang de huidige groei van de productiviteit in stand blijft, is men in staat om deze gunstige situatie te continueren. Dit zal echter geen eenvoudige opgave zijn. Cruciaal daarbij is dat niet alleen het volume, maar ook de prijs per eenheid product laag blijft. Het grote aantal nieuwe aanbieders zou daarin wel eens van groot belang kunnen zijn. Lukt dit toch niet dan resteert altijd nog het weer interen op de inmiddels opgebouwde reserves alsmede – net als veel andere landen - een terugval op topdown beheersing.

Auteurs

Patrick Jeurissen (e-mail: patrick.jeurissen@radboudumc.nl) is programmaleider van de Celsus Academie voor betaalbare zorg bij het RadboudUMC en voorts als clustercoördinator strategie werkzaam voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Joost Trienekens (e-mail: j.trienekens@minvws.nl) is senior beleidsmedewerker bij de directie Macro-economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Literatuur

- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), 2012, Financiële kengetallen zorginstellingen 2011.
- Commissie Structuur en Financiering gezondheidszorg (Commissie Dekker), *Bereidheid tot Verandering*, SDU, 1987.
- Cutler, D.M., 2002, Equality, efficiency, and market fundamentals: the dynamics of international medical reform, in *Journal of Economics Literature*, vol. 40(3): 881-906.
- Cutler, D.M., en N.R. Sahni, 2013, If slow rate of health care spending growth persists, projections may be off by \$ 770 billion, *Health Affairs*, vol. 32(5): 841-50.
- Fahy N., 2012, Who is shaping the future of European health systems? *British Medical Journal*, 344.
- Frogner, B.K., P.S. Hussey en G.F. Andersson, 2011, Health Systems in Industrialized Countries in Glied Sh. en PC Smith (red.) *The Oxford Handbook of Health Economics*, Oxford University Press.
- Hardie, M., J. Cheers, C. Pinder en U. Qaiser, 2011, Public service output, inputs, and productivity: healthcare, Newport: Office for National Statistics.
- Helderman, J.K., 2007, Bringing the market back in? Institutional complementarity and hierarchy in Dutch housing and health care, Erasmus Universiteit, Rotterdam.
- Ikkersheim, D.E., , 2013, The first effects of Dutch health care reform on hospitals, Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam, p. 51-60.

- KPMG, 2013, Wie doet het met wie in de zorg? Het jaarlijkse overzicht van bestuurlijke samenwerking tussen Nederlandse ziekenhuizen.
- Maarse, H.A.M., 2011, Markthervorming in de zorg. Een analyse vanuit het perspectief van de keuzevrijheid, solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid, Maastricht University.
- Mackenbach, J.P., L. Slobbe, C.W.N. Looman, A. van der Heide, J.J. Polder, en J. Garssen, 2011, Sharp upturn in life expectancy in the Netherlands: effect of more healthcare for the elderly? *European Journal of Epidemiology*, vol. 26(12): 903-14.
- Mladovsky, P., D. Srivastava, J. Cylus, M. Karanikolos, T. Evetovits, S. Thompson en M. McKee, 2012, Health policy responses to the financial crisis in Europe, Policy Summary 5, World Health Organization (WHO).
- Nza, 2007, Monitorspecial, De rol van ZBCs in de ziekenhuiszorg, Utrecht.
- Nza, 2012, Monitor Zelfstandige Behandelcentra, Utrecht.
- OECD, 2013, The economic, financial and social situation: latest developments, October 15th 2013.
- Okma, K.G.H., Th.M. Marmor en J. Oberlander, 2011, Managed competition for Medicare? Sobering lessons from the Netherlands, *The New England Journal of Medicine*, vol. 365(4).
- Okma, K.G.H. en L. Crivelli, 2013, Swiss and Dutch “consumer-driven healthcare: ideal model or reality? *Health Policy*, vol. 109(2): 105-112.
- Paris, V., M. Devaux en L. Wei, 2010, Health Systems Institutional Characteristics: a survey of 29 OECD countries, OECD Health Working Paper 50.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2003, Exploderende zorguitgaven, Zoetermeer.
- Reeves, A., M. McKee, D. Sanjay Basu en D. Stuckler, 2014, The political economy of austerity and healthcare: cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011, *Health Policy*, vol. 115(1): 1-8.
- Schut, F.T. en M. Varkevisser, 2013, Tackling hospital waiting times: the impact of past and current policies in the Netherlands, *Health Policy*, vol. 113(1-2): 127-33.
- Significant, 2012, Doelmatigheid in de zorginkoop. Voorbeelden doelmatigere zorginkoop door zorgverzekeraars, Barneveld.
- Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012, Naar beter betaalbare zorg, VWS en Ministerie van Financiën, SDU.
- Vandermeulen, L.J.R., A. Beldman en A.J.J. van der Kwartel, 2012, Productiviteitswinst in de zorg. Who gets, what, when, and how? Utrecht.
- Vektis, Zorgmonitor, Zeist, diverse jaren.
- Ven, W.P.M.M. van de, K. Beck, F. Buchner, E. Schokkaert, F.T. Schut, A. Shmueli en J. Wasem, 2013, Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland in *Health Policy*, vol. 109: 226-45

Toekomst voor de zorg in viervoud

Paul Besseling en Casper van Ewijk¹

De voortschrijdende medische technologie en mondiger burgers plaatsen ons in de toekomst voor twee fundamentele keuzes. De eerste betreft de zorgsolidariteit: de afweging tussen uniforme zorg voor iedereen en meer gedifferentieerde zorg met ruimte voor eigen verantwoordelijkheid en eigen regie. De tweede betreft de risicosolidariteit: de afweging tussen alle risico's zoveel mogelijk verzekeren en de noodzaak om via eigen betalingen overmatig gebruik van zorg af te remmen. Door beide afwegingen te combineren ontstaat een schets van vier werelden voor de toekomst van de preventie, de curatieve zorg en de ouderenzorg.

1 Mensen en zorg veranderen

Dat het zorgstelsel er in de toekomst anders uit zal zien, is zeker. Hoe anders is niet te voorspellen, het hangt van veel factoren af. Er bestaat geen eenduidig antwoord op de vraag hoe de zorg het beste georganiseerd kan worden. Ieder stelsel heeft voor- en nadelen. Ervaringen met uiteenlopende stelsels in de landen om ons heen laten grote diversiteit aan oplossingsrichtingen zien (OESO 2011, Kraus et al 2010). En de wereld staat niet stil. Nieuwe technologische doorbraken (op het gebied van *personalized medicine*, genterapie en *biomedicals*) en de verdere ontwikkeling van elektronische toepassingen (scans, robotchirurgie) maken het mogelijk om veel ziekten eerder op te sporen en beter te genezen. Ook de ouderenzorg zal ingrijpend veranderen door eHealth-toepassingen en het ontstaan van nieuwe sociale netwerken. Meer en toegankelijker informatie over de mogelijkheden van zorg en de kwaliteit van zorgverleners stellen goed opgeleide consumenten in staat bewuster te kiezen tussen behandelingen en zorgverleners. Dit alles tegen de achtergrond van een snel vergrijzende samenleving waarin de levensverwachting van de ouderen stijgt en er minder jongeren zijn die zorg kunnen verlenen en de financiële lasten van de zorg kunnen dragen (OESO 2006). Weliswaar ligt mede door de recessie het groeitempo van de zorguitgaven momenteel lager dan gemiddeld, maar de onderliggende trends blijven opwaarts wijzen (Chandra et al 2013).

¹ Dit artikel is gebaseerd op hoofdstuk 11 van het boek *Toekomst voor de Zorg* dat beide auteurs schreven samen met Albert van der Horst.

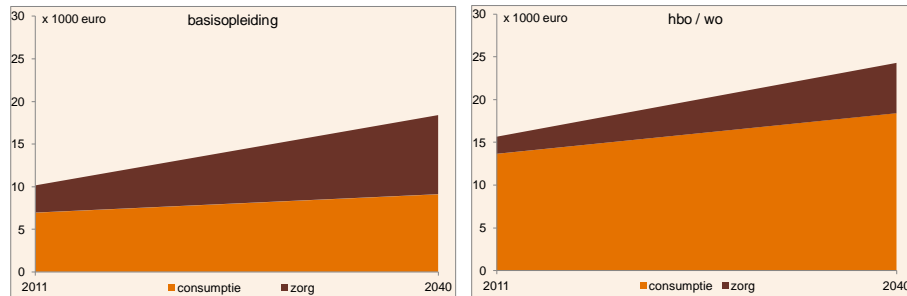
De toekomst van de zorg stelt ons voor fundamentele keuzes. In dit artikel schetsen wij deze keuzes aan de hand van vier beleidsscenario's, die elk een plausibele en samenhangende wereld schetsen voor de toekomst van de zorg. De vier geschetste werelden maken de onderliggende fundamentele keuzes duidelijk over de inrichting en de financiering van de zorg. De voor- en nadelen van deze keuzes hangen af van externe ontwikkelingen, zoals de ontwikkeling van de medische technologie en voortgaande individualisering. Bewuste keuzes én externe omstandigheden bepalen dus in welke wereld wij in de toekomst zullen uitkomen.

2 Stijgende prijs van solidariteit

Stijgende zorguitgaven kunnen de solidariteit in het zorgstelsel in de toekomst onder druk zetten. Nederland heeft een sterke traditie van brede goede zorg voor iedereen, zowel voor de curatieve zorg als voor de langdurige zorg. De zorg in Nederland is ruim verzekerd en zeer toegankelijk; eigen betalingen zijn in Nederland relatief ten opzichte van het buitenland laag (Van Ewijk et al 2013, hoofdstuk 1). De zorg in Nederland kent een hoge mate van solidariteit. Het is echter de vraag of deze solidariteit ook in de toekomst te handhaven valt. Niet alleen worden consumenten steeds kritischer en neemt de behoefte aan eigen regie toe. Gezondheid en zorg nemen een steeds belangrijker plaats in het leven in. En ook in het budget. De zorguitgaven zijn in de afgelopen tien jaar in snel tempo gestegen; de zorg groeide tussen 2000 en 2012 met reëel 4% per jaar terwijl het BBP nauwelijks meer dan 1% per jaar steeg. Vergrijzing van de bevolking verklaart maar een klein deel van deze sterke groei. De meeste groei hangt samen met toenemende medische mogelijkheden (curatieve zorg) en vraag naar betere kwaliteit (langdurige zorg).

Wanneer de zorguitgaven in dit hoge tempo zouden doorgroeien, zal het aandeel van de zorg in het bbp stijgen van 13 procent in 2010 tot 31 procent in het jaar 2040. Maar ook in een gematigder scenario waarin de trend vanaf 1980 wordt doorgetrokken komt de zorg uit op 22 procent van het bbp (Van Ewijk et al. 2013). Een deel van de groei komt door de vergrijzing. Dat deel laten we hier buiten beschouwing. Dan resteert voor iemand met alleen een basisopleiding nog altijd een stijging van het zorggebruik van 3200 euro per jaar in 2011 naar 9100 euro in 2040, althans in het scenario met hoge zorggroei (grafiek 1, linker helft). De vraag wie de stijging van de zorgkosten voor de lage inkomens moet betalen plaatst de samenleving voor een dilemma.

Figuur 1 Ontwikkeling zorggebruik en de ruimte voor overige consumptie in 2011-2040 naar opleiding (bij hoge zorggroei)



Het is niet aannemelijk dat de lage inkomens de groei helemaal zelf kunnen of willen betalen. Dan zou voor hen de komende decennia nauwelijks ruimte blijven voor toename van de niet zorg-gerelateerde consumptie (zie de grafiek)² Dat betekent dat hogere inkomens de stijging van de kosten grotendeels voor hun rekening moeten nemen: de marginale premie- en belastingtarieven zullen dan stijgen. Dat heeft niet alleen negatieve effecten voor de werking van de arbeidsmarkt, wellicht zijn er ook grenzen aan de mate van premiesolidariteit. Om een stijging van de marginale tarieven te voorkomen zou men kunnen bezuinigen op andere collectieve regelingen, maar dat zijn doorgaans juist regelingen die van essentieel belang zijn voor de lage inkomens zelf.

Men kan zich daarom afvragen of de lagere inkomens wel baat hebben bij een zo sterke groei van de zorgconsumptie en dus of solidariteit tussen hoge en lage inkomens niet op een efficiëntere manier is te organiseren dan via een steeds grotere verplichte zorgconsumptie.

3 Twee fundamentele afwegingen

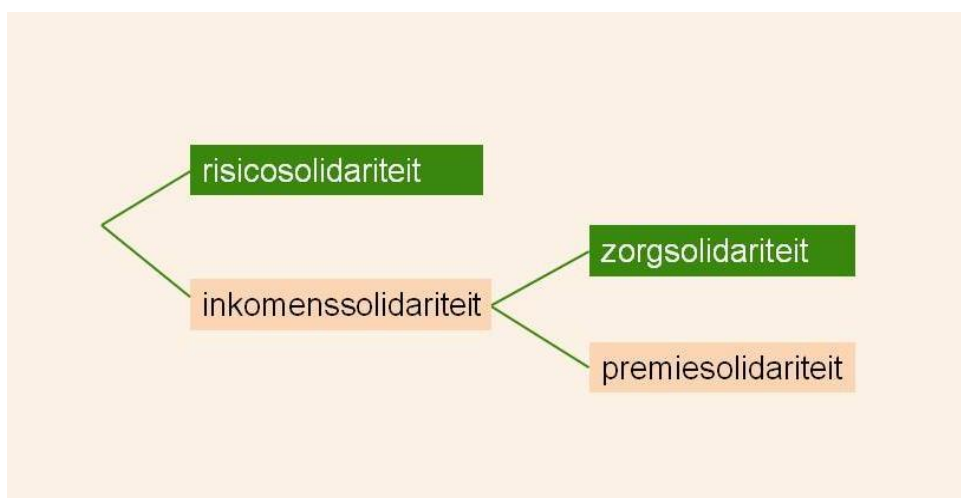
Voor de toekomst van de zorg zijn twee afwegingen van wezenlijk belang, zie figuur 2. De eerste betreft de 'risicosolidariteit' en gaat over de vraag of de kosten van de zorg volledig verzekerd moeten zijn, of dat een deel van de kosten voor rekening van de consument komt, bijvoorbeeld in de vorm van een eigen risico. Ook de vraag of bij de premie rekening mag worden gehouden met verschillen in gezondheid, is onderdeel van risicosolidariteit.

De tweede afweging betreft de vraag of we zorg voor iedereen gelijk willen aanbieden, of dat wij accepteren dat er verschillen zijn in het zorgaanbod en het verzekerde pakket. Het aanbieden van voor iedereen gelijke zorg kan worden opgevat als een vorm van herverdeling tussen hoge en lage inkomens, en dus van inkomenssolidariteit.

² Schattingen van de inkomenselasticiteit van de zorg lopen nogal uiteen, maar een elasticiteit heel veel hoger dan 1 is niet waarschijnlijk (Costa-Font et al 2011).

Daarnaast is ook de premie een belangrijk instrument voor inkomenssolidariteit; deze ‘premiesolidariteit’ gaat over de vraag in hoeverre hogere inkomens meer premie moeten betalen. Deze vorm van solidariteit blijft hier buiten beschouwing; het is een onderdeel van de integrale belastingproblematiek en niet specifiek voor de zorg. De zorgsolidariteit is daarentegen wel kenmerkend voor de zorg. De zorgverzekering is grotendeels georganiseerd als een verstrekking in natura (*provision in kind*) waarbij bovendien de verstrekking voor iedereen vrijwel geheel uniform is.³

Figuur 2 Uitsplitsing van vormen van solidariteit in de zorgverzekering



Risicosolidariteit. Wie en wanneer ziek of gebrekkig wordt, is moeilijk te voorspellen. Zorgverzekeringen zorgen ervoor dat mensen niet voor onverwachte kosten komen te staan. Verzekeren van zorgkosten draagt bij aan solidariteit tussen gezonde en ongezonde mensen; dit noemen wij ‘risicosolidariteit’. Volgens berekeningen in Van Ewijk et al (2013, hoofdstuk 7) levert verzekering van de zorgkosten welvaartswinst op, die kan oplopen tot enkele tientallen procenten van het inkomen. De onzekerheid bij de zorg wordt immers gekenmerkt door kleine kansen met grote gevolgen. Verzekeren is bovendien noodzakelijk voor toegang tot de zorg: zonder verzekering zouden heel dure behandelingen onbetaalbaar zijn.

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 is iedere Nederlandse burger verplicht verzekerd voor het basispakket in de curatieve zorg.⁴ Ook de ouderenzorg is collectief verzekerd, namelijk via de Algemene Wet

³ Bij zorgverzekeringen is de uitsplitsing van de inkomenssolidariteit in zorgsolidariteit en premiesolidariteit cruciaal, omdat bij zorgverzekeringen sprake is van *provision in kind*, in de zin dat alleen uitgekeerd wordt voorzover de zorg daadwerkelijk genoten is. Dat geldt niet alleen voor naturapolissen maar ook voor restitutiepolissen. De polis geeft aanspraak op zorg, niet op geld. Hierin verschillen zorgverzekeringen van andere verzekeringen zoals letselschadeverzekeringen of arbeidsongeschiktheidsverzekeringen die geldsbedragen uitkeren zodra het risico zich voordoet.

⁴ Zie Van Ewijk et al. (2013, hoofdstuk 7) voor een bespreking van de mate van overheidsregulering in de Zvw.

Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Beide verzekeringen vergoeden echter niet alle zorgkosten. Een deel van de risico's wordt bij de consument gelegd. Dit beperkt de kosten van claimbeoordeling, maar is vooral ook bedoeld om het gebruik van de zorg af te remmen. Bij een verzekering van 100 procent vervalt voor de zorggebruiker iedere financiële prikkel om doelmatig met de zorg om te gaan, immers, de verzekering betaalt toch. Dit ongewenste bijeffect van verzekeren is een vorm van 'moreel gevaar' (*moral hazard*). Idealiter controleert de verzekeringsmaatschappij de schadeclaims, maar helaas gaat dit gepaard met grote uitvoeringskosten. Vooral bij de curatieve zorg is het ondoenlijk om bij iedere beslissing van patiënt en arts over de schouder mee te kijken. De arts en andere professionals in de zorg hebben daarom een dubbele taak. Enerzijds handelen zij in het belang van de patiënt (die de beste zorg wil) en anderzijds in het belang van het collectief van premiebetalers (die voor de zorg betalen).

Er is nog een reden, naast de rem op moreel gevaar, om niet 100 procent van de zorgkosten te vergoeden. Deze heeft te maken met de veranderende consumptiepatronen bij ziekte en gebrek (Finkelstein et al. 2008). Bij een langdurig zwakke gezondheid neemt de behoefte aan 'normale consumptie' af: mensen gaan minder met vakantie, de sportvereniging wordt opgezegd en soms gaat ook de auto de deur uit. Het is dan beter om de zorg niet volledig te verzekeren en voor een deel te financieren uit de bestedingen die wegvallen bij ziekte. De premie voor de verzekering kan dan lager zijn, waardoor men meer geld overhoudt in periodes dat men gezond is. Geld heeft voor het individu meer waarde bij gezondheid dan wanneer men ongezond is.

Uit het voorgaande volgt dat het kiezen van de optimale verzekeringsgraad een afweging vergt tussen de risicosolidariteit in de vorm van een hoge verzekeringsgraad en efficiëntie in de vorm van een rem op de uitgaven.

Zorgsolidariteit. Bij zorgsolidariteit gaat het om de vraag of wij iedereen dezelfde zorg willen bieden, of dat de zorg afgestemd wordt op de individuele voorkeuren (en koopkracht). Hierbij staan twee visies tegenover elkaar (Fleurbaey en Schokkaert 2012; Dworkin 1993). De eerste benadrukt de gelijkheid van gezondheid en zorg. Zorg wordt gezien als een maatschappelijke norm voor een 'fatsoenlijke' samenleving, differentiatie in gezondheid en zorg als maatschappelijk ongewenst. De methode bij uitstek om gelijkheid te bereiken is door iedereen uniforme zorg aan te bieden.

Tegenover deze meer principiële visie staat de economische visie die benadrukt dat zorg een goed is waarover mensen verschillende voorkeuren kunnen hebben. Net als bij andere bestedingen is het wenselijk om de zorg af te stemmen op de individuele voorkeuren. Dit is een aspect van de 'allocatieve efficiëntie' in de economie. Dat kan door diversiteit in zorg en verzekeringen aan te bieden en ruimte te geven voor keuze en eigen verantwoordelijkheid.

Toch kunnen er ook vanuit economisch gezichtspunt argumenten bestaan voor het aanbieden van zorg in natura en het beperken van keuzevrijheid (Curry en Gahvari 2008). Ten eerste maken individuen niet altijd de juiste keuzes. Dat geldt

op het gebied van gezondheid en zorg waarschijnlijk sterker dan op veel andere gebieden. Gezonde levensgewoonten worden al op zeer jonge leeftijd aangeleerd; de sociale omstandigheden zijn hier zeer bepalend. Maar ook op latere leeftijd maken mensen vaak niet de juiste keuzes over hun zorg en gezondheid. Volledige keuzevrijheid kan leiden tot te weinig zorg, maar ook tot onnodig dure zorg of verkeerde zorg (bijvoorbeeld homeopathie). Een tweede reden voor zorg in natura heeft te maken met moreel gevaar (*moral hazard*). Wanneer de zorgverzekering bij ziekte uitkeert in geld in plaats in natura, ontstaat er meer druk op de uitgaven. Bij veel aandoeningen is het moeilijk om de schadelast goed vast te stellen. Mensen zullen eerder geneigd zijn om bepaalde aandoeningen voor te wenden als zij daarvoor een financiële vergoeding krijgen dan wanneer zij daarvoor onder het mes moeten. Door de vergoeding aan te bieden in de vorm van zorg zullen alleen mensen die dat echt nodig hebben, hierop een beroep doen. Het vastleggen van de geboden zorg voorkomt voorts dat mensen onnodig dure behandelingen kiezen; het basispakket van de zorg werkt als een norm voor iedereen. De keerzijde hiervan, is dat soms dure behandelingen niet gebeuren terwijl zij toch voor die patiënt optimaal zouden zijn.

Een derde argument voor verstrekking in natura kan zijn dat daardoor bepaalde doelgroepen beter bereikt worden. Door de aangeboden zorg met name voor die groep aantrekkelijk te maken en minder voor andere groepen, vind *self targeting* plaats. Een voorbeeld hiervan is ouderenzorg die bewust in lage kwaliteit wordt aangeboden; die zorg is daardoor niet aantrekkelijk voor hogere inkomens maar wel voor de mensen die de zorg echt nodig hebben maar het niet kunnen betalen, een vorm van tweedegraads prijsdiscriminatie. Dit derde argument geldt overigens alleen als er geen andere, meer direct methoden zijn om de doelgroep te identificeren, bijvoorbeeld aan de hand van inkomens - en vermogensgegevens. Volgens Currie en Gahvari (2008) is dit derde argument daarom in praktijk meestal niet doorslaggevend voor de wijdverbreide keuze van zorgaanbod in natura.

Nederland heeft een sterke traditie van uniforme, gestandaardiseerde zorg. In de langdurige zorg lijkt hier recentelijk verandering te komen. De scheiding van wonen en zorg leidt tot differentiatie in het aanbod van verzorgings- en verpleeghuizen. De aanspraak op collectief gefinancierde zorg blijft gelijk. Maar waar deze aanspraak eerder slechts verleend werd in een uniforme woonomgeving ontstaat nu keuzevrijheid op dit punt. In de slipstream hiervan komt ook in de geboden zorg meer variatie. Verschillende verzekeraars bieden de mogelijkheid om luxere zorg in te kopen tegen betaling, die kan oplopen tot enkele duizenden euro's per maand. De decentralisatie van de ouderenzorg waarbij de zorg meer afgestemd gaat worden op de individuele omstandigheden, zal de tendens tot differentiatie in de zorg verder versterken.

In de curatieve zorg ligt dit vooralsnog gevoeliger.⁵ Zeker wanneer dat zou leiden tot verschillen tussen hogere en lagere inkomens. Toch geldt ook hier in

⁵ De collectieve verzekering met gelijke aanspraken voor iedereen dekt ruim 80% van de verleende zorg.

beginsel dat bij normale preferenties bij een hoger inkomen in de regel ook een duurder en uitgebreider verzekeringspakket hoort. Voor lagere inkomens kan een goedkoper, maar medisch wel degelijk verantwoord pakket aantrekkelijk zijn, wanneer zij daardoor meer geld overhouden voor andere bestedingen. Het is dus de vraag of herverdeling in de vorm van dure zorg in natura wel de meest efficiënte methode van herverdelen is tussen hogere en lagere inkomens. Het beperken van de verzekerde zorg tot een standaard pakket is een inperking van de consumentensoevereiniteit.

Het zorggebruik sluit beter aan bij individuele voorkeuren als de uniformiteit in het zorgaanbod wordt losgelaten en een zekere differentiatie wordt toegestaan. Deze differentiatie wordt belangrijker naarmate de zorg een groter beslag legt op het totale inkomen. Mensen met een laag inkomen zouden meer baat kunnen hebben van een extra euro inkomen in plaats van een euro zorg.

De keuze voor een kleinere groei van het wettelijk verzekerde basispakket hoeft mensen met een relatief laag inkomen niet te benadelen. Integendeel, als de uitgespaarde middelen via lastenverlaging worden teruggesluisd naar deze groep, kan het de welvaart van deze groep verhogen. Hun totale bestedingen aan zorg en andere consumptie blijven gelijk, maar zij hebben meer mogelijkheden om hun bestedingen naar hun eigen wensen vorm te geven. Tegenover een soberder toekomstig basispakket staan ruimere bestedingsmogelijkheden op andere terreinen.

Vormen van differentiatie in zorg. Differentiatie in het zorgaanbod kan op diverse manieren gerealiseerd worden. In de eerste plaats kan de reikwijdte van de collectieve regelingen worden ingeperkt. Een bekend voorbeeld is de scheiding tussen wonen en zorg in de ouderenzorg. Maar hetzelfde gebeurt ook bij overheveling van bijvoorbeeld tandzorg en fysiotherapie uit de basisverzekering naar de aanvullende verzekering. Voor de aanvullende verzekeringen wordt in Nederland differentiatie in zorgaanspraken wel geaccepteerd, voor de basisverzekering is het verzekerde pakket van aanspraken voor iedereen gelijk.

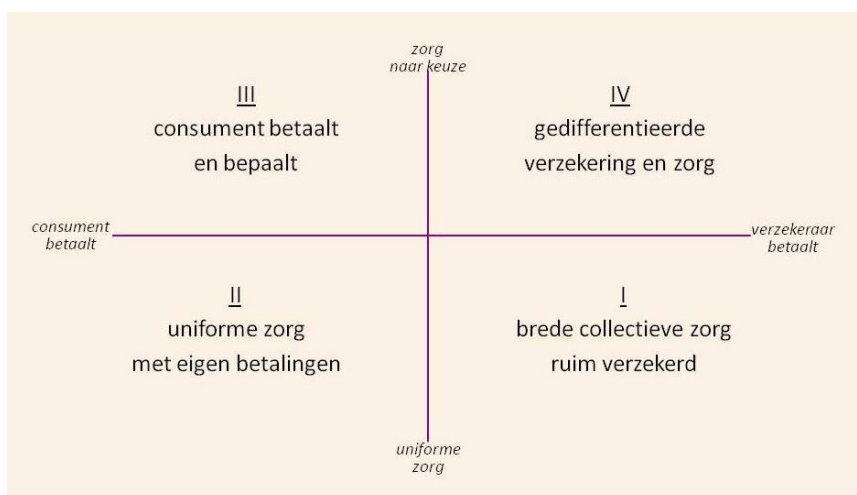
Andere manieren voor differentiatie zijn het toestaan van bijbetalen in de vorm van *topping up* of *opting out* (Thomson en Mossialos 2009). Bij *topping up* is het mogelijk om als aanvulling op de collectief verzekerde zorg extra zorg te kopen. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van bijbetaling voor luxe verzorging (eenpersoonskamer), second opinions, bijzondere behandelingstechnieken, et cetera. Bij *opting out* wordt toegestaan dat consumenten zorg inkopen buiten de collectieve verzekering om; anders dan bij *topping up* vervallen nu de vergoeding vanuit de collectieve verzekering en de bijbehorende premieplicht. Men stapt geheel of gedeeltelijk uit de collectieve verzekering, doorgaans tegen betaling van een solidariteitsheffing. In het SER-voorstel uit 2000 dat ten grondslag lag aan de huidige zorgverzekering, werd ervoor gepleit om een beperkte mate van *opting out* en *topping up* toe te staan. Men kon kiezen voor een sober verplicht pakket met de mogelijkheid om zelf aanvullend voor zorg van hogere kwaliteit te betalen.

Wanneer de kosten van de aanvullende zorg oplopen, ligt verzekering van deze extra kosten voor de hand. Er ontstaan dan verschillende verzekeringspakketten naast elkaar, een sober doch verantwoord basispakket, en luxere pakketten voor wie het kan en wil betalen. Er is alle reden de markt voor aanvullende verzekeringen enigermate te reguleren, vooral om risicoselectie te bestrijden. Een dergelijk scenario is denkbaar voor de ouderenzorg, maar ook voor de curatieve zorg. In het buitenland zien wij vaak een sobere basiszorg waarnaast de hogere inkomens zich extra verzekeren. Dat kan via de werkgevers, zoals in de Verenigde Staten, maar het kan ook binnen semi-collectieve regelingen zoals in Australië. Wij komen hier later in dit artikel op terug. Een manier die met name voor de ouderenzorg interessant kan zijn, is om verzekerde bedragen uit te keren bij objectief vast te stellen gebreken. Door keuze te bieden in de verzekerde bedragen en de bijbehorende premie, kan een passende verzekering aan allen worden geboden.

4 Vier werelden voor de toekomst van de zorg

Vanuit beide fundamentele keuzes, uniforme zorg voor iedereen (zorgsolidariteit) en zorg volledig verzekeren (risicosolidariteit), kunnen wij vier werelden schetsen voor de toekomst van de zorg. Figuur 3 beeldt deze werelden uit. Op de horizontale as is de afweging over risicosolidariteit weergegeven, op de verticale de afweging over zorgsolidariteit. Op de horizontale as gaat het dus om de keuze tussen een stelsel met een hoge verzekeringsgraad ('de verzekeraar betaalt') en een stelsel waarin de financiële risico's bij de consument worden gelegd ('de consument betaalt'). In de rechterhelft van het diagram wordt gekozen voor een wereld waarin risicosolidariteit voorop staat, in de linkerhelft voor een wereld met een lage verzekeringsgraad en efficiëntie in het gebruik van de zorg.

Figuur 3 Vier werelden voor de toekomst van de zorg



De verticale as geeft de afweging weer tussen een wereld met gelijkheid in de zorg voor allen ('uniforme zorg'), en een wereld met gedifferentieerde zorg die aansluit bij de individuele voorkeuren ('zorg naar keuze'). In de onderste helft van het diagram staat gelijkheid in de zorg voorop; hier wordt zorg als collectieve verantwoordelijkheid beschouwd. In de bovenste helft staat de 'allocatieve efficiëntie' centraal, dat wil zeggen de afstemming van de zorg op de individuele voorkeuren. Dit vraagt om differentiatie van de zorg en ruimte voor eigen regie en eigen verantwoordelijkheid.

Bij deze afwegingen gaat het niet om zwart-wit keuzes, maar om een glijdende schaal. Het gaat om een afruil waarin een balans moet worden gevonden. De kwadranten in dit diagram corresponderen nu met de vier werelden met ieder hun eigen kenmerken. Van rechtsonder met de klok mee kunnen de werelden als volgt worden getypeerd:

I. Brede collectieve zorg, ruim verzekerd. Het recht op gelijke zorg staat centraal en de toegankelijkheid wordt gewaarborgd door de zorg ruim te verzekeren. In deze wereld staan zorgsolidariteit en risicosolidariteit hoog in het vaandel.

II. Uniforme zorg met eigen betalingen. De keuze valt op gelijke zorg voor allen, maar het gebruik wordt afgeremd door eigen betalingen in te voeren voor de consument. Deze wereld wordt gekenmerkt door zorgsolidariteit. De risicosolidariteit wordt losgelaten; uit efficiëntieoverwegingen worden meer financiële risico's bij de consument gelegd.

III. Consument betaalt en bepaalt. De consument stemt de zorg af op zijn individuele voorkeuren en betaalt daar ook voor. Om dit mogelijk te maken, wordt het aanbod van zorg gedifferentieerd en is de consument verantwoordelijk voor de invulling van de zorg. In deze wereld staan zowel de zorgsolidariteit, als de risicosolidariteit op een laag pitje.

IV. Gedifferentieerde verzekering en zorg. Verschillende verzekeringspakketten worden aangeboden, met een zekere mate van overheidsregulering om risicoselectie tegen te gaan. Via deze verzekeringen vindt afstemming van de zorg op de voorkeuren van verschillende collectieven plaats. In deze wereld wordt de zorgsolidariteit losgelaten, maar blijft de risicosolidariteit gehandhaafd.

Eén dimensie blijft bij deze indeling nadrukkelijk buiten beschouwing, dat is de premiesolidariteit tussen hoge inkomens en lage inkomens. Deze is zoals gezegd niet specifiek voor de zorg. Niettemin zijn wel gevolgen te trekken voor de mate van inkomensherverdeling in de alternatieve werelden. In het algemeen zal een stelsel met uniforme en dure zorg meer druk opleveren tot herverdeling om de zorg voor de lage inkomens betaalbaar te houden. Wanneer differentiatie in de zorg wordt toegestaan, neemt deze druk af, omdat de zorguitgaven dan in lijn liggen met

de voorkeuren van verschillende groepen. Wij komen hier bij de uitwerking van de verschillende werelden op terug.

Ook de aanbodzijde van de zorg blijft grotendeels buiten beschouwing. In beginsel zou de aanbodzijde voor ieder van de werelden kunnen worden uitgewerkt. Budgettering van de collectieve zorguitgaven is mogelijk in alle vier werelden, maar heeft het grootste effect in een wereld van brede collectieve zorg. Gereguleerde marktwerking met een ruim en efficiënt aanbod van aanvullende verzekeringen sluit het beste aan bij werelden met gedifferentieerde zorg en grote eigen verantwoordelijkheid van consumenten. Wij stippen deze verschillen aan, maar kunnen ze niet diep uitwerken. Ook op dit punt geldt echter dat ieder van de stelsels voor- en nadelen kent en dat er op voorhand geen redenen zijn om aan te nemen dat de ene wereld doelmatiger is dan de andere.

Waar staat Nederland? In het assendiagram kan Nederland op dit moment geplaatst worden in het kwadrant rechtsonder. De Nederlandse zorg kan getypeerd worden als een stelsel waarin de zorg sterk collectief geregeld is. Er is een brede zorg voor allen en deze zorg is ruim verzekerd en goed toegankelijk, zowel in de curatieve, als in de langdurige zorg. De overheid bepaalt het basispakket voor de verzekering en legt daarmee de standaard voor de zorg vast.

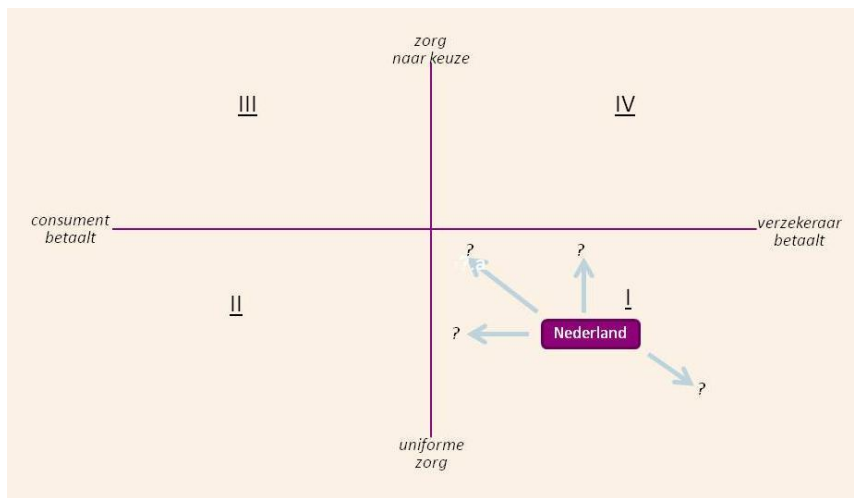
Wel heeft de zorg in het afgelopen decennium in het teken gestaan van een verschuiving van aanbodsturing naar vraagsturing, waardoor de ‘klant’ meer centraal komt te staan. Consumenten kunnen kiezen tussen verschillende verzekeraars die er op letten dat de zorg efficiënt is en overeenkomt met hun voorkeuren. Consumenten kunnen ook kiezen uit een breed palet van ziekenhuizen, artsen en andere zorgaanbieders. De financiering volgt de vraag. Ook zijn de eigen betalingen enigszins verhoogd. Het Nederlandse stelsel is naar linksboven bewogen, maar nog steeds binnen de wereld van breed verzekerde zorg. Welke zorg wordt geboden, is wel steeds collectief bepaald: het verzekerde basispakket is hetzelfde voor iedereen en ook in het ziekenhuis is iedereen gelijk. Solidariteit staat nog steeds voorop.

De combinatie van kritische consumenten en vraagvolgende financiering heeft in de afgelopen jaren de zorgaanbieders tot extra productie aangezet, vooral in de curatieve zorg. De verzekeraars hebben de belangrijke taak hier tegenwicht te bieden door kostenbeheersing en beperking van overmatig gebruik. Dit kan aanleiding zijn tot strakkere sturing van het aanbod - bijvoorbeeld door budgettering van aanbieders - of door de vrijheid van consumenten in te perken, bijvoorbeeld door beperktere keuze van aanbieders. Dat kan met naturapolissen die voorkeursaanbieders vastleggen; de keuze van de consument betreft dan vooral de keuze van de polis. Nederland blijft dan in de wereld van de breed verzekerde zorg (rechtsonder in figuur 4). Een stap verder is ook mogelijk, naar een verplichte verzekering zonder keuze van verzekeraar. In dat geval beweegt het stelsel verder naar beneden in de figuur.

De taak van verzekeraars in het tegengaan van overmatig beroep op de zorg kan ook worden ondersteund via eigen betalingen door de consumenten. De

prikkels worden dan meer bij de oorsprong van de vraag neergelegd: de consumenten. In dat geval zou Nederland meer naar de wereld linksonder bewegen (zie figuur 4). Een alternatief is om kritischer om te gaan met het toelaten van nieuwe, dure behandelingen tot het basispakket. Dat zou kunnen leiden tot een beweging naar een wereld met meer differentiatie in verzekerde pakketten en meer eigen verantwoordelijkheid voor de consument bij de inrichting van zijn zorg (opwaarts in figuur 4). Hoe de ontwikkeling in de toekomst verder zal gaan, is onzeker; de Nederlandse zorg staat voor fundamentele keuzes.

Figuur 4 Nederlandse zorg staat voor fundamentele keuzes



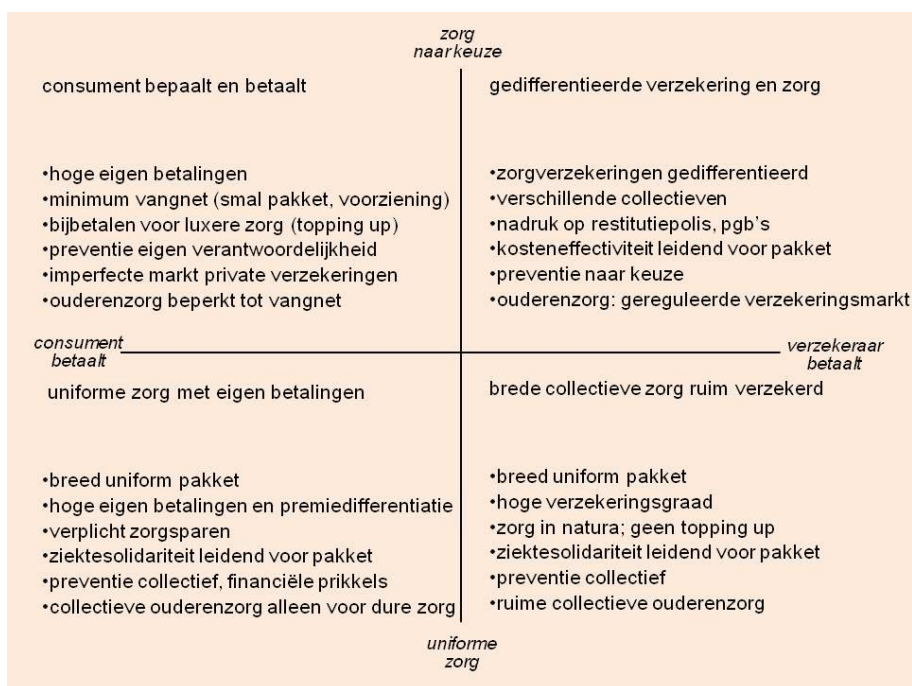
De toekomst. De omgeving verandert. Welke keuzes worden gemaakt, hangt nauw samen met de toekomstige ontwikkelingen in de zorg en de maatschappij. Zorg wordt steeds belangrijker; de toekomstige zorgconsument besteedt een groter deel van zijn inkomen aan zorg. Dat is goed besteed, omdat gezondheid belangrijk is en de medische technologie steeds meer mogelijkheden biedt (Pomp 2010). Met het inkomen stijgt ook de vraag naar betere en luxe zorg. Tussen nu en 2040 zullen de inkomens volgens de in Van Ewijk et al. (2013, hoofdstuk 2) geschetste scenario's met 60 procent toenemen; de individuele zorguitgaven verdubbelen in het trendmatige scenario en verdrievoudigen zelfs in het hoge scenario. Deze scenario's dienen als achtergrond bij de hier te schetsen werelden voor de toekomstige zorg.

Ook de maatschappij verandert. De toekomstige zorgconsument is goed opgeleid en goed geïnformeerd. De gemiddelde opleidingsgraad van de bevolking neemt toe; van bijvoorbeeld de huidige 60-jarigen heeft 30% alleen basisschool of vmbo, terwijl dat nog maar om 12% gaat in 2040; het aandeel met een hbo/wo-opleiding stijgt in diezelfde periode van 26% tot 42%. De toekomstige zorgconsument raakt bovendien steeds beter geïnformeerd. De informatierevolutie in de zorg geeft de consument inzicht in de eigen gezondheid, maar ook in alle mogelijkheden van de medische technologie. Het wordt transparant welke aanbieders er zijn en wie welke kwaliteit biedt. Nu al ontstaan er websites met

klantbeoordelingen van artsen, fysiotherapeuten, ziekenhuizen en andere zorgaanbieders. Het onlangs opgerichte 'Kwaliteitsinstituut' zet zich in om de kwaliteitmeting verder te verbeteren.⁶

Een steeds beter geïnformeerde Nederlandse bevolking zal de kennis benutten om de eigen gezondheid te bewaken en kritisch te kiezen uit het brede aanbod van zorgaanbieders. Meer dan nu zal de spreekkamer een plaats worden waar consument en arts niet alleen over de behandeling spreken, maar ook over de keuze van de aanbieder en - afhankelijk van het stelsel - de kosten van de behandeling.

Figuur 5 Vier werelden voor preventie, genezing en langdurige zorg



Economische effecten samengevat. Ieder van de vier werelden biedt een plausibel en consistent beeld voor de toekomst, maar wel met duidelijk andere uitkomsten. Wij kijken naar de uitkomsten op de volgende vier kenmerken:

- Financiële zekerheid bij ziekte en gebrek (risicosolidariteit);
- Afstemming van zorg op voorkeuren (allocatieve efficiëntie);
- Gelijkheid in zorg (zorgsolidariteit);
- Werkgelegenheid en bbp (bij huidige mix van nominale en inkomensafhankelijke premies).

Tabel 1 geeft een overzicht van de kwalitatieve scores van de alternatieve werelden. De scores zijn af te leiden uit de positie in de vier kwadranten van het

⁶ De mate waarin de mogelijkheden voor eigen regie toenemen is onzeker, omdat ook de hoeveelheid kennis en de specialisatiegraad in de medische wetenschap toeneemt.

assenstelsel; het gaat om de relatieve scores ten opzichte van elkaar (gemeten ten opzichte van het middenpunt waar de twee assen elkaar snijden). Het spreekt voor zich dat tal van andere aspecten ook van belang zijn, zoals de kwaliteit van de zorg, het effect op gezondheid en de omvang van de totale zorguitgaven. Het is mogelijk om de scenario's verder in te vullen; dat gaat echter te ver voor deze studie. Wij beperken ons hier tot de vier kenmerken die samenhangen met de assen van het diagram.

Tabel 1 Vier werelden beoordeeld op vier kenmerken

	Financiële zekerheid (waarde van verzekering)	Afstemmen op voorkeuren (allocatieve efficiëntie)	Gelijkheid in zorg	Werkgelegenheid en bbp
I - Brede collectieve zorg, ruim verzekerd	+	-	+	-
II - Uniforme zorg met eigen betalingen	-	-	+/-	+/-
III - Consument betaalt en bepaalt	-	+/-	-	+
IV - Gedifferentieerde verzekering en zorg	+	+	-	+/-

In wereld *I - Brede collectieve zorg, ruim verzekerd* - staan een hoge verzekeringsgraad en solidariteit in de zorg voorop. Dit scenario scoort daarom zeer goed op financiële zekerheid en gelijke kansen op zorg en gezondheid. De keerzijde is dat de prikkels voor efficiëntie kleiner zijn en de zorg minder goed is afgestemd op de voorkeuren. Daarom is de score op allocatieve efficiëntie laag. Het hoge niveau van inkomensafhankelijke premies, of belastingtarieven, ontmoedigt het arbeidsaanbod en remt de economische groei.

Wereld *II - Collectieve zorg met eigen betalingen* - handhaaft de uniformiteit in de zorg, maar legt meer financiële risico's bij de consument. De financiële zekerheid neemt hierdoor af. De score op gelijkheid is onzeker; het pakket is wel voor iedereen hetzelfde, maar het eigen risico kan een belemmering zijn voor toegang tot de zorg. Ook de score op bbp is onzeker; enerzijds remmen de eigen betalingen het gebruik af en daardoor zijn premies lager, anderzijds is het pakket in deze wereld breed, wat de premie juist hoger maakt.

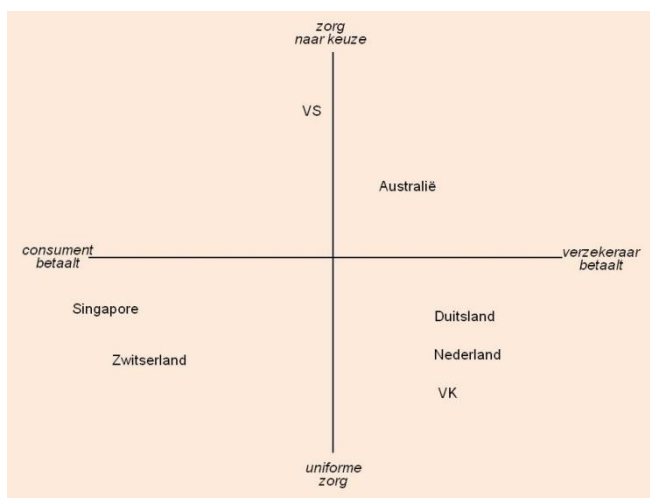
In wereld *III - Consument betaalt en bepaalt* -, wordt de gelijkheid in de zorg losgelaten. Ook de financiële zekerheid is laag door gebrek aan verzekeringen. De premies zijn laag wat een gunstig effect heeft op de werkgelegenheid. Voor de allocatieve efficiëntie is het beeld gemengd; enerzijds is er meer keuzevrijheid waardoor de zorg op de voorkeuren kan worden afgestemd; anderzijds gooit een imperfecte verzekeringsmarkt roet in het eten, waardoor velen niet de verzekering kunnen krijgen die ze zouden willen.

Wereld IV - *Gedifferentieerde verzekering en zorg* - kiest voor allocatieve efficiëntie boven gelijkheid in de zorg. Tegelijkertijd worden de financiële risico's beperkt door verzekeringen per groep te organiseren. Door die differentiatie in verzekerde zorg wordt het versturende effect van inkomensafhankelijke premies op het arbeidsaanbod en het bbp voorkomen. Wel is de prikkel tot uitgavenbeperking in de zorg kleiner waardoor dit positieve effect weer –voor een deel– verloren kan gaan.

5 Alternatieve verzekeringsstelsels: internationale vergelijking

In de wereld om ons heen zien wij een grote diversiteit aan zorgstelsels. Wij zien ook dat verschillende keuzes worden gemaakt bij het verzekeren van de curatieve zorg en het verzekeren van de ouderenzorg. Daarbij is het mogelijk dat bij de curatieve zorg voor een sterk collectief stelsel wordt gekozen, terwijl de ouderenzorg aan de eigen verantwoordelijkheid van de consument wordt overgelaten.

Figuur 6 Verzekering van curatieve zorg, internationaal vergeleken



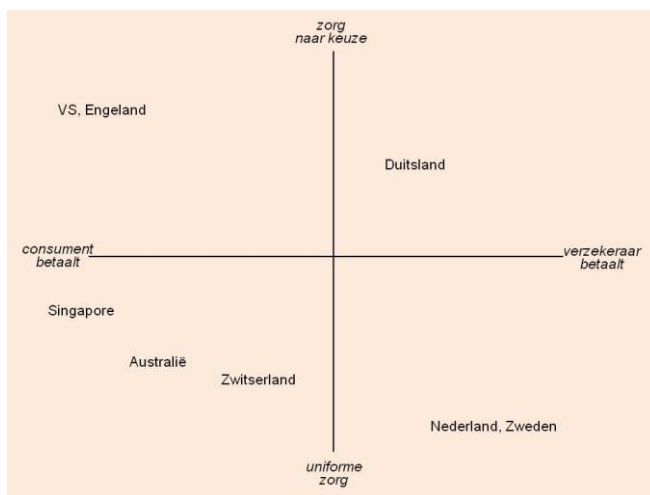
Curatieve zorg. Figuur 6 schetst welke keuzes diverse landen hebben gemaakt voor de curatieve zorg. Het is een momentopname, want het landschap is voortdurend in beweging. Omdat de Zvw een brede basisverzekering voor iedereen is, past het Nederlandse stelsel, net als dat van Duitsland en Engeland, in het kwadrant rechtsonder. De uniformiteit van zorg is in Engeland iets groter, omdat patiënten binnen de NHS minder keus hebben dan binnen de Zvw.

Het Zwitserse stelsel lijkt heel sterk op het Nederlandse, met één uitzondering: het eigen risico. Het wettelijk eigen risico bedraagt CHF 300. Daar bovenop betaalt men 10% van de medische kosten tot een maximum van CHF 700 op jaarbasis.

Samen is dat CHF 1000, oftewel 815 euro. Daar komen dan nog enkele specifieke eigen betalingen bij voor ziekenhuisverblijf en geneesmiddelen. In het stelsel van Singapore speelt zorgsparen, Medisave, een belangrijke rol. Daardoor is de zorgverzekering beperkt tot een verzekering voor zeer grote risico's (Medishield) en een vangnetvoorziening (Medifund). Dit plaatst Singapore links op de as van risicosolidariteit.

De Verenigde Staten en Australië zijn voorbeelden van landen met meer differentiatie in het voorzieningenniveau. Australië heeft als aanvulling op de basisvoorziening Medicare een systeem van gereguleerde particuliere verzekeringen. De aanvullende verzekeringen garanderen een snellere en kwalitatief betere behandeling in private ziekenhuizen. De particuliere verzekeraars hebben een acceptatieplicht en ze mogen geen onderscheid maken naar persoonskenmerken, zoals gezondheid. De premies worden met 30% gesubsidieerd. Mensen met een hoog inkomen die er voor kiezen zich niet aanvullend te verzekeren, betalen een boeteopslag op de Medicare-premie. Ook de VS kent met Medicare, Medicaid en het Veterans Program een omvangrijke publieke regeling. De private verzekeringen via werkgevers worden gesubsidieerd in de zin dat de premies aftrekbaar zijn voor de belastingen, een lichte vorm van regulering. De risicosolidariteit was tot 2013 laag, gezien het grote aantal onverzekerden en onderverzekerden en gezien het feit dat particuliere verzekeraars uitgebreid aan risicoselectie doen. Obamacare brengt daar verandering in. Vrijwel alle Amerikanen worden verplicht om een verzekering af te sluiten, of anders een boete te betalen. Een grotere groep gaat onder Medicaid vallen. Bovendien neemt de regulering van private verzekeringen toe. Er komt een mogelijkheid om via zogeheten *exchanges* met subsidie een verzekering te kopen. Deze mogelijkheid is vooral bedoeld voor mensen die geen verzekering via hun werkgever hebben. De subsidies zijn beschikbaar voor Amerikanen met een inkomen tot 400% van de armoedegrens. Verder komen er tijdelijke belastingvoordelen voor kleine ondernemingen voor het aanbieden van een zorgverzekering aan hun werknemers.

Ouderenzorg. De verzekeringsgraad ligt bij de ouderen zorg in de meeste landen veel lager dan bij de curatieve zorg. Dit is opvallend, omdat juist voor ouderen zorg de kosten heel onzeker, maar ook heel hoog kunnen zijn; de waarde van het verzekeren van ouderen zorg is dan ook hoog. De belangrijkste verklaring voor dit verschil is dat in veel landen ouderen zorg niet verzekerd is via collectieve regelingen, maar dat een groot beroep wordt gedaan op de kinderen, financieel of in de vorm van verzorging. Daarnaast speelt een rol dat er de nodige imperfecties zijn op de verzekeringsmarkt voor ouderen zorg. Brown en Finkelstein (2007) wijden daar een uitgebreide analyse aan.

Figuur 7 Verzekering van de ouderenzorg internationaal vergeleken

Nederland en Zweden hebben een omvangrijke basisvoorziening voor de ouderenzorg. Dat komt onder andere doordat Nederland meer dan andere landen gebruik maakt van intramurale voorzieningen waarbij de uniforme wooncomponent is meeverzekerd. Landen als Zwitserland en Australië hebben ook een brede basisvoorziening, maar de eigen betalingen zijn dermate hoog dat de kinderen moeten bijdragen. Deze landen staan daarom links op de as van risicosolidariteit. De hoge eigen bijdragen in Singapore worden, net als in de curatieve zorg, afgedwongen door Medisave, het verplichte systeem van zorgsparen dat ook van toepassing is op familieleden. Het Amerikaanse en Engelse systeem van ouderenzorg beperkt zich tot een elementaire vangnetvoorziening. Mensen die niet in aanmerking komen voor de vangnetvoorziening, moeten hun ouderenzorg helemaal zelf regelen. Zowel de zorgsolidariteit als de risicosolidariteit zijn laag, zodat beide landen linksboven in figuur 7 zijn gepositioneerd. In Duitsland garanderen de gemeenten een vangnetvoorziening en verschaft de *Pflegeversicherung* bij ernstige hulpbehoevendheid een persoonsvolgend budget. Door deze specifieke uitkeringsvorm hebben de gebruikers een grote mate van autonomie in de besteding.

Private ouderenzorgverzekeringen spelen geen grote rol van betekenis, omdat het marktfaalen te groot is. Afgezien van Duitsland is ook nergens sprake van overheidsregulering van de private ouderenzorgverzekeringen om de marktfaalens te corrigeren. Dat is opmerkelijk, omdat veel mensen baat zouden hebben van een goed georganiseerde markt voor private verzekeringen voor ouderenzorg. Of wellicht semi-private verzekeringen, vergelijkbaar met onze aanvullende pensioenen.

6 Conclusie

Hoe de zorg er in de toekomst uit ziet is niet te zeggen, maar dat de zorg gaat veranderen, is zeker. De voortdurende stijging van het aandeel van de collectieve zorg in het nationaal inkomen vereist fundamentele keuzes over de inrichting en de financiering van de zorg. De toekomstige consument is kritisch, goed opgeleid en beschikt over veel informatie over de mogelijkheden en kwaliteit van de zorg, in binnen- en buitenland. Tegelijkertijd zullen verschillen in gezondheid blijven bestaan, niet alleen tussen mensen met meer geluk in gezondheid en mensen met minder geluk, maar ook door ongelijke kansen voor mensen met lagere inkomens en met hogere inkomens. De verschillen in gezondheid zullen niet vanzelf verdwijnen en vereisen actief beleid, afhankelijk van de mate van solidariteit en maakbaarheid van de samenleving.

De zorg staat voor -ten minste- twee fundamentele keuzes. Ten eerste de afweging tussen het ideaal van gelijkheid in de zorg (zorgsolidariteit) en de wens om zorg af te stemmen op individuele voorkeuren. Ten tweede de afweging tussen de wens tot verzekeren (risicosolidariteit) en het streven om onnodig gebruik van zorg af te remmen. Deze twee fundamentele dimensies leiden tot vier mogelijke scenario's of werelden. Ieder van die werelden geeft een plausibel beeld van de toekomstige zorg.

De werelden verschillen echter wel in robuustheid; een snelle uitgavenstijging door nieuwe medische technologie kan eenvoudiger worden opvangen in een wereld waarin meer verantwoordelijkheid ligt bij de consument en waarin de zorg aansluit bij de individuele voorkeuren. De wereld met een sterk collectieve invulling van de zorg heeft meer last van de stijgende prijs van solidariteit dan een wereld waarbij de zorg aansluit bij de individuele voorkeuren. Keuzevrijheid helpt om dat laatste te bereiken, maar kan op gespannen voet staan met een goed werkende verzekeringsmarkt. Inrichting van de zorg in de toekomst vereist daarom maatwerk, afhankelijk van de maatschappelijke voorkeuren en economische omstandigheden.

Auteurs

Paul Besseling (besseling@cpb.nl) is als Programmaleider Zorg verbonden aan het Centraal Planbureau. Casper van Ewijk (c.vanewijk@uva.nl) is hoogleraar macro-economie aan de Universiteit van Amsterdam en algemeen directeur van Netspar, Network for Studies on Pensions, Ageing and Retirement.

Literatuur

- Brown, J.R., en A. Finkelstein, 2007, Why is the market for long-term care insurance so small?, *Journal of Public Economics*, vol. 91: 1967-91.
- Chandra, A., J. Holmes en J. Skinner, 2013, Is This Time Different? The Slowdown in Healthcare Spending, Fall 2013 Brookings Panel on Economic Activity.
- Costa-Font, J., M. Gemmill en G. Rubert, 2011, Biases in the healthcare luxury good hypothesis?: A meta-regression analysis, *Journal of the Royal Statistical Society*, vol. 174(1): 95-107.
- Currie, J., en F. Gahvari, 2008, Transfers in Cash and In-Kind: Theory Meets the Data, *Journal of Economic Literature*, vol. 46(2): 333-83.
- Dworkin, R., 1993, Justice in the distribution of health care, *McGill Law Journal*, vol. 38(4): 883-98.
- Ewijk, C. van, P.J. Besseling en A. van der Horst, 2013, Toekomst voor de Zorg, Centraal Planbureau, Den Haag.
- Finkelstein, A., E. Luttmer, M. Notowidigdo, 2008, What good is wealth without health? The effect of health on the marginal utility of consumption, NBER Working Paper 14089.
- Fleurbaey, M. en E. Schokkaert, 2012, Equity in Health and Health Care, in: M. Pauly, T. McGuire en P. Barros (eds), *Handbook of Health Economics*, 1003-1092, Elsevier.
- Kraus, M., M. Riedel, E. Mot, P. Willemé, G. Röhring en T. Czypionka, 2010, A Typology of Long-Term Care Systems in Europe, ENEPRI Research Report 91, CEPS, Brussel, augustus.
- OESO, 2006, Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?, Economics Department Working Paper 477.
- OESO, 2011, Health at a glance 2011, OECD Publishing.
- Pomp, M., 2010, Een beter Nederland, Uitgeverij Balans, Amsterdam.
- Thomson, S. en E. Mossialos, 2009, Private health insurance in the European Union, Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, LSE Health and Social Care.

Geen wonderkuur voor de zorgexplosie

Maar is de patiënt wel zo ziek?

Marc Pomp

Al minstens veertig jaar verkondigen beleidsmakers dat de stijging van de collectieve zorguitgaven onhoudbaar is. In werkelijkheid is er geen reden voor bezorgdheid. Internationaal gezien zijn de uitgaven in de curatieve zorg niet hoger dan gemiddeld. Claims dat er miljardenbesparingen mogelijk zijn zonder verlies aan kwaliteit en toegankelijk zijn ongefundeerd. Bovendien bevat het Nederlandse stelsel in de curatieve zorg sterke doelmatigheidsprikkels die ook steeds beter werken. In de langdurige zorg is Nederland internationaal gezien wel een geval apart: we hebben de langdurige zorg verregaand gecollectiveerd. Door recente beleidsmaatregelen zal Nederland wat dit betreft opschuiven naar het internationale gemiddelde. Het beleid bij curatieve zorg en langdurige zorg dient zich te richten op het verder verbeteren van de prikkels in de zorg.

1 Hoe ziek is de patiënt

Meer dan 80% van de Nederlanders maakt zich zorgen over de groei van de zorguitgaven (*NRC Handelsblad* 31-8-2013). Stijgende zorguitgaven staan volgens diezelfde peiling zelfs op plaats drie van de belangrijkste angsten van 'de' Nederlander. Tegen deze achtergrond lijkt de bezorgdheid in beleidskringen over stijgende zorguitgaven volstrekt terecht. Of ligt de causaliteit omgekeerd? Onze politici dragen al decennialang jaren de boodschap uit dat de zorguitgaven veel te snel stijgen. Zo schreef toenmalig staatssecretaris Jo Hendriks veertig jaar geleden al in de Structuurnota Gezondheidszorg:

“Evenals in andere landen is er ook in ons land grote ongerustheid ontstaan over de sterke stijging van de kosten van de gezondheidszorg. In 1968 bedroegen de totale kosten van de gezondheidszorg rond 5 mld. gulden, hetgeen overeenkomt met 5,5 pet. van het nationaal inkomen; voor het jaar 1972 worden deze kosten geraamd op rond 10 mld. gulden of wel 6,7 pet. van het nationaal inkomen. Ofschoon er voor deze kostenstijging vele verklaarbare redenen bestaan is het, mede met het oog op de afweging ten opzichte van andere behoeften, van groot belang te kunnen beschikken over instrumenten om de kostenontwikkeling te beheersen.” (p. 7)¹

¹ Structuurnota Gezondheidszorg 1973-1974, te lezen op <http://www.kenniscentrumhistoriezorgverzekeraars.nl>

In de veertig jaar sinds de Structuurnota zijn de zorguitgaven flink blijven groeien. Het aandeel van de collectieve zorguitgaven in het bbp is volgens het CPB zo'n 11%.² Staatssecretaris Hendriks zou in 1973 dit ongetwijfeld als een rampscenario hebben bestempeld. Maar zo kijken we er heden ten dage niet tegenaan. Het is nog steeds de groei, niet het niveau, die onze beleidsmakers kopzorgen oplevert. Zie bijvoorbeeld het rapport van de Taskforce Beheersing Zorguitgaven, geschreven door een commissie van topambtenaren:

“De stijging van de collectieve uitgaven drijft de premies en belastingen op, waardoor werken minder gaat lonen, de concurrentiepositie verslechtert en het draagvlak voor solidariteit wordt uitgehold. Zo heeft het CPB berekend dat met het groeitempo van 2001-2010 de collectieve zorguitgaven in 2040 meer dan een kwart van het BBP bedragen. Tweeverdieners met een verzameinkomen van anderhalf keer modaal betalen dan grofweg de helft van het inkomen aan zorgpremies. Voortzetting van de huidige groei van de zorguitgaven leidt bovendien tot vergaande verdringing van andere overheidsbestedingen. Deze ontwikkelingen zijn onhoudbaar.” (Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012, p. 4)

De zorgquote voor de collectieve zorguitgaven van meer dan 25% die de Task Force noemt, volgt uit een extrapolatie van de groei in de periode 2001-2010. De groei van de collectieve zorguitgaven was in deze periode met 5% (reëel) echter veel hoger dan in de jaren ervoor, zoals het CPB zelf ook constateert in het Centraal Economisch Plan 2012:

“In de periode 2007-2011 zijn de reële collectieve zorguitgaven met 5% per jaar gestegen. Dat is iets sneller dan in de periode 2001-2005 en veel sneller dan in de jaren daarvoor.”

Het CPB gaat voor de komende jaren uit van een reële groei van de collectieve zorguitgaven van 3%. De meest recente realisatiecijfers liggen hier nog onder. In de recente studie *Toekomst voor de Zorg* van het CPB staan twee scenario's voor de groei van de zorguitgaven. In het ene scenario stijgt de collectieve zorgquote van 10,9 procent in 2010 tot 25,4 procent in 2040. In het andere scenario stijgt de collectieve zorgquote tot 18,4 procent in 2040. Het eerste scenario is gebaseerd op extrapolatie van de hoge groei in de periode 2001-2010. Het CPB vindt dit zelf voor de komende jaren kennelijk onrealistisch hoog. De achterliggende CPB-notitie, waar *Toekomst voor de Zorg* naar verwijst, bevat overigens maar liefst 8 scenario's (Van der Horst et al. 2011). Het hogegroei-scenario in *Toekomst voor de Zorg* is binnen deze acht scenario's een opwaartse uitschieter. In het scenario met

² Hierin zitten niet het eigen risico, de eigen bijdragen en de aanvullende verzekering. Dit in afwijking van het CBS dat dan ook veel hoger uitkomt, op ongeveer 15% van bbp. Het CBS hanteert bovendien een zeer ruime definitie van zorg, die ook kinderopvang en andere vormen van welzijn omvatten.

de op een na hoogste groei ligt de collectieve zorgquote in 2040 al veel lager (20,9%), in alle andere anders scenario's (ruim) onder de 20%. Ter vergelijking: de OESO komt voor ons land op een collectieve zorgquote van 16,4% van het bbp in 2060 in het scenario met de hoogste uitgavengroei (de la Maisonneuve en Oliveira Martins 2013).

Zou de steeds maar herhaalde mantra van onhoudbare uitgavengroei de angst onder de burgers hebben veroorzaakt?³ Ik concludeer dat de veelgehoorde stelling 'de stijging van de zorguitgaven is onhoudbaar' onbewezen is. Het is natuurlijk waar dat in alle scenario's de collectieve zorguitgaven stijgen. Het is ook waar dat deze stijging alleen valt te financieren door belastingen en premies te verhogen (met ongunstige gevolgen voor de economie), of door het mes te zetten in andere collectieve uitgaven. Maar dat is nog geen reden om de stijging als een probleem te zien. Waar het om gaat is dat de maatschappelijk baten van de extra zorg de maatschappelijke kosten moeten overtreffen. Zolang dat het geval is, leidt de stijging van de zorguitgaven tot welvaartswinst en is het onwenselijk botte instrumenten in te zetten om de zorguitgaven af te remmen. Voorbeelden van botte instrumenten zijn budgettering, hoge eigen bijdragen, uitkleden van het basispakket of zelfs nationalisering van de zorg. Zolang de patiënt niet doodziek is, hoeven we niet naar dit soort paardenmiddelen te grijpen. De vraag moet dus luiden of de maatschappelijke baten van extra zorguitgaven de kosten overtreffen. Later in dit artikel ga ik hier nader op in.

2 Curatieve zorg en langdurige zorg

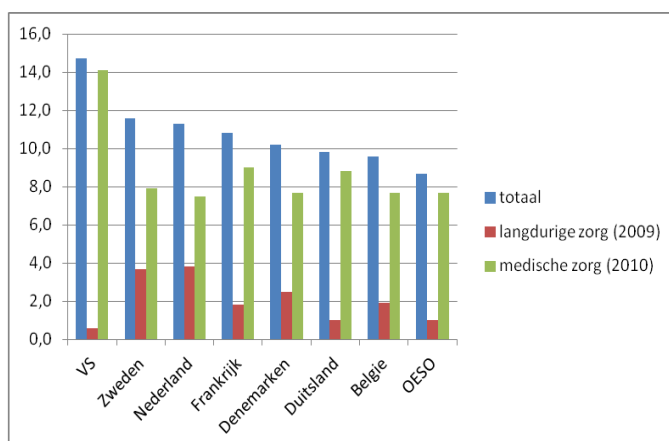
Voor een nadere diagnose van de stijgende zorguitgaven is het van belang onderscheid te maken tussen de curatieve zorg (ziekenhuiszorg, huisartsen en geneesmiddelen) en de langdurige zorg (ouderenzorg, gehandicaptenzorg), en wel om twee redenen. Allereerst geven we in vergelijking met het buitenland relatief weinig uit aan de medische zorg (de curatieve zorg) en juist veel aan de langdurige zorg (de 'care'). Onderstaande grafiek brengt dit in beeld.

In de tweede plaats is in de curatieve zorg de laatste jaren veel werk gemaakt van *getting the incentives right*. Zorgverzekeraars zijn inmiddels voor een groot deel van de curatieve zorg risicodragend. Zij zijn hierdoor scherper gaan inkopen. Het meest overtuigende voorbeeld betreft geneesmiddelen. Het zogenoemde preferentiebeleid van zorgverzekeraars heeft geleid tot een overdracht van 0,6 miljard van apothekers naar consumenten (Visser en Boonen 2013).⁴ Daarnaast zijn zorgverzekeraars gaan experimenteren met contracten die zorgaanbieders

³ De zorgquote van 25% in 2040 die de Task Force noemt, blijft trouwens nog achter bij de 31% die het Centraal Planbureau noemt als bovengrens in de recente studie Toekomst voor de zorg (2013). Het CPB schrijft: "Het aandeel van de zorg in het bbp nam toe van 9% in 2000 tot 13% in 2012. Wanneer de zorguitgaven in hetzelfde hoge tempo blijven groeien, neemt het aandeel in het bbp toe tot 31% in 2040." Het CPB doelt hier op de totale zorguitgaven, collectief en privaat.

belonen voor verlaging van de kosten. Een voorbeeld zijn de aanneemsommen die een aantal zorgverzekeraars met ingang van 1 januari 2012 heeft afgesproken met ziekenhuizen. De aanneemsommen per ziekenhuis werden doorgaans gebaseerd op een verwachte omzetgroei van 2,5% ten opzichte van een basisjaar. De feitelijke omzetgroei in de ziekenhuiszorg lijkt in 2012 juist te zijn gedaald (volgens voorlopige ramingen, definitieve omzetcijfers van ziekenhuizen over 2012 zijn pas in 2014 beschikbaar). Het is gissen naar de precieze oorzaak van deze daling. Mogelijk speelt het gestegen eigen risico een rol, of de economische recessie. Maar ook de aanneemsommen kunnen een belangrijke rol hebben gespeeld. Misschien komen we daar de komende jaren achter. Zorgverzekeraar Achmea heeft inmiddels aangekondigd vanaf 2014 geen aanneemsommen meer af te zullen sluiten. Het valt te bezien of dit een wijs besluit is (andere verzekeraars zijn in 2014 wel doorgegaan met aanneemsommen). Immers, als de aanneemsommen een belangrijke oorzaak zijn van de gematigde omzetontwikkeling in ziekenhuizen, dan zal na afschaffing de ziekenhuisomzet weer gaan groeien. Maar wellicht is dit te pessimistisch en weet de zorgverzekeraar andere slimme contracten met een ingebouwde omzetrems af te sluiten.

Figuur 1 Zorguitgaven in % bbp



Bron: CPB, Toekomst voor de Zorg, 2013; het CPB baseert zich op OESO-cijfers.

Ook de recente initiatieven op het terrein van populatiebekostiging bevatten een sterke prikkel tot kostenverlaging. Populatiebekostiging staat in de steigers in een aantal regio's waaronder Eindhoven, Maastricht en Alkmaar. In deze regio's krijgen zorggroepen in de eerste lijn (soms samen met een ziekenhuis) een 'budget' voor de zorg in de eerste en de tweede lijn. 'Budget' tussen aanhalingstekens, omdat in de praktijk niet gewerkt wordt met een echt budget, maar met *shared savings* ten opzichte van een geraamde uitgaventrend. De deelnemende zorgaanbieders mogen een deel (doorgaans een derde) van de gerealiseerde besparingen houden. Populatiebekostiging bevat een sterke prikkel tot kostenbeheersing. Immers, als zorgaanbieders erin slagen minder uit te geven dan het budget, dan levert dit extra inkomen op.

Hoe effectief deze contracten zijn in het beheersen van de zorguitgaven zonder verlies aan kwaliteit of toegankelijkheid zal de komende jaren moeten blijken. Buitenlandse ervaringen zijn niet onverdeeld positief. Een van de best onderzochte buitenlandse voorbeelden van betalen voor gezondheidswinst is het Alternative Quality Contract (AQC) in Massachusetts. In het AQC krijgen zorgaanbieders financieel belang bij het beperken van de zorgkosten en bij het verbeteren van de kwaliteit. Het AIQ wordt vaak aangehaald als voorbeeld van een succesvol nieuwe contract van betalen voor gezondheidswinst (zie bijvoorbeeld het *Financieele Dagblad* van 5-2-2014). Het evaluatie-onderzoek van Song et al. (2012) laat echter zien dat de uitgaven voor de zorgverzekeraar waarschijnlijk zijn gestegen.

Een andere innovatie op het terrein van zorgcontractering is betalen voor gezondheidswinst, ook wel aangeduid als Pay for Performance (P4P). Zo pleit McKinsey, op basis van een serie vraaggesprekken met Nederlandse beleidsmakers in de zorg voor ‘Rewarding health benefits instead of volume’ (McKinsey 2013). Zorgaanbieders zouden betaald moeten worden op basis van de gezondheidswinst van hun patiënten, of op basis van het voorkómen van zorgvraag. In de praktijk blijkt gezondheidswinst echter (nog) niet goed gemeten te kunnen worden. Het ideaal van betalen voor gezondheidswinst is daarom (nog) niet haalbaar (Pomp 2010). Bestaande P4P-contracten werken dan ook vooral met procesindicatoren en intermediaire uitkomsten zoals het voorkomen van onnodige heropnames.⁵

Deze kanttekeningen laten onverlet dat slimme contracten de zorg beter en goedkoper kunnen maken. De kunst bij het vormgeven van dergelijke contracten is zorgaanbieders te prikkelen tot kostenbeheersing zonder dat de kwaliteit en toegankelijkheid in het gedrang komen. Dat is de heilige graal van de gezondheidseconomie. Die heilige graal vinden we alleen via goed vormgegeven en goed geëvalueerde experimenten. Want als we niet goed meten wat de effecten zijn, komen we er nooit achter wat werkt en wat niet werkt.

In de langdurige zorg staan we wat betreft risicodragende zorginkoop pas aan het begin. Voor het deel van de langdurige zorg dat wordt uitgevoerd door gemeenten in het kader van de WMO zijn we het verst gevorderd. Gemeenten lopen risico in de WMO in de zin dat overschrijdingen van het normbudget ten laste komen van de eigen begroting. Blijven de WMO-uitgaven achter bij het normbudget, dan staat het de gemeente vrij om deze middelen aan te wenden voor andere gemeentelijke taken. De ervaringen tot dusverre wijzen uit dat dit gemeenten aanzet tot kostenbesparingen. Bijvoorbeeld door de noodzaak van dure hulpmiddelen, zoals de scootmobiel nog eens kritisch tegen het licht te houden, en door de thuiszorg aan te besteden.

In de rest van de langdurige zorg – grotendeels gefinancierd uit de AWBZ – kennen we nog geen risicodragende inkoop. Zorgverzekeraars treden via

⁵ Bij diabetes, de aandoening waarbij de meeste ervaring is opgedaan met P4P, wordt vaak de HbA1c-waarde als prestatie-indicator gebruikt, maar dit is niet onomstreden. Een lagere HbA1c-waarde kan vaak wel bereikt worden door een bepaalde keuze van geneesmiddelen, maar tegelijkertijd neemt dan de kans op een zogeheten hypo toe. Een dergelijke uitruil van prestatie-indicatoren maakt het ontwerpen van een goed P4P-systeem extra ingewikkeld.

zorgkantoren op als inkoper, maar lopen geen risico over de schadelast. Een voorbeeld van wat er misgaat in een dergelijke setting betreft de indicatiestelling. De afgelopen jaren is het aantal en de zwaarte van de indicaties in de AWBZ sterk toegenomen (Centraal Planbureau 2013, p. 49). De directe oorzaak is waarschijnlijk een verandering in de bekostiging in 2010 waardoor zorginstellingen er een financieel belang bij hebben dat alle bewoners een zo zwaar mogelijke indicatie hebben. Bovendien mogen zorgaanbieders sinds begin 2010 voor bepaalde cliëntgroepen zelf herindicaties afgeven. Maar de indirecte oorzaak is het ontbreken van een kostenbewuste inkoper. Countervailing power van risicodragende zorginkopers had een rem kunnen zetten op de indicatie-inflatie.

De komende jaren wordt een groot deel van de AWBZ overgeheveld naar gemeenten en zorgverzekeraars, die hierover ook risico gaan lopen. Volgens de kabinetsplannen blijft er alleen een landelijke regeling over voor de intramurale zorg. Met deze hervorming van de langdurige zorg worden belangrijke stappen gezet richting *getting the incentives right*. Succes is echter niet verzekerd. Net als in de curatieve zorg kan een sterke prikkel om de uitgaven te beheersen ten koste gaan van kwaliteit en toegankelijkheid. Bij overheveling naar verzekeraars is dit risico kleiner dan bij overheveling naar gemeenten, omdat voor verzekeraars een zorgplicht geldt voor een duidelijk omschreven pakket zorg, terwijl voor gemeenten slechts sprake is van een vrij algemeen geformuleerde compensatieplicht. Overheveling naar verzekeraars stelt echter strengere eisen aan het verdeelmodel, omdat verzekeraars gemakkelijker onaantrekkelijke verzekerde kunnen weigeren dan gemeenten (Koopman en Pomp 2013). Ook is er een gevaar dat risicodragende inkopers in de extramurale zorg kosten zullen afwentelen op het resterende AWBZ, bijvoorbeeld door ouderen te snel naar een verpleeghuis te sturen.

Volgt uit de combinatie van relatief hoge uitgaven in de langdurige zorg en de vooralsnog zwakke prikkels tot uitgavenbeheersing in de langdurige zorg, dat de belangrijkste kansen voor het afremmen van de zorguitgaven liggen in de langdurige zorg? Hierop past een genuanceerd antwoord. Volgens sommigen is de mate waarin de langdurige zorg in Nederland collectief is geregeld te verdoorgesloten. Ik kom hier nog op terug. Verkleining van het pakket en vermindering van de aanspraken zijn dan de geëigende beleidsreacties. Maar als de vraag is waar veel doelmatigheidswinst is te halen, in de langdurige zorg of de curatieve zorg, dan is het eerlijke antwoord dat we dit niet weten. Zoals zal blijken hebben we geen goed beeld van de omvang van de potentiële doelmatigheidswinst, noch in de curatieve zorg noch in de langdurige zorg.

3 Is een extra rem op de zorguitgaven nodig?

Dat de zorguitgaven stijgen is op zichzelf geen goede reden om die groei af te remmen. Stijgende collectieve zorguitgaven zijn geen probleem zolang de extra uitgaven genoeg opleveren, in de vorm van gezondheid en welzijn of hogere

productiviteit. De curatieve zorg bevat bovendien al een reeks mechanismen die eraan bijdragen dat aan deze voorwaarde wordt voldaan: de huisarts als poortwachter, risicodragende zorgverzekeraars en *last but not least* een terughoudende zorgcultuur.⁶ In de langdurige zorg leunen we nog vooral op ouderwetse budgettering, maar ook hierin komt de komende jaren verandering met de overheveling van taken naar gemeenten en zorgverzekeraars.

Alleen in de volgende situaties leidt een goed geplaatste extra rem op de zorguitgaven tot welvaartswinst:

1. Als extra zorguitgaven onvoldoende baten opleveren.
2. Als er ruimte is voor kwaliteitsverbetering bij constante of zelfs lagere kosten.
3. Als sprake is van verspilling of ondoelmatigheid (onnodig volume, onnodige kosten).
4. Als sprake is van onnodig hoge prijzen, tarieven en honoraria (onnodige prijs).
5. Als we doorgeschoten zijn in het verplicht verzekeren van zorg.
6. Als we doorgeschoten zijn in de verplichte solidariteit in de zorg.

In de volgende paragrafen ga ik na in hoeverre deze situaties van toepassing zijn op de Nederlandse gezondheidszorg.

Te weinig gezondheidswinst per euro? Wat heeft de stijging van de zorguitgaven ons de afgelopen tien jaar opgeleverd? De eerder geciteerde Taskforce stelt hierover (zonder onderbouwing): “De marginale baten van meer zorg dalen al enkele decennia.” Een recente analyse van Mackenbach et al. (2012) komt tot de tegenovergestelde conclusie. Zij concluderen dat de stijging van de levensverwachting tussen 2002 en 2008 met bijna twee jaar (van 76,0 tot 78,3 jaar onder mannen en van 80,7 tot 82,3 jaar onder vrouwen) waarschijnlijk op het conto komt van de extra zorguitgaven:

“Onze bevindingen suggereren dat de snelle toename van de levensverwachting in Nederland sinds 2002 ten minste gedeeltelijk het gevolg was van een toename van gezondheidszorg voor ouderen en werd gefaciliteerd door het loslaten van budgettaire beperkingen in de gezondheidszorg.” (Mackenbach et al., 2012).

Maar levert alle zorg die nu in het pakket voldoende gezondheidswinst op per euro? Die vraag kunnen we pas beantwoorden als we eerst hebben vastgesteld wat gezondheid mag kosten. De Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft in een spraakmakend rapport getiteld *Zinnige en Duurzame Zorg* (2006) een poging gedaan deze vraag te beantwoorden. De RVZ bepleit in dit rapport een

⁶ Sinds 2012 is er ook nog het macro-beheersinstrument (MBI), een wettelijke bepaling die de minister het recht geeft om alle ziekenhuizen (of andere aanbieders) achteraf een korting op te leggen bij overschrijding van het makro-kader. De woordvoerder zorg van haar eigen partij in de Tweede Kamer, Anne Mulder, kwalificeerde dit als een vorm van communistisch liberalisme. Het MBI werkt prijsverhogend, leidt tot onnodige faillissementen en levert geen bijdrage aan uitgavenbeheersing. Zie Schut et al. 2011.

drempelwaarde te hanteren van bijvoorbeeld maximaal 80.000 euro per QALY (quality adjusted life year). Zorg die meer kost dan dit bedrag zou niet in het basispakket horen. Ook de huidige minister heeft aangekondigd het criterium kosteneffectiviteit zwaarder te willen laten wegen bij pakketbeslissingen.

Overtuigend bewijs dat bij een kosteneffectiviteitsdrempel van bijvoorbeeld 80.000 euro per QALY veel zorg uit het pakket zou verdwijnen is er echter niet. Bovendien is het de vraag of de grens van 80.000 euro de maatschappelijke voorkeuren wel weerspiegelt. Voor identificeerbare levens, bijvoorbeeld iemand met een zeldzame ziekte als de ziekte van Pompe, blijken we bereid te zijn een veelvoud van dit bedrag te betalen. Deze conclusie valt te trekken uit de gang van zaken na publicatie van rapporten van het College van Zorgverzekeringen, de ‘pakketbeheerder’. Ik doel op de CvZ-rapporten over de ziekte van Pompe en de ziekte van Fabry, twee zeldzame spierziekten die onbehandeld veelal de dood tot gevolg hebben. Bij de ziekte van Pompe blijkt de kosteneffectiviteit in het beste geval 300.000 euro per QALY te zijn, en wellicht een veelvoud hiervan. Toch heeft de minister besloten dat deze middelen in het basispakket blijven. Een interpretatie van deze beslissing is dat hier de *rule of rescue* geldt: als je een identificeerbaar leven kunt redden moet je dat doen, ongeacht de kosten.

Eigen bijdragen zijn, naast toepassing van kosteneffectiviteitsgrenzen, een ander veelgenoemd instrument om onzinnige zorg af te remmen. Aan eigen bijdragen zitten echter twee belangrijke nadelen. Allereerst informatieproblemen die eigen bijdragen een slecht gericht instrument maken, vooral in de curatieve zorg. Dit was het fundamentele inzicht waarop de grondlegger van de gezondheidseconomie, Kenneth Arrow, precies vijftig jaar geleden zijn analyse bouwde (Arrow 1963). Een van de gevolgen is dat eigen bijdragen ook het gebruik van *zinnige* zorg afremmen. Het meest invloedrijke onderzoek in de geschiedenis van de gezondheidseconomie, het Amerikaanse *RAND Health Insurance Experiment* uit de jaren 80 van de vorige eeuw, liet dit al zien. Een hoger eigen risico leidde tot een hogere bloeddruk en een hogere sterftekans, vooral bij mensen met lage inkomens en een slechte gezondheidstoestand. Baicker et al. (2013) vatten recent onderzoek samen dat dit beeld bevestigt (zie ook Mullainathan 2013). Volgens een enquête in opdracht van het minister van VWS heeft ongeveer 2% van de Nederlandse bevolking in de periode januari 2012 tot medio 2013 afgezien van zinnige zorg vanwege de kosten. In hoeverre dit heeft geresulteerd in gezondheidsschade is onbekend.⁷ Verdere verhoging van het eigen risico zal dit percentage doen stijgen.

Het tweede probleem is dat hoge eigen bijdragen niet passen bij het bekostigingssysteem zoals we dat nu kennen in de curatieve zorg. Het DOT-systeem is gebaseerd op gemiddelde kosten voor breed gedefinieerde zorgproducten. Individuele patiënten gebruiken vaak meer of minder dan deze gemiddelde kosten. Voor individuele patiënten is de rekening daardoor

⁷ Brief Minister Schippers aan de Tweede Kamer, 25 oktober 2013, Tussenrapportage verhoging eigen risico en zorgmijding.

onherkenbaar. De verontwaardiging die hiervan het gevolg is, is een belangrijke verklaring voor de perceptie van grootschalige fraude in de zorg.

Lagere kosten door kwaliteitsverbetering? Als we de rapporten van gerenommeerde adviesbureaus moeten geloven, liggen er miljarden aan besparingen in het verschiep bij gelijkblijvende of zelfs betere kwaliteit, vooral in de ziekenhuiszorg. De onderbouwing van deze claims is echter steevast onvolledig, waarmee natuurlijk niet gezegd is dat de claim zelf onjuist is. Neem bijvoorbeeld het, in veel opzichten zeer gedegen, rapport van de Boston Consulting Group (BCG) *Zorg voor Waarde* (2011). BCG betoogt hierin dat in Zweden de systematische registratie op patiëntniveau van gegevens zoals heroperaties, complicaties, en patiënttevredenheid, hebben geleid tot hogere kwaliteit en lagere kosten. Deze kwaliteitsregistraties worden in Zweden gebruikt voor het maken van zogeheten spiegelinformatie voor artsen. Die kunnen hiermee hun prestaties vergelijken met die van hun collega's elders. Volgens BCG heeft dit in Zweden ondermeer tot de volgende verbeteringen geleid:

- Afname van heroperaties voor heupoperaties.
- Lagere amputatiefrequentie bij bypasschirurgie.
- Afname in het aantal heropnames na een beroerte.
- Afname in de prevalentie van chronische ziekten en complicaties door vroege identificatie van risicofactoren.

Bij deze voorbeelden lopen de besparingen volgens BCG uiteen van 1,5% tot 3% van de behandelkosten. Door deze cijfers te extrapoleren naar de hele ziekenhuiszorg komt BCG tot de volgende conclusie:

“Deze waardestijging komt tot stand via een aanzienlijke verbetering van de medische resultaten en het structureel afremmen van de jaarlijkse kostengroei met 1,5%. Dit laatste zou leiden tot jaarlijkse kostenbesparingen die oplopen tot €4,3 miljard in 2020 (ofwel 10% van de totale ziekenhuiskosten in 2020).”

Deze extrapolatie is natuurlijk niets meer dan een *leap of faith*. Inmiddels wordt in ons land ook gewerkt aan het opzetten van dit soort registraties. De eerste ervaringen lijken te wijzen op kostenbesparende kwaliteitsverbetering (Orde van Medisch Specialisten 2012).

Onnodig volume I: praktijkvariatie. Voor een aantal veel voorkomende verrichtingen is al langer bekend dat de er binnen Nederland een grote mate van praktijkvariatie bestaat: grote regionale verschillen in behandelintensiteit voor aandoeningen als rughernia, staar en amandelen. Dit kan wijzen op over- of onderbehandeling. In beide gevallen is praktijkvariatie een maatschappelijk probleem.

Onderzoeksbureau Plexus (inmiddels overgenomen door KPMG) heeft voor een aantal aandoeningen de praktijkvariatie in kaart gebracht (Plexus 2010). Voor

vier aandoeningen hebben de onderzoekers bovendien een poging gedaan om vast te stellen of praktijkvariatie het gevolg is van over- of juist onderbehandeling. Dit doen zij door aan richtlijnen normwaarden te ontleen voor het aantal interventies per inwoner. Het volledig uitbannen van praktijkvariatie zou dan leiden tot een afname van het behandelvolume bij de vier onderzochte aandoeningen van 25% tot 60%. Dit zou resulteren in besparingen op de zorguitgaven van in totaal bijna een kwart miljard euro, uitsluitend bij de vier onderzochte aandoeningen. Op basis van een aantal aanvullende aannames over overbehandeling (o.a. 20% overbehandeling bij verloskunde) concluderen de onderzoekers dat op de totale ziekenhuiszorg tussen de 5% en 7% kan worden bespaard als het lukt praktijkvariatie terug te dringen.

Het Plexus-rapport bevat ook de reacties van de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten op de bevindingen voor de vier aandoeningen (de urologen hebben niet gereageerd). De aanname dat de gemeten praktijkvariatie wijst op overbehandeling wordt niet onderschreven door de artsen. Uit de reactie van de neurochirurgen:

"Het rapport doet een poging om het maatschappelijk belang van een beleidsverandering weer te geven, maar verzuimt hierin wetenschappelijk een volledige analyse van de literatuur data te presenteren. Vooral de gezondheidseconomische resultaten van de door u aangehaalde studie van Peul et al. worden niet vermeld. Doordat een significant verschil in utiliteiten over het eerste jaar is gemeten is er vanuit een maatschappelijk perspectief geen reden om aan te nemen dat vroeg opereren afgeraden moet worden. Gezondheidseconomisch gezien is er zelfs een dusdanige winst in het eerste jaar dat het kosteneffectiever is om vroeg te opereren dan langer af te wachten en met vele begeleiding en pijnmedicatie met alsnog de 40 % operatie na een langere tijd van arbeidsongeschiktheid. [...] Vanuit louter gezondheidseconomisch standpunt is vroeg opereren dus te prefereren, maar daar staan wij als beroepsgroep niet achter. We willen de keuze aan de goed geïnformeerde patiënt laten."

Uit deze en andere reacties op het rapport concludeer ik dat we niet weten of praktijkvariatie vooral wijst op over- of onderbehandeling. Bovendien maakt de reactie van de neurochirurgen duidelijk dat het terugdringen van het aantal operaties in regio's waar veel wordt geopereerd weliswaar leidt tot lagere zorguitgaven, maar dat hier dermate grote productiviteitsverliezen tegenover staan dat per saldo een welvaartsverlies zal resulteren.⁸

Onnodig volume II: aanbodgeïnduceerde vraag. Een veelgenoemde oorzaak van onnodig volume is zogeheten *aanbodgeïnduceerde vraag*. Hiervan is sprake als

⁸ De plaatsing van stents bij patiënten met zogeheten stabiele angina is een ander veel genoemd voorbeeld van zorg die onnodig zou zijn. Zie voor een tegengeluid Rosenbaum 2013.

behandelaars onnodige zorg leveren om zo hun inkomen te vergroten. Een recent CPB-onderzoek concludeert dat dit op grote schaal is gebeurd:

“Eén procent meer specialisten impliceert een gemiddelde toename in het aantal behandelingen [per hoofd van bevolking, MP] met 0,4 procent wanneer het vrij gevestigde specialisten betreft en 0,15 procent bij specialisten in loondienst.”

Dit is een groot effect. Als 10% van de vrijgevestigde artsen al dan niet vrijwillig overstapt naar loondienst daalt de productie met ongeveer 2,5%. Op de totale ziekenhuisomzet is dit ruim een half miljard euro. Een verplicht dienstverband voor alle artsen zou dan resulteren in een omzetsdaling van miljarden.

Een paar kanttekeningen bij deze conclusie. Allereerst bij de interpretatie. We kunnen niet uitsluiten dat in regio's met minder artsen per hoofd sprake is van onderbehandeling. Daarvoor zouden we moeten weten of er verschillen zijn in uitkomsten tussen regio's met veel en weinig ingrepen per hoofd van de bevolking. Een tweede kanttekening betreft het raadsel van de heupbreuk. Ik bedoel hiermee het volgende. Een van de onderzochte behandelingen is heupbreuk, als een soort check op de aanpak: “Heupbreuk is gekozen als controlebehandeling omdat daar de ex-ante verwachting is dat de zorgvraag moeilijk is te beïnvloeden.” De onderzoekers vinden echter toch een significant effect voor heupbreuk bij vrijgevestigde specialisten. Dit geeft te denken. Zij merken hierover terecht op: “Dit positieve effect kan erop wijzen dat in de econometrische studie niet voor alle mogelijke factoren goed is gecorrigeerd.” Niettemin worden aan het eind van het artikel stellige conclusies getrokken over de omvang van aanbodgeïnduceerde vraag. In een eerder onderzoek met Fleur Hasaart kwam ik tot veel kleinere effecten op basis van een andere econometrische aanpak (Pomp en Hasaart 2009).

Een derde kanttekening is dat sinds 2009 de productieprikkel al sterk is afgezwakt. De analyse van Douven et al. is gebaseerd op gegevens voor de periode 2006-2009. Sinds 2012 is sprake van door de NZa vastgestelde honorariumbudgetten per ziekenhuis. Vrijgevestigde medisch specialisten verdelen dit budget onderling. Een belangrijk verschil met het eerdere systeem met een vast honorariumdeel per DBC is, dat niet langer extra wordt betaald voor productie die boven het honorariumbudget uitgaat.

Een laatste kanttekening is dat recent onderzoek van Cutler et al. het belang van financiële prikkels als verklaring voor praktijkvariatie sterk relativeert. Zij concluderen dat praktijkvariatie in de VS vooral het gevolg is van verschillen in opvattingen (Cutler et al. hebben het over *beliefs*) over wat de juiste zorg is (Cutler et al. 2013). Als deze verklaring van praktijkvariatie klopt, dan is het sleutelen aan financiële productieprikkels veel minder belangrijk dan het investeren in kennis over klinische evidentie over wat werkt en wat niet.

Onnodige kosten: de juiste patiënt op de juiste plaats. In beleidskringen leeft de overtuiging dat het verplaatsen van zorg van het ziekenhuis naar de huisarts of andere eerste-lijnsaanbieders resulteert in lagere zorguitgaven. Dat kan het resultaat

zijn, maar ook hier moeten we ons niet rijk rekenen. Sommigen doen dat wel. Zo stelde adviesbureau Boer en Croon in een rapport uit 2010 dat in 2020 3,5 miljard euro te besparen is door verplaatsing van zorg:

“Verplaatsing van zorg naar goedkopere infrastructuren: Door een deel van de primaire zorg en de monodisciplinaire interventie zorg in een goedkopere “primaire zorg” setting te leveren dan de huidige ziekenhuis-infrastructuur, zullen de kosten aanmerkelijk afnemen.” (Boer en Croon 2010).

Onduidelijk is waar dit bedrag op is gebaseerd. Vergelijking van prijzen of tarieven tussen eerste en tweede lijn geeft in ieder geval geen zicht op de mogelijke besparingen. De reden is dat de patiëntmix verschilt tussen eerste en tweede lijn. Tarieven zijn (in het beste geval) gebaseerd op de gemiddelde kosten per patiënten. De patiëntenmix in de tweede lijn bevat meer ‘zware gevallen’.

Om in deze situatie kostenbesparende substitutie tot stand te brengen zal dus andere informatie gebruikt moeten worden dan prijzen/tarieven. De eerder genoemde nieuwe contracten, en dan vooral integrale populatiebekostiging ‘over de eerste en tweede lijn heen’, bevatten een prikkel om dit soort informatie te verzamelen en toe te passen. Doelmatige substitutie wordt dan immers beloond en ondoelmatige substitutie wordt financieel afgestraft.

Onnodig hoge prijzen. Indien zorgaanbieders te hoge prijzen, tarieven of honoraria ontvangen, dan leidt dat tot onnodig hoge zorguitgaven. Dit kan twee oorzaken hebben: reguleringsfouten en marktmacht van aanbieders. Er zijn duidelijk aanwijzingen dat soms sprake is van te hoge prijzen. Ik heb al gewezen op de resultaten van het preferentiebeleid voor generieke geneesmiddelen. Verzekerden hebben jaren te veel betaald voor deze middelen, met als gevolg een transfer van ettelijke miljarden van verzekerden naar apothekers en producenten van generieke geneesmiddelen.⁹

Ook van Nederlandse artsen, en dan vooral vrijgevestigde medisch specialisten, wordt vaak gezegd dat hun inkomens te hoog zouden zijn. Bij de laatste Tweede Kamerverkiezingen heeft een aantal politieke partijen daarom een besparing van 0,5 miljard ingeboekt op de inkomens van medisch specialisten. Een door de overheid ingestelde commissie (de Commissie Meurs) concludeerde eind 2012 “dat de inkomens van Nederlandse vrijgevestigd specialisten in 2012 hoog zijn, zowel in internationaal perspectief als in vergelijking met hun Nederlandse collega’s in loondienst. Dit laatste verschil zou deels verklaard kunnen worden door verschillen in productiviteit” (Commissie inkomens medisch specialisten, 2012, p. 4).

Ik zal het beeld van vrijgevestigde medisch specialisten als teveelverdieners niet proberen bij te stellen. Mijn echtgenote is vrijgevestigd gynaecoloog, dus de lezer mag mijn objectiviteit bij dit thema in twijfel trekken. Maar laten we eens

⁹ Mogelijk zijn ook bij de medische hulpmiddelen die worden gebruikt in ziekenhuizen besparingen mogelijk. Volgens onderzoek van de NMa betalen Nederlandse ziekenhuizen hier veel meer voor dan bijvoorbeeld Duitse ziekenhuizen.

aannemen dat een besparing van een half miljard euro inderdaad mogelijk is. Dit is minder dan 1% van de zorguitgaven. Een dergelijke besparing is niet te versmaden, maar is evenmin *de* wonderkuur voor de stijgende zorguitgaven. In de eerder aangehaalde CPB-scenario's tot 2040 ligt de jaarlijkse groei van de zorguitgaven tussen de 2,6 en 4,2%. Een eenmalige verlaging van minder dan 0,1% heeft in geen van deze scenario's een substantieel effect op de groei van de zorguitgaven.

Is het basispakket te breed? We kennen in Nederland een breed basispakket in de curatieve zorg. Volgens sommigen te breed: er zou ook zorg in het pakket zitten waar veel mensen zich niet voor zouden verzekeren als ze de keuze hadden. De huidige verplichting om dit toch te doen resulteert dan in welvaartsverlies. Althans, als consumenten bij het kiezen van een zorgverzekering verstandige keuzes maken, een aanname die voor discussie vatbaar is (zie hierna). Een te breed basispakket pleit ervoor zorg over te hevelen naar aanvullende polissen, waarvoor geen verzekeringsplicht geldt. De collectieve zorguitgaven zouden hierdoor dalen. Het CPB redeneert langs deze lijnen in het recente rapport *Toekomst voor de Zorg* (2013). Het CPB vertelt er overigens niet bij welke zorg dan uit het basispakket zou moeten. En ook niet om hoeveel zorg het gaat. Hebben we het over een paar procent of over tientallen procenten van het basispakket?

In de praktijk blijkt pakketverkleining in de curatieve zorg geen haalbare route. Zie de eerdere opmerkingen over de ziekte van Pompe en Fabry. Ook een CVZ-advies over verwijdering van forse delen van de GGZ uit het basispakket is na protesten van de sector niet overgenomen door de minister. In plaats daarvan riep zij begin 2013 veldpartijen op om zelf met voorstellen te komen tot pakketverkleining. Het veld zou hiervoor een half jaar de tijd krijgen. De besparingen dienden op te tellen tot 1,3 miljard euro. Het wekt weinig verbazing dat veldpartijen niet met voorstellen zijn gekomen om in eigen vlees te snijden. En hoewel de termijn van een half jaar inmiddels ruim is overschreden, rept de minister niet meer over pakketingrepen in de curatieve zorg.

We hoeven hier niet rouwig over te zijn, want aan pakketingrepen in de curatieve zorg kleven grote nadelen. Allereerst zijn pakketbeslissingen per definitie digitaal: iets zit in het pakket of het zit er niet in. Het is aannemelijk dat alles wat nu in het basispakket zit voor ten minste een deel van de patiënten zinnige zorg is. Misschien niet voor alle patiënten: zie de cijfers over praktijkvariatie. Maar pakketbeslissingen lossen dit niet op.

Bovendien is het aannemelijk dat men zich massaal zal gaan herverzekeren via aanvullende polissen. Naast de verplichte basisverzekering hebben 9 van de 10 Nederlanders ook een aanvullende verzekering, vrijwel altijd bij dezelfde verzekeraar (Vektis 2011). De markt voor aanvullende polissen werkt notoir slecht. Alle maatregelen die nodig zijn om marktwerking bij de basispolis in goede banen te leiden – acceptatieplicht, gelijke premie voor iedereen, risicoverevening – gelden niet voor de aanvullende verzekering (en de Europese richtlijn voor schadeverzekeringen staat dit ook niet toe). Gevolg: de markt voor aanvullende polissen is niet transparant en overstappen is moeilijk.

Maar ook de markt voor de basispolis gaat minder goed functioneren als steeds meer zorg wordt overgeheveld naar de aanvullende polis. De reden hiervoor is dat sprake is van koppelverkoop tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering: je krijgt korting op de aanvullende verzekering als je die sluit bij dezelfde verzekeraar als de basispolis. Of je wordt alleen geaccepteerd voor de aanvullende polis als je de basispolis afsluit bij dezelfde verzekeraar (Duijmelinck en Van de Ven 2011; Roos en Schut 2012). Belemmeringen op overstappen bij de aanvullende polis remmen daardoor ook het overstappen bij de basispolis. Gevolg: de concurrentie tussen zorgverzekeraars neemt af en de premie stijgt, ook bij de basispolis. Ik concludeer dat een systeem van gereguleerde marktwerking alleen goed kan werken bij een breed basispakket.

Doorgeschoten solidariteit? Is de solidariteit in de zorg te ver doorgeschoten? Ook hiervan weten we niet of dit het geval is. In een recente enquête onder een representatieve steekproef van Nederlanders was slechts 15% het eens of zeer eens met de stelling ‘De overheid moet minder solidariteit in de samenleving organiseren en dat meer aan de mensen zelf overlaten’ (Dekker et al. 2013). Maar dit betreft solidariteit in het algemeen en niet specifiek in de zorg. Bovendien zeggen deze enquêteantwoorden weinig als de prijs van de solidariteit er niet bij wordt vermeld.

Een teveel aan solidariteit in de zorg kan twee vormen aannemen: een teveel aan zorgsolidariteit, dat wil zeggen een te breed of te luxe basispakket aan zorg, of een teveel aan premiesolidariteit, dat wil zeggen, een zorgpremie die te sterk inkomensafhankelijk is. Een teveel aan zorgsolidariteit vergt ‘decollectivering’ van de zorg, via pakketverkleining of hogere eigen bijdragen. Voor de curatieve zorg heb ik al aangegeven dat beide routes onaantrekkelijk zijn. Een teveel aan premiesolidariteit vergt niet per se dit soort maatregelen, maar kan beleidsmakers hier indirect wel toe nopen. Vermindering van de premiesolidariteit betekent immers een verlaging van de zorgtoeslag of een vermindering van de progressiviteit in de zorgpremie. Dit zal bij lage inkomens resulteren in een groter deel van het inkomen dat aan zorg wordt besteed. Het draagvlak bij deze groep voor een breed pakket aan collectieve zorg zal hierdoor eroderen.

Voor de langdurige zorg geldt het zojuist genoemde argument van koppelverkoop niet, om de wat paradoxale reden dat aanvullende verzekeringen in de langdurige zorg niet van de grond zullen komen. Er is dus geen efficiëntieargument tegen pakketverkleining in de langdurige zorg. Maar decollectivering in de langdurige zorg zal voor bepaalde groepen wel leiden tot minder kwaliteit en toegankelijkheid.

4 Wat te doen?

Curatieve zorg. Bij al het tumult over stijgende zorguitgaven dreigen we wel eens uit het oog te verliezen dat de Nederlandse curatieve zorg gekenmerkt wordt door

een terughoudende behandelcultuur. Nederlandse artsen opereren minder en grijpen minder snel naar het receptpapier dan de meeste van hun buitenlandse collega's (NVZ/Sirm 2012). Ook het poortwachterssysteem met huisartsen die onnodig beroep op duurdere zorg afremmen, draagt bij aan deze cultuur. Hieruit volgt natuurlijk niet dat er geen grote doelmatigheidswinst haalbaar is in de curatieve zorg. We weten eenvoudigweg niet hoe groot het doelmatigheidspotentieel is. Beweringen dat miljardenbesparingen mogelijk zijn in de curatieve zorg bij gelijkblijvende of zelfs hogere kwaliteit, vallen niet onder *evidence based economics*.

Verdergaan op het pad van gereguleerde marktwerking is de enige manier om het mogelijke doelmatigheidspotentieel te benutten. Deze conclusie wordt ondersteund door recente ervaringen waaronder het preferentiebeleid bij geneesmiddelen en de experimenten met nieuwe contractvormen met een ingebakken uitgavenrem. Toestaan van winstgerichte zorgaanbieders (inclusief ziekenhuizen) zonder al te veel restricties zou de experimenteerruimte voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders verder vergroten. De buitenlandse ervaringen met winstgerichte ziekenhuizen geven geen aanleiding voor terughoudendheid op dit punt.

Succes is echter niet verzekerd. De belangrijkste onzekerheid betreft de verdeling van onderhandelingsmacht tussen verzekeraars en aanbieders. Want ondanks klachten van zorgaanbieders over eenzijdige dictaten van zorgverzekeraars, is het nog maar de vraag of zorgverzekeraars werkelijk zo'n sterke onderhandelingspositie hebben. Patiënt en verzekerden vertrouwen de arts, niet de verzekeraar. Selectief inkopen wordt bovendien bemoeilijkt doordat goede openbare kwaliteitsinformatie nog steeds ontbreekt. Zolang dit het geval is kan een zorgverzekeraar niet aantonen dat de door hem gecontracteerde aanbieders goede kwaliteit leveren. Deze onzekerheid verkleint de bereidheid van verzekerden om een polis af te sluiten met een beperkte keuze van aanbieders. En dit verzwakt weer de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars. Daar komt nog de recente uitspraak van het gerechtshof in Den Bosch bij, die zorgverzekeraars verplicht om aan niet-gecontracteerde zorgaanbieders ten minste 75% van het NZa-tarief te betalen (het betrof tweedelijns geestelijke gezondheidszorg, waarvoor de NZa nog steeds tarieven vaststelt). Dit maakt de onderhandelingspositie niet sterker (zorgverzekeraar CZ is in cassatie gegaan).

Van andere beleidsopties dan versterking van het stelsel valt weinig te verwachten. Hogere eigen bijdragen leiden tot ongewenst zorgmijddedrag en passen niet bij het huidige bekostigingsmodel. Voor pakketingrepen op basis van kosteneffectiviteit bestaat geen draagvlak. Pakketverkleining in de curatieve zorg ondermijnt bovendien de werking van het zorgstelsel.

Is preventie een effectieve manier om de zorguitgaven te beheersen? In ieder geval niet op korte termijn, en op lange termijn weten we het niet. Stoppen met roken leidt volgens onderzoek van het RIVM tot hogere zorguitgaven door kosten in gewonnen levensjaren. Maar als longkanker in de toekomst dankzij betere screening en therapie verandert in een dure chronische aandoening, dan geldt de

conclusie van het RIVM niet langer. Bij obesitas komt het RIVM tot een soortgelijke conclusie. Het is echter maar de vraag of obesitas de levensverwachting verkort. Zo niet, dan leidt preventie niet tot kosten in gewonnen levensjaren. Vanuit welvaartsperspectief is dit allemaal niet bijzonder relevant. Het doel van preventie is welvaartswinst in de vorm van gezondheidswinst. Preventiemaatregelen die voor een acceptabele prijs veel gezondheidswinst opleveren zijn welvaartsverhogend, ook als hierdoor de zorguitgaven stijgen.

Langdurige zorg. De langdurige zorg, met als grootste component de ouderenzorg, is in Nederland voor een veel groter deel collectief gefinancierd dan in het buitenland. Een manier om de collectieve zorguitgaven duurzaam op een lager groeipad te brengen is dan ook via ‘decollectivering’ van de langdurige zorg. Het kabinet heeft hier inmiddels een start mee gemaakt. Aanspraken zijn geschrapt en de overheveling van delen van het restant naar gemeenten betekent feitelijk afschaffing van het verzekerd recht. Bovendien is de eigen bijdrage in de AWBZ verhoogd en telt sinds 1 januari 2013 in de WMO niet alleen het inkomen maar ook het vermogen mee bij de bepaling van het eigen risico. De eigen woning blijft nu nog buiten beschouwing voor de vermogenstoets, maar ook dit kan gaan veranderen. De Commissie Don heeft onlangs gewezen op het Ierse model waarbij overwaarde in de woning leidt tot een uitgestelde eigen bijdrage (Ministerie van Financiën 2013).

Decollectivering van de langdurige zorg is geen free lunch. Ouderen met lage inkomens en weinig spaargeld zullen aangewezen blijven op steeds kariger ‘staatszorg’. Degenen die het zich kunnen permitteren zullen vaker zelf private zorg regelen.

Net als in de curatieve zorg kan *getting the incentives right* ook in de langdurige zorg bijdragen aan grotere doelmatigheid. En ook hier zijn door het kabinet belangrijke stappen gezet, in de vorm van overheveling van delen van de AWBZ naar gemeenten en zorgverzekeraars. Een fors afwentelingsrisico ontstaat echter doordat de overheveling alleen de extramurale zorg betreft. Gemeenten en zorgverzekeraars hebben hierdoor geen prikkel om te voorkomen dat ouderen naar het verpleeghuis moeten verhuizen. Dit is alleen op te lossen door ook de intramurale zorg over te hevelen naar gemeenten of zorgverzekeraars.

Auteur

Marc Pomp (e-mail: info@marcpomp.nl) is zelfstandig gezondheidseconoom.

Literatuur

- Arrow K.J., 1963, Uncertainty and the welfare economics of medical care, *The American Economic Review*, vol. 53: 941-73.
- Baicker, K., S. Mullainathan en J. Schwartzstein, 2012, Behavioral Hazard in Health Insurance. NBER Working Paper 18468.
- Mullainathan, S., When a Co-Pay Gets in the Way of Health, *New York Times*, 10 augustus 2013.
- Boer en Croon, 2010, Van instituten naar netwerken, Een verkenning van de “next generation” curatieve zorg.
- Centraal Planbureau, 2013, *Macro Economische Verkenning 2014*.
- Centraal Planbureau, 2013, *Toekomst voor de Zorg*.
- Commissie inkomens medisch specialisten, 2012, Gezond belonen: Beleidsopties voor de inkomens van medisch specialisten.
- Cutler, D., J. Skinner, A.D. Stern, D. Wennberg, 2013, Physician Beliefs And Patient Preferences: A New Look At Regional Variation In Health Care Spending, NBER Working Paper 19320.
- Dekker, P., P. van Houwelingen, J. den Ridder, L. van Vliet, 2013, Samen! – en met de overheid: de publieke opinie over solidariteit, Sociaal en Cultureel Planbureau en Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Douven, R.C.H.M., L.P.C.M. Mocking, I. Mosca, 2012, Zorggebruik en beloning van medisch specialisten, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 97(4632): 212-15.
- Duijmelinck, D., en W. van de Ven, 2011, Beperking keuzevrijheid zorgpolis door aanvullende verzekering, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 96(4621): 634-37.
- Horst, A. van der, F. van Erp en J. de Jong, 2011, Omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg, CPB Achtergronddocument.
- Koopman, S., en M. Pomp, 2012, De AWBZ op een tweesprong, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 97(4645): 600-603.
- Mackenbach, J., L. Slobbe, J. Looman, A. van der Heide, J. Polder en J. Garssen, 2012, Snelle toename van de levensverwachting in Nederland, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 156:A4535.
- Maisonneuve, C. de la, en J. Oliveira Martins, 2013, Public spending on health and long-term care: a new set of projections, OESO.
- McKinsey / World Economic Forum, A vision for the Dutch Health Care system in 2020, maart 2013.
- Ministerie van Financiën, 2013, Inkomen en vermogen van ouderen: analyse en beleidsoplossingen, IBO Inkomens- en vermogenspositie en subsidiëring 65+'ers, augustus 2013.
- NVZ/Sirm, 2012, Brancherapport Ziekenhuizen Vergelijking Europa, 12 juli 2012.
- Orde van Medisch Specialisten, 2012, Visiedocument Medisch Specialist 2015.
- Plexus, 2010, Reduceren van praktijkvariatie: budgettaire effecten van scherpere indicatienstelling, juni 2010.
- Pomp, M., en F. Hasaart, 2009, Aanbodgeïnduceerde vraag in de ziekenhuiszorg. *Economisch Statistische Berichten*, vol. 94(4562):372-74.
- Pomp, M., 2013, Populatiebepaling: Panacee, hype of verkapt kartel?, NZa Research Paper, september 2013.
- Rosenbaum, L., 2013, When Is a Medical Treatment Unnecessary?, *The New Yorker*, 23 oktober 2013.

- Roos, A.F., en F.T. Schut, 2010, Spillover effects of supplementary on basic health insurance: evidence from the Netherlands, *European Journal of Health Economics*, vol. 13(1): 51-62.
- Schut, F.T., M. Varkevisser en W.P.M.M. van de Ven, 2011, Macrobudget ontkracht prijsconcurrentie ziekenhuizen, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 96(4610): 294-97.
- Song Z, D.G. Safran, B.E. Landon, M.B. Landrum, Y. He, R.E. Mechanic, M.P. Day en M.E. Chernew, 2012, The 'Alternative Quality Contract,' based on a global budget, lowered medical spending and improved quality, vol. 31(8):1885-94.
- Taskforce Beheersing Zorguitgaven, Naar beter betaalbare zorg, juni 2012.
- Vektis, Zorgthermometer: Verzekerden in beweging, 2011.
- Visser, J.S., L. Boonen en P. Stam, 2013, Effectiviteit van inkoopbeleid geneesmiddelen, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 98(4659): 284-286.

Indicatiestelling binnen de collectieve zorgverzekering: een middel om kosten te beheersen?

Ilaria Mosca en Leida Lamers

De indicatiestelling is een belangrijk moment in het zorgproces waarop wordt vastgesteld welke zorg nodig is. We onderscheiden twee modaliteiten van indicatiestelling. Bij decentrale indicatiestelling is de zorgaanbieder, die ook behandelaar kan zijn, de indicatiesteller. Bij centrale indicatiestelling wordt de indicatie door een onafhankelijk indicatiesteller afgegeven die op afstand is van de zorgaanbieder. In dit artikel adresseren we vanuit een principaal-agentivalshoek twee vragen: (i) welke factoren beïnvloeden de uitkomst van het proces van centrale en decentrale indicatiestelling? en (ii) wat zijn de kansen en risico's van de huidige indicatiestelling voor kostenbesparingen?

1 Inleiding

Het ontstaan van een gezondheidsprobleem, lichamelijk of mentaal, kan resulteren in een zorgbehoefte, waarmee iemand zich wendt tot een zorgaanbieder. Die zal vervolgens geneeskundig onderzoek (laten) doen en bepalen of en zo ja, welke behandeling of zorg aangewezen is. Deze indicatiestelling is een belangrijk moment in het zorgproces. In dit artikel onderscheiden we twee modaliteiten van indicatiestelling. De eerste modaliteit, *decentrale* indicatiestelling genaamd, houdt in dat de zorgaanbieder de indicatiestelling doet en de geïndiceerde zorg ook kan verlenen. In de curatieve zorg kennen we decentrale indicatiestelling. In de tweede modaliteit wordt de indicatiestelling door een onafhankelijke indicatiesteller afgegeven en vindt plaats op afstand van de zorgaanbieder. Er is dan sprake van *centrale* indicatiestelling. In de langdurige zorg kennen we deze vorm van indicatiestelling, met het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) als onafhankelijk indicatieorgaan. Daarnaast komt in de langdurige zorg ook decentrale indicatiestelling voor.

In Nederland kennen we collectieve verzekeringen voor curatieve en langdurige zorg, namelijk de Zorgverzekeringswet (Zvw), respectievelijk de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Met deze verplichte verzekeringen wordt beoogd om iedere ingezetene in Nederland toegang te geven tot kwalitatief goede zorg en om de zorg betaalbaar te houden. De indicatiestelling

is een proces waarmee binnen de collectieve zorgverzekeringen de publieke belangen, kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid gediend kunnen worden.

Dit artikel geeft een analyse van de indicatiestelling vanuit een principaal-agentinvalshoek. Bij zowel de centrale als de decentrale indicatiestelling is sprake van informatieasymmetrie tussen verschillende spelers (de zorgvrager, de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar en de indicatiesteller). Hierbij is het risico van moreel gevaar aan zowel de vraag- als de aanbodkant aanwezig. Ook speelt de niet-contracteerbaarheid van het tot stand komen van een besluit, dat wil zeggen de indicatie, een rol in de vormgeving (centraal versus decentraal) van de indicatiestelling. In een dergelijke situatie is degene met formele autoriteit niet altijd degene die de daadwerkelijke beslissingen neemt. Er is dan verschil tussen de *formele* en de *reële* autoriteit. Tot slot beïnvloeden andere elementen, zoals de transactiekosten en de aanwezigheid van perverse (financiële) prikkels binnen een zorgstelsel, de inrichting van de indicatiestelling.

In dit artikel wordt ingegaan op twee vragen:

- (i) welke factoren beïnvloeden de uitkomst van het proces van centrale en decentrale indicatiestelling?
- (ii) wat zijn de kansen en risico's van de huidige indicatiestelling voor kostenbesparingen?

Dit artikel is als volgt opgebouwd. In paragraaf 2 wordt de begripsbepaling van zorgbehoefte en indicatiestelling gegeven. De factoren die vanuit contract-theorieperspectief van invloed zijn op de totstandkoming van de indicatiestelling worden in paragraaf 3 geanalyseerd. Paragraaf 4 beschrijft welke elementen vanuit maatschappelijk perspectief van belang zijn bij de vormgeving van de indicatiestelling. In paragraaf 5 worden de kansen en risico's van centrale en decentrale indicatiestelling voor kostenbesparing besproken. Tot slot geeft paragraaf 6 de belangrijkste conclusies en discussiepunten.

2 Zorgbehoefte en indicatiestelling

Het ontstaan van een lichamelijk en/of een geestelijk probleem bij het individu vertaalt zich in het uiten van een zorgbehoefte. Nadere medische analyse bepaalt dan of en welke behandeling aangewezen is. Uit de literatuur komt naar voren dat zorgbehoefte niet eenduidig te definiëren is. (Zorg)behoefte is een relatief begrip dat subjectief getint is en per definitie lastig objectiveerbaar is. De zorgbehoefte plaatst zich op een denkbeeldige lijn tussen de noodzaak en het verlangen (VTV 1997).

In literatuurstudies wordt vaak naar Bradshaws definitie van zorgbehoefte verwezen. Hij onderscheidt vier typen zorgbehoeften: *ervaren*, *normatieve*, *geuite* en *comparatieve* zorgbehoeften. De *ervaren* behoefte is door het individu zelf geformuleerd, ook subjectieve behoefte genoemd. De manier waarop patiënten hun

zorgbehoefte uiten, is in eerste instantie meestal a-specifiek. Ze hebben een lichamelijk en/of geestelijk ervaren gezondheidsprobleem dat kan leiden tot zorggebruik (VTV 1997). De *normatieve* behoefte wordt door de zorgaanbieder vastgesteld, bijvoorbeeld de noodzaak van een spoedopname. Het gaat in deze fase om klinische beslissingen (wat te doen?) en praktische klinische uitvoering (hoe te doen?) (VTV 1997). De normatieve behoefte wordt ook wel de geobjectiveerde, geprotocolleerde of objectieve zorgbehoefte genoemd. De normatieve zorgbehoeften worden vertaald in een behandelings- of indicatiebesluit. Als de ervaren zorgbehoefte omgezet wordt in een vraag om zorg, dan wordt de term *geuite* zorgbehoefte gebruikt. De *comparatieve* zorgbehoefte, ten slotte, wordt bepaald door zorgaanbieders op grond van de kenmerken van zorggebruikers. Als een groep individuen met bepaalde karakteristieken een zorgvoorziening gebruikt dan bestaat bij individuen met dezelfde kenmerken, die deze zorgvoorziening *niet* gebruiken, volgens deze definitie behoefte aan deze zorgvoorziening. Dit begrip wordt vaak gebruikt bij vergelijking van regio's (Smits et al. 2002).

In dit artikel verstaan we onder indicatiestelling de vertaling van de *geuite* zorgbehoefte naar de *normatieve* zorgbehoefte. In de praktijk heeft een verstrekte indicatie een duale betekenis: een beoordeling op een zorgclaim en de toewijzing van de te krijgen zorg. In dit artikel richten wij ons op de indicatiestelling als het vaststellen welke behandeling/zorg binnen collectieve zorgverzekeringen aangewezen is.

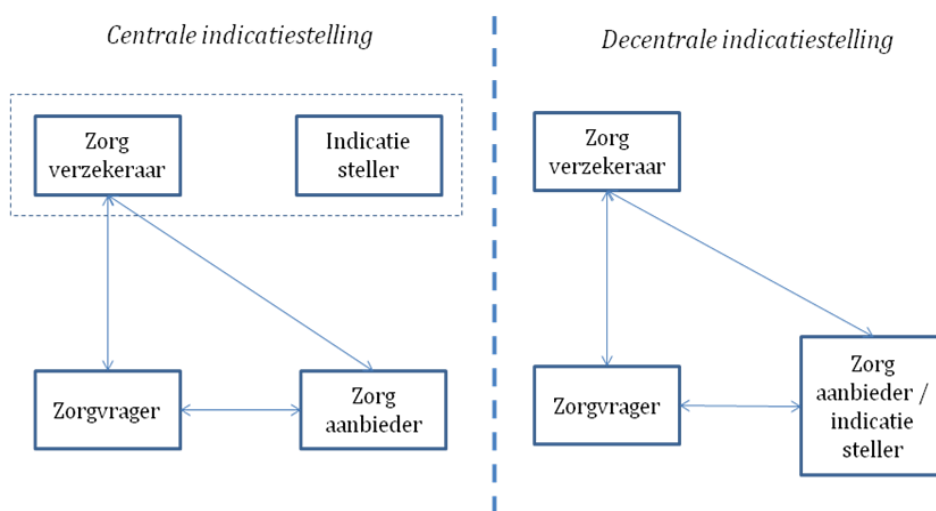
3 Factoren die de indicatiestelling beïnvloeden:

In de praktijk krijgen niet alle mensen met een vergelijkbare zorgvraag dezelfde zorg. Deze zogeheten praktijkvariatie duidt erop dat de zorgbehoefte alléén, niet tot hetzelfde zorggebruik leidt (Phelps 2000; Skinner 2012; Westert et al. 2004; Vektis/Plexus 2011; Hasaart 2011; Douven et al. 2012). Deels kan deze praktijkvariatie verklaard worden uit patiëntenvoorkeuren, de invloed van lokale verschillen in opleiding, of verschillen in de mate waarin nieuwe medische technologie gebruikt wordt (zie o.a. Chandra et al. 2012; O'Hare et al. 2010; Cutler et al. 2013; Chandra en Staiger 2007). De resterende onverklaarde praktijkvariatie duidt erop dat ergens in de zorgketen inefficiënte keuzes gemaakt worden. Deze inefficiënties kunnen voortkomen uit verschillende bronnen van marktfalen: informatieasymmetrie wat leidt tot moreel gevaar, of averechtse selectie, incomplete contracten en transactiekosten. Om het effect van de modaliteit van de indicatiestelling op deze inefficiënties te analyseren, hanteren we een principaal-agentperspectief.

Een schematische beschrijving van de indicatiestelling binnen het zorgstelsel kent een aantal actoren, te weten de zorgvrager, de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. De zorgvrager/verzekerde beschouwen we in dit stuk als agent,

evenals de zorgaanbieder; de zorgverzekeraar¹, die in zijn rol als ‘third party payer’ zorg inkoop en betaalt, als principaal.² De vraag is nu wie indicatiesteller moet zijn – de zorgaanbieder of een onafhankelijke indicatiesteller. Hierbij nemen we aan dat in de centrale modaliteit de onafhankelijke indicatiesteller en de zorgverzekeraar dezelfde belangen hebben, namelijk dat aangewezen zorg wordt toegewezen aan zorgvragers. Derhalve beschouwen we de onafhankelijke indicatiesteller niet als aparte actor. Figuur 1 geeft de contractuele relaties tussen de actoren grafisch weer voor zowel de centrale als de decentrale indicatiestelling. De pijlen tussen de actoren beschrijven de contractuele relaties onderling.

Figuur 1 Contractuele relaties tussen actoren bij twee modaliteiten van indicatiestelling



Informatieasymmetrie. Bij beide modaliteiten van indicatiestelling is er sprake van informatieasymmetrie tussen verschillende spelers (de zorgvrager, de zorgaanbieder en de indicatiesteller). Informatieasymmetrie speelt in het proces van indicatiestelling een grote rol. Zij kan zich in twee vormen voordoen: averechtse selectie en moreel gevaar. In de praktijk kan averechtse selectie bijvoorbeeld spelen als een indicatiesteller er belang bij heeft slechte en goede risico's op een verschillende manier te behandelen. Een voorbeeld kan zijn relatief eenvoudige en goedkope patiënten zelf behandelen en duurdere patiënten doorverwijzen naar een andere zorgaanbieder. In de verzekeringstheorie verklaart averechtse selectie dat vooral slechte risico's zich aanmelden voor een verzekering (Hazeu 2000).

¹ In de AWBZ is dit het zorgkantoor.

² We abstraheren in dit artikel van de rol van de overheid als centrale regisseur van de zorg (in economische termen de principaal) en veronderstellen dat de belangen van de zorgverzekeraar in de Zvw en het zorgkantoor in de AWBZ (die we hier zien als principaal) en de overheid met elkaar in lijn zijn.

Moreel gevaar kan zowel aan de aanbod- als aan de vraagzijde een rol spelen. Als aan de aanbodzijde zorgaanbieders beslissen wie op welke zorg is aangewezen, terwijl verzekeraars niet in staat zijn te controleren of het verzekerde zorg is, kunnen zorgaanbieders de zorgconsumptie beïnvloeden. Dit is een vorm van moreel gevaar die in de gezondheidseconomie wordt aangeduid als aanbodgeïnduceerde vraag. Onder aanbodgeïnduceerde vraag wordt verstaan dat zorgaanbieders hun productie opvoeren door meer en/of duurdere zorg te verlenen dan nodig is.

Bekostigingssystemen gebaseerd op betalingen per (bundel van) verrichting(en) leiden volgens wetenschappelijke onderzoeken tot een groter (en vaak onnodig dus ongepast) gebruik van zorg (Chandra et al. 2012; Meijer et al. 2010). In principe zou een zorgverzekeraar aanbodgeïnduceerde vraag tegen kunnen gaan, door te controleren of zorgbehandelingen wel zijn aangewezen. Informatieasymmetrie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder maakt dit lastig. In de praktijk betaalt de zorgverzekeraar in een zorgverzekeringsstelsel daarom mogelijk ook voor behandelingen die geen of weinig nut hebben (Meijer et al. 2010). Er is daardoor ruimte voor artsen om de vraag te sturen (Ewijk et al. 2013).

Zowel bij decentrale als centrale indicatiestelling speelt informatieasymmetrie tussen zorgvrager en indicatiesteller (moreel gevaar aan de vraagkant) een rol. Voor de inrichting van het indicatieproces is het van belang om te kijken naar het type zorg. Behandelingen en zorg die zeer gewenst zijn door de zorgvrager, bijvoorbeeld cosmetische behandelingen die niet medisch noodzakelijk zijn, zijn gevoelig voor moreel gevaar aan de vraagkant. Indien ook zorgaanbieders (financieel) belang hebben bij het geven van deze behandelingen, en het belang van de zorgvrager en zorgaanbieder dus hetzelfde is, kan centrale indicatiestelling een overweging zijn.

De informatieasymmetrie tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder kan leiden tot moreel gevaar aan de aanbodkant, indien van de bekostiging van de zorg perverse prikkels uitgaan. Dit kunnen zowel ongewenste prikkels tot zowel over- als tot onderbehandeling zijn. In geval van informatieasymmetrie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, en perverse prikkels in de bekostiging, kan centrale indicatiestelling te overwegen zijn. Hier staan echter mogelijk hogere transactiekosten tegenover.³

Averechtse selectie op het niveau van de zorgverzekeraar wordt in Nederland tegengegaan door een algemeen verplichte basisverzekering en een uitgebreid systeem van ex-ante risicoverevening. Dit staat los van de modaliteit van indicatiestelling. Als averechtse selectie van patiënten op het niveau van zorgaanbieder een rol speelt, is van belang dat de indicatiesteller de kosten van het afwentelen van slechte risico's zoveel mogelijk internaliseert. Bij acute curatieve zorg zal het probleem van afwenteling beperkt zijn. Bij langdurige zorg kan dit probleem een rol spelen. In welke mate dit het geval is, hangt echter af van de

³ Onder transactiekosten vallen onder meer informatie-, onderhandelings- en toezichtkosten om contracten te sluiten en de naleving van contracten te kunnen volgen.

zorgzwaarte (complexe of eenvoudige zorg), de wijze van bekostiging (hoe hangt de vergoeding af van de ernst van de aandoening) en van de institutionele mogelijkheden om zorgkosten af te wentelen (bij wie komen de kosten terecht in geval van afwenteling).

Niet-contracteerbaarheid. Een andere reden om te kiezen voor centrale of decentrale indicatiestelling is gerelateerd aan de theorie over de formele versus reële autoriteit. Dit model beschrijft hoe een beslissing tot stand komt in een situatie waar die beslissing zelf niet contracteerbaar is, maar wel het recht om de beslissing te nemen. Een actie of beslissing kan niet-contracteerbaar zijn om verschillende redenen. De kosten van het opstellen van een contract kunnen te hoog zijn, er kan sprake zijn van juridische beperkingen of van cognitieve beperkingen ('het contract is te complex').

Aghion en Tirole (1997) ontwikkelen een model met twee actoren (een agent en een principaal), waarin de principaal het recht heeft om een niet-contracteerbare beslissing te nemen, maar ook kan besluiten de beslissing over te laten aan de agent. Het model identificeert een afruil die bepaalt wanneer het optimaal is om de formele verantwoordelijkheid te delegeren naar de agent. Aan de ene kant bevordert delegatie de prikkels voor de agent om informatie te verzamelen, aan de andere kant betekent delegatie een verlies van controle door de principaal. Een beknopte beschrijving van het model van Aghion en Tirole wordt gegeven in het tekstkader.

Niet-contracteerbaarheid, wie heeft de formele en reële autoriteit?

In de economische literatuur is het model van Aghion en Tirole (1997) een goed voorbeeld van het optimale ontwerp van organisaties, dat ook op de indicatiestelling kan worden toegepast.

Aghion en Tirole onderscheiden een formele autoriteit en een reële autoriteit. In het geval van formele autoriteit kan een principaal, bijvoorbeeld een onafhankelijke indicatiesteller, te allen tijde het advies van een agent, bijvoorbeeld een zorgaanbieder, negeren. In het model kunnen de agent en de principaal beide informatie vergaren over de wenselijkheid van een project (in de zorg betreft dit doorgaans behandelingen). Het verzamelen van die informatie is voor zowel de agent als de principaal echter kostbaar, ze moeten er moeite voor doen. Als de formele autoriteit voor de beslissing bij de principaal ligt, adviseert de agent na informatievergaring welke beslissing de principaal moet nemen. De principaal kan het advies te allen tijde negeren. Als de formele autoriteit voor de beslissing bij de agent ligt, neemt de agent de beslissing, waarbij ze naar eigen goeddunken rekening houdt met de informatie die de principaal heeft vergaard.

Als de formele autoriteit bij de principaal ligt, zal deze soms echter afzien van een dergelijke ingreep vanwege twee redenen. Ten eerste is de agent soms veel beter geïnformeerd dan de principaal. Echter, hoe meer inspanning de principaal verricht om informatie te vergaren, hoe minder informatie de agent zal verzamelen.

Die weet immers dat de principaal al zijn best doet. Ten tweede kan het zijn dat de doelstellingen van de principaal en de agent relatief parallel lopen. Als de principaal niet over voldoende informatie beschikt, is de beslissing de facto overgelaten aan de agent. In dit geval heeft de agent geen formele, maar wel de reële autoriteit.

Het delegeren van de formele autoriteit van de principaal naar de agent heeft twee voordelen. Ten eerste krijgt de agent een sterkere prikkel om de informatie te verzamelen die relevant is bij het nemen van besluiten. Ten tweede vergroot delegatie het belang van de agent in de contractuele relatie met de principaal. Dit effect is sterker naarmate de overgedragen activiteiten van groter belang zijn voor de agent en waarbij het herroepen van de besluiten van de agent de principaal kan schaden. Uiteraard zijn er ook kosten verbonden aan de delegatie van taken en verantwoordelijkheden. De principaal verliest zijn greep over de door de agent uitgevoerde activiteiten. De agent kan ook nog kiezen voor mogelijke activiteiten die zijn eigen belang dienen.

In de praktijk kan het voorkomen dat het voor de indicatiestelling niet veel uitmaakt waar de formele autoriteit ligt, omdat de uiteindelijke beslissing (reële autoriteit) bij de zorgaanbieder ligt. In geval van acute zorg, waar de urgentie van behandelen hoog is, is het onmogelijk voor een principaal om informatie te verzamelen. Bij planbare curatieve zorg heeft een centrale indicatiesteller meer tijd om informatie te verzamelen. Dit geldt in nog sterkere mate voor langdurige zorg. Als we kijken naar reputatieschade van het terugdraaien van een beslissing, lijkt aannemelijk dat deze groot is voor de curatieve zorg en kleiner voor de langdurige zorg.⁴ Dit suggereert dat de keuze waar de formele autoriteit moet liggen, vooral van belang is bij planbare curatieve zorg en langdurige zorg. In de praktijk zal de beslissing over acute curatieve zorg altijd op decentraal niveau, door de zorgaanbieder, genomen worden.

Bij planbare curatieve zorg en langdurige zorg kunnen beslissingen op decentraal niveau genomen worden voor ingrepen die weinig kosten met zich meebrengen en in een context waarin de zorgaanbieder in hoge mate intrinsiek gemotiveerd is. Dit geldt ook wanneer de zorgaanbieder de juiste financiële prikkels heeft om rekening te houden met de belangen van de centrale indicatiesteller, of wanneer het heel vernieuwende behandelingen betreft die een centrale indicatiesteller niet kan beoordelen vanwege zijn kennisachterstand. Let wel dat de keuze tussen centrale en decentrale modaliteit zowel baten als kosten oplevert. Een heel vernieuwende behandeling kan bijvoorbeeld sneller gebruikt worden in het geval van een decentrale indicatiestelling ten opzichte van een centrale indicatiestelling. Daartegenover staat dat er geen perverse financiële prikkels moeten zijn die het volume van de zorg kunnen opdrijven, en dat de besluiten van de decentrale indicatiesteller kosteneffectief zijn.

⁴ De aanname hier is dat de vertrouwensrelatie tussen zorgvrager en zorgaanbieder sterker is dan tussen zorgvrager en zorgverzekeraar.

Transactiekosten. Bij de inrichting van de indicatiestelling moet tevens rekening gehouden worden met de hoogte van transactiekosten. De verschillende actoren van de indicatiestelling worden geconfronteerd met informatiekosten (hoe krijg ik de informatie die ik nodig heb?), onderhandelingskosten (hoe bewerk ik de informatie?) en toezichtkosten (hoe controleer ik de transactie?). Voor de indicatiestelling zijn de met name de informatiekosten heel relevant. Dit zijn de kosten gerelateerd aan het zoeken van informatie, zodat de indicatie wordt afgegeven en de zorg aan de patiënt wordt toegewezen.

De hoogte van de transactiekosten wordt bepaald door de eigenschappen van de betrokken actoren en de kenmerken van de betreffende transacties. Met een decentrale indicatiestelling hebben de zorgaanbieders zelf de ruimte om te indiceren. Een centrale indicatiestelling brengt hogere transactiekosten met zich mee ten opzichte van een decentrale modaliteit, omdat de indicatiesteller eerst alle relevante informatie, onder andere bij de zorgaanbieders, moet verzamelen.

4 Vormgeving van de indicatiestelling

Het proces van indicatiestelling moet zodanig worden vormgegeven dat een betrouwbare en valide uitkomst van dit proces geborgd kan worden. Een aantal elementen moet daarbij worden afgewogen. Dit betreft naast de mechanismen die economisch van aard, zoals beschreven in paragraaf 3, ook elementen die aansluiten bij het denken in de samenleving over toegankelijkheid van zorg en rechtvaardigheid van de inrichting van het zorgstelsel. Deze maatschappelijke elementen⁵ zijn de *objectiveerbaarheid*, de *onafhankelijkheid* en de *integraliteit* van de indicatie. Daarnaast zijn ook de *geldigheid* en de *urgentiebepaling* van de indicatiestelling en de *mogelijkheid voor een second opinion* van belang.

Objectiveerbaarheid. Een objectiveerbare indicatiestelling houdt in dat de procedure om tot een indicatiestelling te komen uniform is. Dit impliceert de aanwezigheid van duidelijke en eenduidige criteria die controleerbaar en toetsbaar zijn (RMO 2010). Het gebruik van richtlijnen en protocollen is van belang om te komen tot objectiveerbaarheid. Het is echter de vraag of daarmee voldoende basis is voor een objectiveerbare indicatiestelling. Lang niet voor alle aandoeningen bestaan immers eenduidige richtlijnen en/of protocollen. In een dergelijk geval is het geloof (*belief*) van de indicatiesteller bepalend voor de te krijgen zorg (Phelps 1992).

Bij beide modaliteiten van indicatiestelling zal de uitkomst van het proces van indicatiestelling doorgaans niet volledig objectiveerbaar zijn. De reden hiervoor is dat – een uitzondering daar gelaten – ook bij beschikbaarheid van richtlijnen en

⁵ Bij de afweging van de meer maatschappelijke elementen spelen ook de in paragraaf 3 beschreven transactiekosten (om bijvoorbeeld informatie te verzamelen) een rol.

protocollen van de indicatiesteller in de meeste gevallen een subjectieve afweging gevraagd wordt. Uitsluitend in die gevallen waar de indicatiesteller geen enkele subjectieve afweging hoeft te maken om tot een indicatie te komen, kan sprake zijn van volledige objectiviteit.

Onafhankelijkheid. Vanuit maatschappelijk perspectief is onafhankelijkheid van de indicatiestelling van belang. Dit houdt in dat de indicatiestelling plaatsvindt los van de belangen van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en ook van de subjectieve belangen van zorgvragers (RMO 2010). Een centraal indicatieorgaan is op afstand van zorgaanbieders. Met een decentrale indicatiestelling is een zorgaanbieder zowel indicatiesteller als behandelaar. Subjectieve belangen van de zorgvragers, die samenvallen met het (financieel) belang van de zorgaanbieder, worden eerder gehonoreerd. De onafhankelijkheid komt dan in gevaar.

Integraliteit. Idealiter houdt de indicatiesteller rekening met de omgevingsfactoren en de wensen en voorkeuren van de zorgvrager. De zorgvrager en diens zorgbehoefte staan dus centraal. De indicatiestelling mag niet op voorhand worden beïnvloed door schaarste of overvloed in het zorgaanbod (NRV 1994). Een integrale benadering van de hulpvraag kan ook vanuit aangrenzende domeinen van de zorg plaatsvinden. Te denken valt aan huisvesting, hulpmiddelen of het onderwijs.

De onafhankelijkheid van een centraal indicatieorgaan maakt het mogelijk om de situatie van de zorgvrager (denk bijvoorbeeld aan het netwerk, woonsituatie en samenstelling van het huishouden) en diens voorkeuren in kaart te brengen en af te wegen. In een decentrale indicatiestelling kan de mate van specialisatie van de zorgaanbieder de integraliteit beperken. Een generalist heeft veelal beter zicht op omgevingsfactoren en voorkeuren van de zorgvrager. Als de voorkeuren/wensen van de zorgvrager niet samenvallen met het belang van de zorgaanbieder kan de integraliteit in het geding komen.

Geldigheid van de indicatiestelling en urgentiebepaling. De geldigheid van de indicatiestelling dient in de tijd beperkt te zijn. Herziening van de indicatiestelling moet mogelijk zijn bij verandering van de zorgbehoefte. De indicatie moet tevens een urgentiebepaling bevatten, waaruit blijkt op welke termijn de geïndiceerde behandeling / zorg beschikbaar moet zijn. Indien de gezondheidstoestand / omstandigheden van de zorgvrager wijzigen binnen de geldigheidsduur van een centraal indicatiebesluit, moet de zorgvrager de mogelijkheid worden geboden een herindicatie aan te (laten) vragen. Bureaucratie moet in acute situaties geen belemmering vormen. Een indicatiesteller die de zorgvrager ook behandelt (decentrale modaliteit), is op de hoogte van de urgentie van het behandelen, het verloop van de behandeling en veranderingen (zowel verbetering als verslechtering) in de gezondheidstoestand en kan indien nodig de indicatie en de behandeling gelijk aanpassen. In geval van urgente (acute) zorg en gezondheidstoestanden die snel kunnen veranderen, is decentrale indicatiestelling

op zijn plaats. Voor planbare zorg en stabiele gezondheidstoestanden kan centrale indicatiestelling worden overwogen.

Second opinion. Binnen het proces van indicatiestelling moet de mogelijkheid voor een second opinion duidelijk aangegeven worden. Bij decentrale indicatiestelling houdt een second opinion in dat de onafhankelijke beoordeling van een klacht plaatsvindt door een andere zorgaanbieder dan de eigen behandelaar. Dit is een manier om de twijfels over een diagnose, of de onzekerheid rondom de behandeling te verminderen. Bij centrale indicatiestelling moet de zorgvrager de mogelijkheid geboden worden om bezwaar aan te tekenen tegen het indicatiebesluit van het centrale indicatieorgaan. Het is daarbij van belang dat het bezwaar wordt behandeld door een van het centrale indicatieorgaan onafhankelijke instantie. In het geval van decentrale indicatiestelling kan de zorgvrager een andere zorgaanbieder dan zijn behandelend arts raadplegen voor een second opinion.

Aan bovenbeschreven elementen, die van belang zijn bij de inrichting van het indicatieproces, kan nooit volledig worden voldaan, noch bij de decentrale, noch bij de centrale modaliteit van indicatiestelling. In de afweging pleit het toekennen van een groot belang van 'geldigheid en urgentiebepaling' voor een decentrale indicatiestelling en een groot belang aan 'onafhankelijkheid' en 'integraliteit' voor een centrale indicatiestelling.

5 Kansen en risico's van de huidige indicatiestelling voor kostenbeheersing

Het proces van indicatiestelling kan in potentie bijdragen aan kostenbeheersing. Afhankelijk van het type zorg (curatieve versus langdurige zorg, planbare versus acute zorg) biedt een centrale / decentrale indicatiestelling een mogelijkheid om informatieasymmetrie, niet-contracteerbaarheid en transactiekosten te verminderen.

5.1 Curatieve zorg

De zorgverzekeraar (de principaal) koopt zorg in bij zorgaanbieders (de agenten) en maakt afspraken over prijs, volume en de kwaliteit van zorg en het gebruik van richtlijnen. In de Zvw wordt de indicatiestelling decentraal uitgevoerd door zorgaanbieders. De curatieve zorg betreft behandelingen die gericht zijn op genezing, of om verergering van een ziekte of aandoening te voorkomen. Wetenschappelijke verenigingen stellen hiervoor richtlijnen op. Deze richtlijnen spelen met name in het open omschreven deel van het verzekerde pakket een belangrijke rol. Niet voor alle aandoeningen bestaan echter eenduidige richtlijnen of protocollen. Bovendien is er een mate van subjectiviteit door de zorgaanbieders in het toepassen van richtlijnen en protocollen. Daarnaast speelt dat in richtlijnen doorgaans wordt uitgegaan van één enkele aandoening, terwijl er een groeiende groep patiënten is die aan meerdere aandoeningen lijdt (multimorbiditeit).

Informatieasymmetrie. De informatieasymmetrie tussen zorgvragers en zorgaanbieders (tevens indicatiestellers), leidt tot moreel gevaar aan de vraagkant bij zowel centrale als decentrale indicatiestelling. Eigen betalingen hebben een remmend effect op het moreel gevaar. Perverse financiële prikkels in de bekostiging leiden tot moreel gevaar aan de aanbodkant. Een centrale indicatiestelling om aanbodgeïnduceerde vraag te beperken is in de Zvw veelal geen logische optie, vanwege de urgentie van de beslissing en de transactiekosten die dit met zich mee brengt. Voor planbare zorg die gevoelig is voor moreel gevaar aan de vraagkant (behandeling is gewenst door de zorgvrager) of aan de aanbodkant (behandeling is lucratief voor zorgaanbieder) kan centrale indicatiestelling wel worden overwogen of zou de verzekeraar de zorgaanbieders kunnen verplichten vooraf een machtiging te vragen. Hierbij moeten de verwachte baten (minder onnodige of onnodig dure zorg) worden afgewogen tegen de extra transactiekosten die dit oplevert. Een bekostigingssysteem dat de uitkomst belooft in plaats van het aantal verrichtingen, kan effectief zijn in het verminderen van moreel gevaar aan de aanbodkant. Een andere mogelijkheid om moreel gevaar tegen te gaan is dat zorgaanbieders medeverantwoordelijk worden gemaakt voor de financiële consequenties gerelateerd aan de toewijzing van de zorg. De verzekeraar deelt dan het financiële risico met de zorgaanbieder. Hierbij moet opgemerkt worden dat bij de vormgeving hiervan niet alleen gekeken moet worden naar perverse prikkels tot overbehandeling, maar ook tot onderbehandeling. Idealiter wordt het zorgstelsel zo ingericht dat prikkels tot zowel over- als onderbehandeling worden voorkomen.

Vanuit economisch perspectief wordt bij de decentrale indicatiestelling een afweging gemaakt van de verwachte baten voor de patiënt en de kosten van de te krijgen behandeling. Indien informatie over de kosteneffectiviteit van een behandeling is meegenomen in de richtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen wordt deze afweging impliciet gemaakt als de zorgaanbieder deze richtlijnen volgt. In de praktijk is dit nauwelijks het geval (CVZ 2013).

Niet-contracteerbaarheid. De belangrijkste reden om in de curatieve zorg te kiezen voor een decentrale indicatiestelling is het zware gewicht dat de urgentie van de beslissing krijgt. In situaties waar direct behandelen noodzakelijk is of de gezondheidstoestand van de patiënt instabiel is (bijvoorbeeld in de acute curatieve zorg) of nog zal veranderen is een decentrale indicatiestelling vanzelfsprekend.

De reputatie van de zorgverzekeraar voor het terugdraaien van een beslissing speelt ook een rol bij de decentrale indicatiestelling in de Zvw. Een zorgvrager zal doorgaans zijn arts meer vertrouwen dan zijn zorgverzekeraar.

Transactiekosten. De decentrale indicatiestelling in de Zvw vermindert de transactiekosten om relevante informatie te verzamelen. Zorgaanbieders hebben de ruimte om te indiceren en kunnen bij urgente situaties snel beslissingen nemen (denk aan acute curatieve zorg). Hier staat tegenover dat de ruimte om te indiceren

niet beïnvloed moet worden door perverse (financiële) prikkels. Aan de zorgverzekeraars dus de rol om zorgaanbieders te monitoren. Zorgverzekeraars kunnen zorgaanbieders monitoren en benchmarken op hun casemix en volumegroei en zo praktijkvariatie in kaart brengen. Over de uitkomsten van de monitoring en benchmarking en de interpretatie ervan kunnen zorgverzekeraars in gesprek gaan met de zorgaanbieders en zonedig betrekken bij hun zorginkoop. Binnen het zorgstelsel moet zo het tegenwicht tegen aanbodgeïnduceerde vraag komen van de zorgverzekeraars, die selectief zorg in mogen inkopen.

5.2 Langdurige zorg

In de AWBZ komt zowel centrale als decentrale indicatiestelling voor. In een aantal situaties, zoals de indicatiestelling voor AWBZ-zorg met verblijf voor 80+'ers, zijn de zorgaanbieders gemandateerd om de indicatiestelling te doen (decentrale indicatiestelling). Voor de overige AWBZ-zorg is het CIZ het onafhankelijk indicatieorgaan. Op het moment dat het CIZ een indicatiebesluit afgeeft en doorstuurt naar het zorgkantoor, zal het zorgkantoor de zorgvrager helpen een zorgaanbieder te vinden. Het zorgkantoor zal achteraf controleren op de rechtmatigheid van de declaratie door de zorgaanbieder. Bij langdurige zorg gaat het om niet op genezing of behandeling gerichte zorg, maar om langdurige zorg, zoals verzorging, verpleging en/of begeleiding voor patiënten met een aandoening, beperking of handicap. Er is immers veelal sprake van een stabiele en langdurige situatie voor de zorgvrager. Een centrale indicatiestelling is dan een geschikte optie.

Informatieasymmetrie. De CIZ Indicatiwijzer is het protocol dat het CIZ volgt om, rekening houdend met relevante regelgeving, te komen tot een indicatiebesluit. Met de CIZ Indicatiwijzer maakt de centrale indicatiesteller transparant hoe indicatiebesluiten genomen worden en welke informatie daarbij betrokken wordt. Dit neemt niet weg dat er informatieasymmetrie bestaat tussen de zorgaanbieders en de indicatiesteller. In dit kader is het CIZ de principaal en de zorgaanbieders de agenten. Dit kan tot moreel gevaar aan de vraagkant leiden, vooral bij zorg die aangenaam en dus gewenst is voor de zorgvrager. Eigen betalingen verminderen moreel gevaar aan de vraagkant.

Moreel gevaar aan de aanbodkant kan optreden in situaties waar sprake is van mandatering (decentrale indicatiestelling). Perverse financiële prikkels in de bekostiging (betaling per verrichting) leiden dan tot aanbodgeïnduceerde vraag. Recent onderzoek van het CIZ laat inderdaad zien dat upcoding bij de gemandateerde indicatiestelling daadwerkelijk optreedt (CIZ 2013).

Niet-contracteerbaarheid. In de langdurige zorg speelt de urgentie van de beslissing een minder belangrijke rol dan in de Zvw. Zoals eerder opgemerkt gaat het in de AWBZ meestal om langdurige, planbare zorg. In deze situatie is een centrale indicatiestelling een gewenste vorm om zorg toe te wijzen.

Een decentrale indicatiestelling in de AWBZ is een mogelijke optie voor langdurige zorg die ongevoelig is voor moreel gevaar aan zowel de vraag- als de aanbodkant. Hiervoor is de monitoring van het CIZ minder van belang en werkt delegatie van indicatiestelling naar de zorgaanbieder goed.

Transactiekosten. Het CIZ moet informatie verzamelen bij de zorgaanbieders en de zorgvragers om een indicatiebesluit te kunnen nemen. Dit kan hoge transactiekosten met zich meebrengen. Een centrale indicatiestelling is dan ook gewenst voor dure zorg, zoals zorg met verblijf. Voor AWBZ-zorg zonder verblijf, die soms kortdurend en urgent is, denk bijvoorbeeld aan verzorging en verpleging na een ziekenhuisopname, zou decentrale indicatiestelling ook overwogen kunnen worden.

6 Conclusie

Zowel de centrale als de decentrale indicatiestelling kenmerken zich door een drietal factoren: de informatieasymmetrie tussen de verschillende actoren (zorgvrager, zorgaanbieder, zorgverzekeraar en indicatiesteller), de niet-contracteerbaarheid van de genomen afspraken en de transactiekosten gerelateerd aan het krijgen, bewerken en toezien op de gekregen informatie. Andere elementen vanuit een maatschappelijk perspectief (objectieveerbaarheid, onafhankelijkheid, integraliteit, geldigheid en urgentiebepaling en second opinion) zijn van belang voor de vormgeving van de indicatiestelling.

Aan zowel de economische als maatschappelijke elementen die van belang zijn bij de inrichting van de indicatiestelling kan nooit volledig worden voldaan, noch bij de decentrale, noch bij de centrale indicatiestelling. In de afweging pleit het toekennen van een groot belang van 'geldigheid en urgentiebepaling' voor een decentrale indicatiestelling en een groot belang aan 'onafhankelijkheid' en 'integraliteit' voor een centrale indicatiestelling. Daarnaast spelen informatieasymmetrie, belangentegenstellingen en transactiekosten een rol, die het lastig maken om aan bovengenoemde elementen te voldoen.

Informatieasymmetrie tussen zorgvragers en indicatiestellers (centraal en decentraal) leidt tot moreel gevaar aan de vraagkant; prikkels in de bekostiging, die aanzetten tot het verlenen van meer zorg dan aangewezen in combinatie met informatieasymmetrie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder tot moreel gevaar aan de aanbodkant. Aan de vraagkant kan moreel gevaar tegengegaan worden met eigen betalingen. Aanbodgeïnduceerde vraag kan onder andere beperkt worden met centrale indicatiestelling. In het geval van acute curatieve zorg zal de feitelijke beslissing altijd door de zorgaanbieder worden genomen en is centrale indicatiestelling geen optie. Zorgverzekeraars kunnen wel overwegen om bij planbare curatieve zorg die gevoelig is voor moreel gevaar aan de vraag- of aanbodkant de zorgaanbieder vooraf een machtiging te laten vragen. Een oplossing kan ook worden gezocht in de aanpassing van de bekostiging om de perverse

financiële prikkels te beperken. Zorgverzekeraars kunnen zorgaanbieders monitoren en benchmarken en zo praktijkvariatie en mogelijke indicatieverruiming of -verschuivingen in kaart brengen. Tevens kunnen zorgverzekeraars hierover met zorgaanbieders in gesprek gaan en/of hier in het contracteringsproces rekening mee houden. Een andere optie zou kunnen zijn om de indicatiesteller/zorgaanbieder mede verantwoordelijk te maken voor de financiële consequenties gerelateerd aan de toewijzing van de zorg.

In de Zvw is de zorgverzekeraar zo gepositioneerd dat deze tegenwicht kan bieden aan aanbodgeïnduceerde vraag door zorgaanbieders. In de AWBZ is die positie minder goed belegd. Samenwerking tussen de zorgkantoren en het CIZ is noodzakelijk. Aan de ene kant beschikt het CIZ over de informatie en kennis om te signaleren dat bij bepaalde aanbieders mogelijk sprake is van upcoding of aanbodgeïnduceerde vraag. Bij de zorginkoop gaat het zorgkantoor hier idealiter over in gesprek met de zorgaanbieder. Aan de andere kant moet het zorgkantoor de signalen die zij binnen krijgt over mogelijke aanbodgeïnduceerde vraag doorspelen aan het CIZ. Het CIZ kan deze signalen immers onderzoeken.

Concluderend kan worden gesteld dat de indicatiestelling *an sich* geen middel is om zorgkosten te beheersen. In dit artikel hebben we vanuit een principaal-agentinvalshoek geanalyseerd hoe de inrichting van de indicatiestelling binnen het zorgstelsel wel degelijk kan bijdragen aan toegankelijke en betaalbare zorg.

Auteurs

Dr. I. (Ilaria) Mosca (e-mail: mosca@bmg.eur.nl) is senior consultant aan Ecorys Nederland, Rotterdam en verbonden aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.

Dr. L.M. (Leida) Lamers (e-mail: L.M.Lamers@cpb.nl) is wetenschappelijk medewerker aan het Centraal Planbureau, Den Haag.

Dit artikel is gebaseerd op de CPB-notitie 'Indicatiestelling binnen de collectieve zorgverzekeringen'. De auteurs bedanken de collega's van het Centraal Planbureau en de referenten voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

Literatuur

Aghion, P. en J. Tirole, 1997, Formal and Real Authority in Organizations, *Journal of Political Economy*, vol. 105(1): 1-29.

Bradshaw, J., 1972, A taxonomy of social need, *New Society*, vol. 30(3): 72.

Chandra, A., D. Cutler en Z. Song, 2012, Who ordered that? The economics of treatment choices in medical care, *Handbook of health economics*, vol. 2: 397-432, North Holland.

- Chandra, A., en D.O. Staiger, 2007, Productivity spillovers in healthcare: evidence from the treatment of heart attacks, *The Journal of Political Economy*, vol. 115(1): 103.
- CIZ, Centrum indicatiestelling zorg, 2013, Rapportage Onderzoek omvang upcoding gemandateerde indicatiestelling en aanbevelingen, Driebergen: CIZ.
- CVZ, College voor Zorgverzekeringen, 2013, Kosteneffectiviteit in de zorg, Op weg naar een genuanceerd en geaccepteerd gebruik van kosteneffectiviteitsgegevens in de zorg. Diemen: CVZ.
- Cutler, D., J. Skinner, A. Dora Stern en D. Wennberg, 2013, Physician Beliefs and Patient Preferences: A New Look at Regional Variation in Health Care Spending. NBER Working Paper 19320, Cambridge, MA: NBER.
- Douven, R.C.M.H., R. Mocking en I. Mosca, 2012, The Effect of Physician Fees and Density Differences on Regional Variation in Hospital Treatments, Den Haag: CPB.
- Ewijk, C. van, A. van der Horst en P. Besseling (eds), 2013, *Toekomst voor de zorg, Gezondheid loont, Tussen keuze en solidariteit*, Den Haag: CPB.
- Hasaart, F., 2011, Incentives in the Diagnosis Treatment Combination payment system for specialist medical care, proefschrift Universiteit Maastricht.
- Hazeu, C.A., 2000 Institutionele economie, Bussum: Coutinho.
- Meijer, S., R. Douven, en B. van den Berg, 2010, Hoe beïnvloedt geregleerde concurrentie de Nederlandse ziekenhuismarkt?, *TPEdigitaal*, vol. 4(1): 39-49.
- NRV, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1994, Indiciestelling en zorg op maat, NRV: Den Haag.
- O'Hare, A.M., R.A. Rodriguez, S.M. Hailpern, E.B. Larson en M.K. Tamura, 2010, Regional variation in health care intensity and treatment practices for end-stage renal disease in older adults, *JAMA: the journal of the American Medical Association*, vol. 304(2): 180-86.
- Phelps, C.E., 2000, Information diffusion and best practice adoption, in: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (eds), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, Elsevier Science Publishers.
- Phelps, C.E., 1992, Diffusion of information in medical care, *The Journal of Economic Perspectives*, vol. 6(3): 23-42.
- RMO, Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2010, Indiciestelling: omstreden toegang tot zorg, RMO: Den Haag.
- Skinner, J., 2012, Causes and consequences of regional variation in health care, in: M.V. Pauly, T.G. McGuire en P.P. Barros (eds), *Handbook of Health Economics vol. II*: 46-94, Amsterdam: Elsevier Science Publishers.
- Smits, J.P.J.M., P.C.A. Droomers, en G.P. Westert, 2002, Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland, Bilthoven: RIVM.
- Vektis/Plexus, 2011, Rapportage indicatoren indicatiestelling (praktijkvariatie), Zeist: Vektis.
- VTV, Volksgezondheid Toekomst Verkenning, 1997, VI Zorggebruik en Zorgbehoefte. Red: Post D, Stokx LJ, RIVM Bilthoven Elsevier/De Tijdstroom.
- Westert, G.P., P.P. Groenewegen, H.C. Boshuizen, P.M. Spreeuwenberg en M.P. Steultjens, 2004, Medical practice variations in hospital care; time trends of a spatial phenomenon, *Health & Place*, vol. 10(3): 215-20.

Efficiëntie, concurrentie en globale budgetten in de zorg

Rudy Douven en Jan Boone

Wanneer de zorguitgaven harder stijgen dan het inkomen dan wordt het steeds moeilijker om de zorg collectief te financieren. De stijgende zorguitgaven kunnen dan andere collectieve uitgaven, zoals onderwijs, defensie etc. uithollen. We bekijken in dit artikel of het gebruik van budgetten, in een systeem van gereguleerde concurrentie, een oplossing is om de zorguitgaven te beteugelen zonder dat het ten koste gaat van de welvaart. We laten zien dat onder bepaalde voorwaarden budgetten de welvaart kunnen verhogen. Dit is het geval wanneer budgetten de allocatieve efficiëntie verhogen zonder dat dit ten koste gaat van de productieve efficiëntie.

1 Inleiding

Een belangrijke uitdaging in het zorgstelsel van gereguleerde concurrentie is de verbetering van de efficiëntie in de zorg. Het Taskforce rapport (Ministerie van VWS, 2012) geeft aan dat de invoering van het nieuwe zorgstelsel heeft geleid tot een toename van de doelmatigheid en een hogere productiviteit in delen van de zorg. De hogere productiviteit heeft echter ook een nadeel omdat het heeft geleid tot een sterke groei van het zorgvolume en oplopende zorgkosten. Het Taskforce rapport laat zien dat dit hoge zorgvolume niet altijd wenselijk is. Zo worden onder druk van het aanbod de indicaties opgerekt en richt het aanbod zich steeds meer op een lichtere zorgvraag, waardoor zorg geleverd wordt aan een steeds grotere groep mensen. De meest recente cijfers laten weliswaar een lage groei van de zorguitgaven voor 2012 en begin 2013 zien, maar een belangrijke uitdaging voor de toekomst is om de structurele groei van de zorguitgaven terug te brengen naar een houdbaar groeipad.

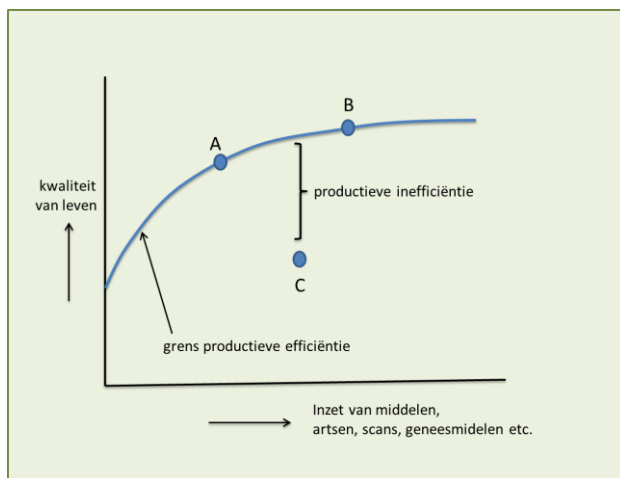
In dit artikel behandelen we de aanbodkant van de zorg en gaan we na hoe de doelmatigheid in de zorg verbeterd kan worden. Hierbij maken we een onderscheid tussen productieve en allocatieve efficiëntie. We beargumenteren dat het huidig stelsel van gereguleerde concurrentie vooral gericht is op het verbeteren van de productieve efficiëntie, maar dat er meer prikkels nodig zijn voor een verbetering van de allocatieve efficiëntie in de zorg. We geven aan dat overbehandeling in de zorg een probleem is, omdat zorgaanbieders de neiging hebben meer te letten op de medische effectiviteit van behandelingen dan op de kosten. Toekomstig beleid

dient meer gebruik te maken van het kosteneffectiviteitscriterium. Bij dit criterium worden de baten van een behandeling afgezet tegen de kosten. Dit kan de allocatieve efficiëntie in de zorg verbeteren. Globale budgetten kunnen helpen bij het bereiken van meer kosteneffectieve zorg. Een belangrijke voorwaarde is wel dat artsen behandelingen voldoende moeten kunnen prioriteren; dat wil zeggen dat ze bij hun keuze tussen wel of niet behandelen van een patiënt voldoende onderscheid moeten kunnen maken tussen welke behandelingen wel en niet kosteneffectief zijn. Daarnaast laten we zien dat een globaal budget effectiever is wanneer het wordt toegepast op een gegeven patiëntenpopulatie, en er bij de bepaling van het budget rekening wordt gehouden met het risicoprofiel van de populatie en de geleverde kwaliteit van de zorg.

Bij de beschrijving van de theorie van allocatieve en productieve efficiëntie maken we gebruik van de zorgliteratuur uit de VS (zoals Baicker en Chandra 2011; Chandra, Cutler en Song 2011; Chandra, Jena en Skinner 2011; Chandra en Skinner 2012) en het Centraal Planbureau (Douven 2013). Het doel van het artikel is om deze theorieën uit te leggen en vervolgens toe te passen op de Nederlandse zorgmarkt en te bezien of er belangrijke beleidslessen zijn te trekken.

2 Productieve en allocatieve efficiëntie

In de zorg bestaan vele vormen van efficiëntie. Een specialist kan hartoperaties technisch gezien perfect uitvoeren. Dat wil bijvoorbeeld zeggen dat de hartoperatie van hoge kwaliteit is, relatief niet duur is en naar de tevredenheid van de patiënt verloopt. Dit hoeft echter niet te betekenen dat de keuze om de patiënt te behandelen met een hartoperatie optimaal is. Misschien was het goedkoper en effectiever geweest om met een goedkoop geneesmiddel hetzelfde resultaat te bereiken. Misschien was het zelfs beter geweest om de patiënt helemaal niet te behandelen en zou de totale welvaart hoger zijn geweest wanneer we hetzelfde bedrag aan een betere verkeersveiligheid of hogere dijken hadden besteed. Om de verschillende vormen van efficiëntie beter te kunnen duiden, onderscheiden we twee soorten efficiëntie.

Figuur1 Productieve en allocatieve efficiëntie

Productieve efficiëntie. Gegeven dat er een behandeling nodig is, probeer je bij productieve efficiëntie met de beschikbare middelen zoveel mogelijk gezondheidswinst te bereiken. Dit kan efficiëntie in kosten betreffen. Bijvoorbeeld, wanneer er voor een ziekte twee verschillende behandelingen mogelijk zijn die hetzelfde resultaat opleveren, dan is het efficiënter om de goedkoopste behandeling uit te voeren. Maar het kan ook een efficiënt gebruik van input of productiefactoren betreffen. Bij gelijke input is het efficiënter om die behandeling te kiezen waarvan de baten, in termen van gezondheidswinst, het grootst zijn. In Figuur 1 geven we dit weer. Op de horizontale as staan de middelen om de gezondheid te verbeteren, zoals specialisten, verzorgers, ziekenhuizen, geneesmiddelen, scans en type behandeling. Hoe meer we van deze middelen gebruiken, hoe hoger de zorguitgaven zijn. Op de verticale as staan de baten van behandelen; de gezondheidswinst die bereikt wordt door het inzetten van gezondheidszorg. De grens van productieve efficiëntie geeft weer welke gezondheidswinst valt te behalen bij een optimale inzet van deze middelen. Hierdoor krijgt de grens van productieve efficiëntie een concave vorm. In Figuur 1 noemen we het productieniveau in punt C productief inefficiënt. Immers, met dezelfde middelen kan meer gezondheidswinst worden bereikt wanneer die middelen efficiënter worden ingezet.

Allocatieve efficiëntie. Een behandeling is allocatief efficiënt wanneer de behandeling echt nodig is, of wanneer de baten van de behandeling groter zijn dan de baten van dezelfde uitgaven elders in de economie. Dit komt erop neer dat geld in de economie daar moet worden uitgegeven waar het nut het grootst is. Wanneer één extra euro in onderwijs of defensie meer oplevert dan één extra euro in de zorg, dan is het efficiënter om deze euro aan onderwijs uit te geven. Dit uitgangspunt wijkt af van een meer bredere definitie van allocatieve efficiëntie waarbij het gaat

om zowel de verdeling van middelen binnen de zorgsector als tussen de zorgsector en andere sectoren in de economie. In ons betoog valt een efficiënte verdeling van middelen binnen de zorgsector onder productieve efficiëntie. Wanneer zorg een gewoon consumptiegoed zou zijn, zouden consumenten zelf de afweging maken tussen het consumeren van zorg en het nut van andere goederen in de economie. De zorg wordt voor het overgrote deel echter collectief gefinancierd; de overheid bepaalt in belangrijke mate welke basiszorg voor iedereen belangrijk is. Wanneer we de collectieve zorguitgaven willen beperken, dan is dit eigenlijk alleen nodig wanneer de marginale baten van hogere collectieve zorguitgaven lager zijn dan de baten van marginale collectieve uitgaven in andere sectoren van de economie. Wanneer dit niet het geval is, mag de zorg in principe verder groeien. Uiteindelijk is dit een keuze van de overheid, en hierin zit ook opgesloten welke mate van solidariteit we als maatschappij in de zorg wenselijk achten. Wanneer overheden convenanten of budgetten in de zorg aankondigen om de uitgaven te beperken, dan kan dat gezien worden als een signaal dat de zorg allocatief inefficiënt is.

In Figuur 1 worden twee verschillende keuzes weergegeven op de grens van productieve efficiëntie: A en B. De keuze geeft aan hoeveel we maatschappelijk bereid zijn te betalen aan zorg in verhouding tot andere goederen in de economie. In punt A kiezen we voor minder zorg en lagere belastingen (ofwel meer andere bestedingen); in punt B kiezen we juist voor meer zorg. Bij punt A kan men bijvoorbeeld denken aan een kleiner basispakket, hogere verplichte eigen risico's, of een minder snelle diffusie van nieuwe technologie dan in punt B. Bij die keuze is het maatschappelijk gezien belangrijk hoe we extra gezondheidswinst of kwaliteit van leven waarderen. Wanneer we maatschappelijk gezien punt A als optimaal beschouwen, dan is punt B allocatief inefficiënt. Immers, de extra benodigde middelen en de euro's die we aan gezondheidszorg uitgeven om van A naar B te komen, wegen niet op tegen de extra gezondheidswinst en het verlies van andere goederen in de economie.

3 Kosteneffectiviteit en kwaliteit van de zorg

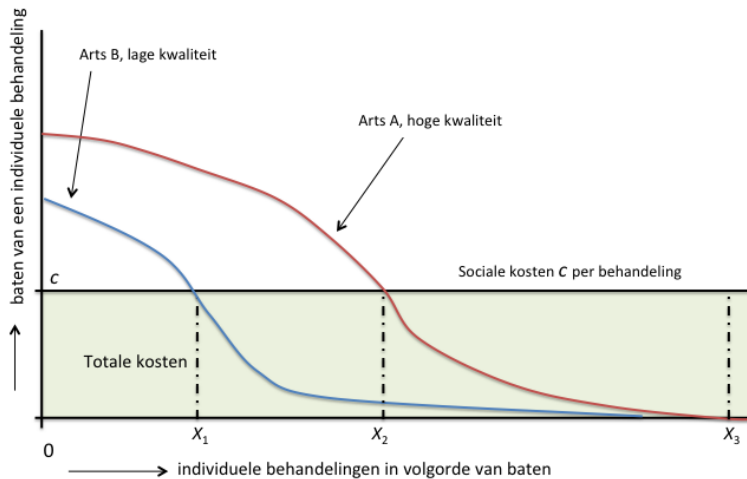
Iedereen wil een goede kwaliteit zorg en veel mensen vinden dat niet goed genoeg en willen zelfs de beste kwaliteit van zorg. Om consumenten deze keuzes te kunnen geven is kwaliteitsinformatie nodig om een beter inzicht te krijgen in het handelen van de arts. Toch is inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg nog maar beperkt aanwezig.

Wanneer het gaat over de kwaliteit van voetballers dan weten veel mensen wat goede en minder goede voetballers zijn. Goede voetballers kunnen immers wekelijks worden geobserveerd door miljoenen mensen. Bij artsen zijn de kwaliteitsverschillen veel lastiger te achterhalen, omdat de resultaten van hun activiteiten veel moeilijker zijn te observeren en te meten. Maar ook bij artsen zouden de kwaliteitsverschillen wel eens groot kunnen zijn. Artsen die een hogere kwaliteit leveren, kunnen meer patiënten behandelen. Zo laten Chandra en Staiger

(2007) zien dat specialisatie in het behandelen van hartaanvallen leidt tot een hogere kwaliteit per behandeling en dat als gevolg ook meer patiënten konden worden behandeld. De artsen trokken dus niet alleen meer patiënten aan omdat ze een betere kwaliteit leverden, maar ook omdat hun toegevoegde waarde per behandeling hoger is. Dit geldt vooral daar waar er sprake is van specialisatie in de zorg. Hoewel het in Nederland nog niet voorkomt, zou men bij het bekostigen van artsen rekening willen houden met het effect dat een betere kwaliteit zorg leidt tot een groter behandelvolume.

Een hypothetisch voorbeeld geven we in Figuur 2, waarbij we een situatie veronderstellen waarbij er één arts is die een groep patiënten behandelt. We beschouwen twee verschillende typen artsen. Arts A heeft langere scholing en training ondergaan en is beter op de hoogte van de nieuwste medische ontwikkelingen in zijn vakgebied dan arts B. We veronderstellen dat beide artsen productief efficiënt behandelen maar hun opleiding zorgt ervoor dat hun productieve efficiëntiegrens, zoals aangegeven in Figuur 1, verschilt. Dit laten we in Figuur 2 zien door voor beide artsen de behandelingen te rangschikken in volgorde van baten, waarbij de behandelingen met de hoogste baten links zijn gelegen en de laagste baten rechts. In de Figuur 2 is de kwaliteit van arts A hoger dan van arts B, omdat de baten van een behandeling voor arts A voor iedere patiënt groter zijn dan voor arts B. Wanneer we voor het gemak de sociale kosten van een behandeling gelijk aan c veronderstellen, dan stellen economen dat de behandelingen door arts A kosteneffectiever zijn dan door arts B.

Wanneer artsen bekend zijn met hun eigen kwaliteit van behandelen en daarnaast geschoold en getraind zijn om alleen dan te behandelen wanneer een behandeling kosteneffectief is, krijgen we vanzelf het gewenste optimum (aangenomen dat een arts voldoende betaald wordt voor zijn verrichtingen). Dit optimum van kosteneffectiviteit geven we in Figuur 1 weer. Arts B voert in het optimum X_1 behandelingen uit en arts A X_2 behandelingen.

Figuur 2 Kwaliteit en kosteneffectiviteit

Dit geschetste optimum van kosteneffectiviteit is in de praktijk moeilijk te bereiken omdat de zorg wordt gekenmerkt door een groot aantal marktimperfecties. Een eerste imperfectie is dat artsen de neiging hebben om patiënten te helpen, zelfs wanneer dat hoegenaamd geen gezondheidswinst oplevert. Chandra en Skinner (2012) stellen bijvoorbeeld dat het merendeel van de artsen opgeleid en getraind, en dus intrinsiek gemotiveerd zijn, om mensen beter te maken en dat ze alles in het werk zullen stellen om de gezondheid van patiënten te bevorderen, ook als de baten in de verste verte niet opwegen tegen de kosten.

In economische termen betekent dit dat ze meer geneigd zijn om medische effectiviteit als criterium te nemen voor het wel of niet behandelen van patiënten. Dit is een belangrijk verschil met het kosteneffectiviteitscriterium omdat ze bij het medische effectiviteitscriterium niet of nauwelijks op de kosten van een behandeling letten. Wanneer een arts geneigd is om alleen op het medische effectiviteitscriterium te letten dan resulteert dat in een toename van het aantal behandelingen. In Figuur 2 wordt dit weergegeven. Arts A heeft dan de neiging om in plaats van X_2 , X_3 behandelingen uit te voeren en arts B in plaats van X_1 , X_3 behandelingen. De extra behandelingen zijn dus wel effectief, maar niet kosteneffectief.

Naast het feit dat artsen de neiging hebben exclusief op de medische effectiviteit van een behandeling te letten, spelen nog een aantal andere imperfecties in de zorg een rol die artsen stimuleren om meer in richting van X_3 te behandelen. Zo kan de arts bij het bepalen van een behandeling beïnvloed worden door de wens van de patiënt. Patiënten hebben de premie immers al betaald en wensen (of eisen) dan een behandeling zolang deze positief bijdraagt aan hun gezondheid. Deze wens van de patiënt zal groter zijn bij een volledige verzekering, of wanneer er geen, of lage, eigen betalingen bestaan. Dit mechanisme kan nog versterkt worden wanneer artsen per behandeling betaald krijgen. Artsen kunnen dan hun inkomen verhogen door meer te behandelen. Bij specialisten die betaald

worden per behandeling, speelt dit een grotere rol dan bij specialisten die in loondienst werken (Douven et al. 2012).

4 Globale budgetten in de zorg

Wanneer we ervan uitgaan dat artsen voornamelijk letten op de medische effectiviteit van een behandeling dan is voor een betalende partij, zoals de overheid of een verzekeraar, de uitdaging om een betalingssysteem te bedenken waarbij artsen aangespoord worden om minder te behandelen. In dit artikel beschouwen we een globaal budget voor (individuele) zorgaanbieders. Bij een globaal budget krijgen zorgverleners een vast budget, waarbij ze als tegenprestatie een minimum aantal behandelingen moeten uitvoeren. Een minimum aantal behandelingen veronderstellen we hier om te voorkomen dat een arts een globaal budget ontvangt, zonder daarvoor een tegenprestatie te leveren. In de praktijk zijn ook andere mechanismen denkbaar. Zo bestaan er in de VS momenteel zogenoemde ‘Accountable Care Organizations’ (ACO) op de publieke verzekeringsmarkt en ‘Alternative Quality Contracts’ (AQC) op de private verzekeringsmarkt. De ACO en AQC staat voor een groep zorgaanbieders die verantwoordelijk is voor een vooraf gedefinieerde verzekerdenpopulatie. Vaak spreekt de verzekeraar met de ACO of AQC een globaal budget af. Voor de bepaling van dit budget vindt risicoverevening plaats, dat wil zeggen dat het budget wordt afgestemd op de risicokenmerken van de populatie. Achteraf kan het globale budget worden aangepast op basis van de geleverde kwaliteit. Bij een AQC wordt dit gebaseerd op zestig kwaliteitsindicatoren (Song et al. 2012). Bij een globaal budget wordt dus het delen en dragen van risico’s omtrent uitgaven en medische effectiviteit van behandeling anders vorm gegeven. Een belangrijke voorwaarde voor een budget is wel dat zorgaanbieders voldoende inzicht hebben in de medische effectiviteit en uitgaven. Een andere belangrijke voorwaarde is dat het introduceren van een budget de concurrentie in de zorg niet mag dwarsbomen (Boone en Douven 2012). Hier gaan we in dit artikel nader op in.

Wanneer de betalende partij volledige informatie heeft over alle aspecten van de behandeling, zoals de kwaliteit, productiekosten en de kosteneffectiviteit van behandelingen, dan is de bepaling van een globaal budget voor een arts in Figuur 2 eenvoudig en kunnen we rekening houden met de kwaliteitsverschillen tussen artsen. Arts A krijgt een hoger globaal budget dan arts B, waarbij arts A meer behandelingen moet uitvoeren dan arts B (X_2 tegenover X_1).

In de praktijk is er een aantal aandachtspunten bij het operationaliseren van deze oplossing. Een eerste vraag is of artsen voldoende kennis hebben om behandelingen te kunnen prioriteren op basis van het kosteneffectiviteitscriterium. Immers, wanneer arts A minimaal X_2 behandelingen dient uit te voeren, dan zijn dat idealiter alle behandelingen gelegen in het interval $[0, X_2]$. We gaan hier dieper op in de eerste tekstbox.

Een tweede vraag is of artsen zo makkelijk te bewegen zijn om alleen kosteneffectieve behandelingen uit te voeren. Artsen zullen dit moeilijk vinden, zeker wanneer ze geschoold zijn om te behandelen op basis van het medische effectiviteitscriterium. Om wat meer inzicht te krijgen, maken we hier twee veronderstellingen over de nutsfunctie van de arts: (i) artsen ondervinden disnut voor elke patiënt die ze niet mogen behandelen waar wel een effectieve ingreep voorhanden is en (ii) dit disnut is hoger naarmate de effectiviteit van de behandeling hoger is. Deze veronderstellingen zorgen ervoor dat een arts behandelingen prioriteert op basis van medische effectiviteit. Verder levert het afwijzen van een bepaalde patiënt met gegeven X een hoger disnut op voor arts A dan B in Figuur 2, omdat de behandelingen van arts A effectiever zijn.

Gegeven deze nutsstructuur van de arts, is het niet optimaal voor de overheid om kosteneffectieve zorg af te dwingen. De arts moet dan gecompenseerd worden voor het disnut over de effectieve behandelingen die ze niet mag uitvoeren. Wanneer dit disnut van de arts groot is, kan het optimaal zijn om de arts toe te staan meer te behandelen dan X_1 en X_2 voor respectievelijk arts B en arts A. Dus afhankelijk van de nutsstructuur van de arts, kan het optimaal zijn om enige overbehandeling toe te staan, maar niet tot aan het punt X_3 . In termen van Figuur 1 betekent dit dat het allocatief efficiënt kan zijn om zorg toe te laten die niet kosteneffectief is.

Op de lange termijn ligt het meer voor de hand om artsen meer bewust te maken van het kosteneffectiviteitscriterium, en opleidingen hierop aan te passen. Op deze manier wordt de nutsfunctie van nieuwe artsen aangepast. In Figuur 1 betekent dit dat op de lange termijn het allocatief inefficiënte punt B wordt verschoven naar het meer allocatief efficiënte punt A.

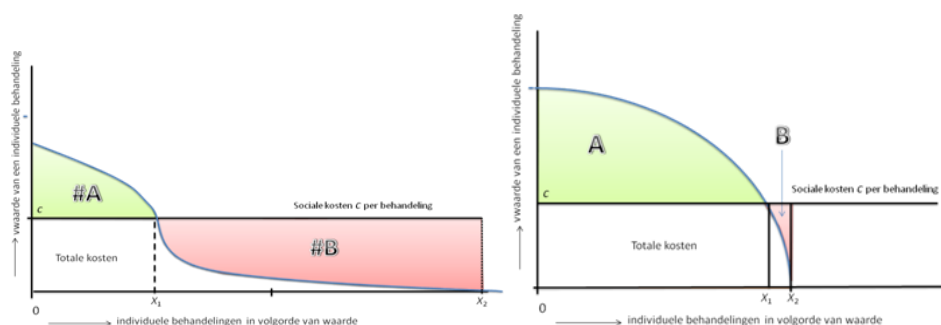
Kunnen artsen behandelingen prioriteren?

Een globaal budget werkt welvaartsverhogend wanneer artsen behandelingen kunnen prioriteren in volgorde van kosteneffectiviteit. Het idee hierachter is eenvoudig. Wanneer er overbehandeling is, kunnen we met minder behandelingen toe. Door het aantal behandelingen te begrenzen, bijvoorbeeld door het aantal behandelingen iets lager te stellen dan vorig jaar, wordt een arts gedwongen om te gaan kiezen: welke behandelingen blijf ik wel doen en welke behandelingen ga ik niet meer doen?

De arts dwingen om keuzes te maken is niet eenvoudig. Zo weet een arts niet welke behandelingen in de toekomst nog gaan komen. Een arts kan ook besluiten om niet te kiezen en alle behandelingen gewoon uit te voeren. Wanneer het aantal behandelingen op is, ontstaan er wachtlijsten. In Figuur 3 laten we twee soorten behandelingen zien. In het linkerpaneel van Figuur 3 geldt dat $\#A < \#B$. Dat wil zeggen, wanneer alle behandelingen $[0, X_2]$ worden uitgevoerd, is het resultaat niet-kosteneffectief. Een globaal budget verhoogt dan altijd de welvaart, ook wanneer artsen behandelingen niet goed kunnen prioriteren. Wachtlijsten zullen toenemen, maar dit is voor een groter deel efficiënt dan inefficiënt (Boone en Douven 2012). Bij de behandeling in het rechterpaneel geldt dat $\#A > \#B$. Wanneer artsen niet kunnen prioriteren, leidt inperking van het aantal behandelingen altijd tot welvaartsverlies. Mogelijke voorbeelden van behandelingen behorend bij linkerpaneel zijn behandelingen van rugpijn, of het plaatsen van stents in bloedvaten en voor het rechterpaneel anti-retrovirale therapie bij HIV- en AIDS-patiënten (Chandra en Skinner 2012).

Empirische evidentie over prioriteren is schaars. Baicker et al. (2006) vinden aanwijzingen hiervoor bij verloskunde. Een andere aanwijzing is Van de Vijzel et al. (2011). Zij laten zien dat het afschaffen van de budgettering in 2001 vooral heeft geleid tot een toename van behandelingen zonder duidelijke diagnose, hetgeen impliceert dat de kosteneffectiviteit ervan onduidelijk was. In de praktijk zal een arts niet precies tussen behandelingen kunnen discrimineren. De conclusie is dat een globaal budget meer zin heeft bij behandelingen waarbij de arts de kosteneffectiviteit goed kan inschatten, of wanneer de gemiddelde behandeling niet kosteneffectief is zoals in het linkerpaneel van Figuur 3.

Figuur 3 Twee soorten behandelingen



Een derde aspect is dat de betalende partij vaak gebrek aan informatie over kwaliteit heeft. Wanneer de kwaliteit bekend is, zou de betalende partij daar rekening mee willen houden en de hogere-kwaliteitsarts A meer behandelingen laten uitvoeren dan arts B. Wanneer deze kwaliteitsinformatie ontbreekt, bestaat er asymmetrische informatie tussen de arts en de betalende partij. Arts B met lage kwaliteit kan dan gebruik proberen te maken van de asymmetrische informatie en claimen dat zij de behandelingen die arts A kan uitvoeren ook zelf zou kunnen uitvoeren (averechtse selectie).

De vraag is nu hoe de betalende partij het globale budget gaat vormgeven. Stel, de betalende partij is bekend met het verschil in de kwaliteit van artsen maar weet niet precies welke van de twee artsen ze nu voor zich heeft. De vraag is dan hoe de betalende partij een globaal budget moet opstellen met als tegenprestatie dat de arts een minimum aantal behandelingen uitvoert. Het contract moet in ieder geval zo worden opgesteld dat het aantrekkelijk is voor beide type artsen om het contract uit te voeren (individual rationality constraint). De betalende partij kan dan twee contracten opstellen: één globaal budget met een minimaal aantal behandelingen X_a , bedoeld voor arts A, en één globaal budget met minimaal behandelingen X_b , bedoeld voor arts B. Wanneer de betalende partij arts B voor zich heeft dan bestaat het risico dat deze arts ook voor het contract behorende bij arts A kiest en X_a behandelingen wil uitvoeren (incentive compatibility constraint). Wanneer we ervan uitgaan dat artsen graag willen behandelen, bestaat er als het ware een neiging tot overbehandeling, omdat de minder kwaliteit arts de hoge kwaliteit arts wil na-apen. In Boone en Douven (2013) maken we gebruik van de techniek ‘mechanism design’ en laten we zien dat onder bepaalde voorwaarden de betalende

partij dit probleem van na-apen kan proberen te voorkomen door een optimaal contract te introduceren.

Het optimale contract heeft twee opvallende eigenschappen. Ten eerste wordt het contract bedoeld voor lage-kwaliteitsarts B zo opgesteld dat het voor hoge-kwaliteitsarts A onaantrekkelijk wordt om B na te apen. Dat wil zeggen arts B hoeft minder te behandelen (lage X_b) en krijgt daarvoor een kleine vergoeding. Ten tweede wordt het contract bedoeld voor de hoge-kwaliteitsarts A zo opgesteld dat dit contract voor de lage-kwaliteitsarts B niet haalbaar is. Het contract eist daarom een bepaalde mate van overbehandelen van de hoge kwaliteitsarts A (hoge X_a). Asymmetrische informatie (vergeleken met complete informatie) kan dus leiden tot hogere kosten en meer overbehandeling. Het gedrag van artsen dat we hier schetsen is in feite het spiegelbeeld van het standaardvoorbeeld uit de arbeidseconomie, waarbij goede werknemers zich kunnen voordoen als minder goede werknemers (zie volgende tekstbox).

Niet contracteerbaarheid van kwaliteit leidt tot een lagere productie

Laffont en Tirole (1993) laten zien dat werkgevers soms slimme prikkels moeten gebruiken om te voorkomen dat werknemers gaan onderpresteren. Dit probleem kan optreden wanneer de werkgever wel de productie van een werknemer kan observeren, maar niet de kwaliteit van die productie kan contracteren. Beschouw het volgende voorbeeld. Als we veronderstellen dat een goed geschoolde werknemer meer productie kan leveren dan een minder goed geschoolde werknemer, dan zal het lastig zijn voor de minder goed geschoolde werknemer om dezelfde productie te leveren als de goed geschoolde werknemer. Andersom ligt dat echter anders. De goed geschoolde werknemer heeft een prikkel om zich te gaan gedragen als een minder goed geschoolde werknemer en kan kiezen voor minder productie en meer vrije tijd. De werkgever moet dit gedrag van de hoog geschoolde werknemer zien te vermijden. Macho-Stadler en Perez-Castrillo (2001) laten zien dat dit probleem van averechtse selectie in sommige gevallen kan worden opgelost door de werkgever informatie-rente te laten betalen. Een optie voor de werkgever is om de minder goed geschoolde werknemer minder te laten produceren en een lager loon uit te betalen. De winst voor de werkgever bestaat er dan uit dat de goed geschoolde werknemer zich niet gaat gedragen als minder goed geschoolde werknemer. Een andere optie is om de goede werknemer extra te betalen om te voorkomen dat deze zich gaat gedragen als een minder goed geschoolde werknemer.

In Boone en Douven (2013) laten we zien dat de situatie verandert wanneer beide artsen op de markt zijn en concurreren om één selectief contract. Bij een gebrek aan kwaliteitsinformatie zal de betalende partij dan altijd een contract opstellen dat bedoeld is voor de lagekwaliteitsaanbieder. De reden is eenvoudig. Wanneer de betalende partij een contract afsluit, bedoeld voor de lagekwaliteitsaanbieder, dan is hij er zeker van dit (goedkopere) contract wordt uitgevoerd. Wanneer kwaliteitsinformatie ontbreekt, lukt het namelijk niet om een contract op te stellen voor de hoge-kwaliteitsaanbieder. Stel dat de betalende partij wel probeert met de hoge-kwaliteitsaanbieder te contracteren, dan bestaat er altijd het risico dat de lagekwaliteitsaanbieder (vermomd als hoge-kwaliteitsaanbieder) het contract gaat uitvoeren, waardoor per saldo de welvaart lager uitvalt. Om dit te voorkomen moet de betalende partij de lagekwaliteitsaanbieder een budget geven, terwijl ze weinig

patiënten hoeft te behandelen. Maar zo'n contract is ook aantrekkelijk voor een hogekwaliteitsarts. Een dergelijk contract kan niet incentive compatible worden aangeboden. Dit is een belangrijke bevinding. Het betekent dat verzekeraars, wanneer ze moeten kiezen tussen twee soorten behandelingen waarvan de kwaliteit onbekend is, alleen voor de hogerekwaliteitsbehandeling zullen kiezen wanneer de aanbieder dat ook echt kan aantonen. In andere gevallen zullen ze eerder kiezen voor de (goedkopere) lagerekwaliteitsbehandelingen.

We concluderen dat allocatieve efficiëntie in de zorg niet eenvoudig is te bereiken. Ten eerste hebben artsen de neiging om alleen te letten op de medische effectiviteit van zorg, waardoor er veel behandelingen plaatsvinden en waarvan de baten lager zijn dan de kosten. Ten tweede wordt dit effect versterkt, omdat de informatie van de overheid of de verzekeraar gebrekkig is. Zo kan de kwaliteit van zorg moeilijk worden geobserveerd en gecontracteerd. Dit kan het voor artsen aantrekkelijker maken om meer te behandelen, zeker wanneer artsen vooral letten op het effectiviteitscriterium en het daarnaast ook financieel aantrekkelijk is. Een andere bevinding is dat lagerekwaliteitsartsen een grote marktmacht hebben wanneer kwaliteitsinformatie ontbreekt. Ze kunnen zich dan voordoen als hogekwaliteitsarts en zullen gecontracteerd worden voor een hoger budget dan wanneer kwaliteitsinformatie wel beschikbaar is.

5 Globale budgetten en concurrentie

In 2006 is er een stelsel van gereguleerde concurrentie ingevoerd. Het idee van concurrentie is dat het zowel de productieve als allocatieve efficiëntie in de zorg bevordert. Er zijn aanwijzingen dat de invoering van gereguleerde concurrentie de productieve efficiëntie heeft bevordert. Een vaak genoemd voorbeeld is het actieve zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars op de geneesmiddelenmarkt waardoor er vaker goedkopere generieke middelen werden voorgeschreven (Douven en Meijer 2008). Ook een stijging van de arbeidsproductiviteit van 1,8% per jaar in de curatieve zorg gedurende 2001-2010 duidt op het eerste gezicht op efficiëntiewinst in de zorg (CBS 2012). Bijvoorbeeld, de arbeidsproductiviteit is toegenomen door de opkomst van ZBC's die eenvoudige operaties, zoals van knieën, heupen of staaroperaties, efficiënter wisten te organiseren. Zoals in de inleiding vermeld, lijkt het hier echter voornamelijk om productieve efficiëntie te gaan. Zoals het rapport van de Taskforce laat zien, duidt de hoge volumegroei in de zorg ook op overbehandeling: Het aantal behandelingen waarvan de baten mogelijk lager zijn dan de kosten is de afgelopen jaren sterk gegroeid. In Figuur 2 betekent dit dat er meer behandelingen in de richting van X_3 plaatsvinden.

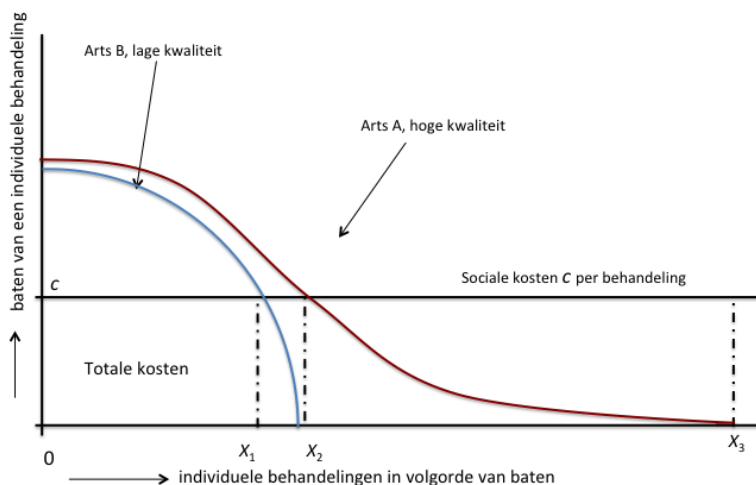
De vraag die we hier willen beantwoorden is in hoeverre concurrentie in de zorg de allocatieve efficiëntie bevordert. Om deze vraag te beantwoorden gaan we in Boone en Douven (2014) na in hoeverre concurrentie geschikt is om overbehandeling in de zorg terug te dringen. Om de effecten van concurrentie scherp te krijgen vergelijken we het gebruik van globale budgetten in twee extreme

situaties. Een situatie waarbij consumenten zelf zorgaanbieders mogen bezoeken met een situatie waarbij het zorgaanbod voor consumenten beperkt is. Bij dit laatste kan men denken aan postcodezorg. Bij postcodezorg mag men alleen zorgaanbieders in de eigen regio bezoeken. Voorbeelden hiervan zijn de ziekenhuiszorg in Portugal (Barros 2011) of de huisartszorg in Nederland, waarbij huisartsen veraf gelegen patiënten mogen weigeren.

Een belangrijk onderscheid dat we maken is dat er twee groepen consumenten zijn: een groep die bewust kiest voor kwaliteit, ook al moet de consument daar ver voor reizen, en een groep consumenten die indifferent is voor kwaliteit, en een voorkeur heeft voor de dichtstbijzijnde arts. Uit empirisch onderzoek blijkt immers dat veel consumenten kiezen voor het dichtstbijzijnde zorgaanbieder (Varkevisser et al. 2012). Dit kan enerzijds betekenen dat consumenten een bewuste afweging maken tussen kwaliteit en reisafstand, maar ook dat veel consumenten zich niet verdiepen in mogelijke kwaliteitsverschillen tussen artsen en erop vertrouwen dat de kwaliteit van de arts goed is.

De eerste observatie die we in Boone en Douven (2014) maken is dat wanneer aanbieders verschillen in kwaliteit er altijd een bepaalde vorm van inefficiëntie optreedt als consumenten zelf hun aanbieder mogen kiezen. Dit komt omdat preferenties van consumenten niet in lijn liggen met wat optimaal is vanuit het oogpunt van kosteneffectiviteit. Dit is eenvoudig in te zien met behulp van Figuur 2. Stel dat artsen zelf rekening houden met de kosteneffectiviteit van een behandeling, dus arts A voert alleen behandelingen uit tot X_2 , en arts B tot X_1 (dit is een andere nutsfunctie dan die we hierboven gebruikt hebben, daar werd het nut bepaald door effectiviteit). Op het eerste gezicht lijkt deze oplossing allocatief efficiënt. Maar een patiënt die op basis van reisafstand arts B prefereert boven A, maar die niet door B behandeld wordt, zal naar A toe reizen om te zien of zij hem wil behandelen. Als de overheid het aantal behandelingen contracteert en rekening houdt met de reisafstand van de consument, zal er arbitrage plaatsvinden tussen de artsen. Arts B zal dan behandelingen uitvoeren die niet kosteneffectief zijn en arts A zal dan niet alle kosteneffectieve behandelingen kunnen uitvoeren. Dus ook bij volledige informatie vinden er in het allocatief efficiënte optimum behandelingen plaats die niet kosteneffectief zijn!

Bovenstaande redenering gaat uit van de ideale situatie dat artsen zelf rekening houden met de kosteneffectiviteit. Dit is echter niet het geval. Ook de overheid gebruikt het kosteneffectiviteit criterium nog nauwelijks voor de afbakening van het basispakket. Het College van Zorgverzekeringen (CVZ) beheert in Nederland het basispakket. Het CVZ heeft in het verleden wel eens behandelingen niet toegelaten tot het basispakket, maar dat was meer op basis van effectiviteit dan op basis van kosteneffectiviteit. Er is hier dus nog een wereld te winnen.

Figuur 4 Hogere kwaliteit hoeft niet altijd welvaartsverhogend te zijn

Protontherapie goed of slecht voor de allocatieve efficiëntie?

De meest patiënten die een kankertherapie ondergaan krijgen fotontherapie (radiotherapie) om de groei van kwaadaardige tumoren te stoppen. Op 29 juli jl. besloot de minister om ook protontherapie toe te laten als behandeling tegen kanker. Voor protontherapie zijn grotere investeringen nodig dan voor fotontherapie en de aanschaf van een protonenapparaat loopt al snel tegen 100 miljoen euro. Vier umc's in Nederland kregen een licentie om zo'n apparaat aan te schaffen. Een dergelijke investering is alleen dan zinvol wanneer er voldoende baten met protontherapie gegenereerd worden. In de VS is er grote discussie ontstaan over de (kosten)effectiviteit van protontherapie. Zo uitten gezondheidseconomen Baicker en Chandra (2011) bedenkingen tegen de invoering van protontherapie, omdat deze behandelingen niet kosteneffectief zijn. Ook de minister van VWS heeft deze bedenkingen, zo stelt ze in de Staatscourant van 1 augustus 2013 dat er onderzoek nodig is naar de "exacte vaststelling en/of verhoging van de meerwaarde van protontherapie gekoppeld aan studies naar kosteneffectiviteit...". Hier zien we een voorbeeld waarbij er kwaliteitsverschillen kunnen optreden. Artsen van universitair medische centra mogen behandelingen verrichten die artsen in algemene ziekenhuizen niet kunnen doen. Onze analyse laat zien dat wanneer blijkt dat protontherapie weliswaar iets effectiever is dan fotontherapie, maar minder kosteneffectief is dan fotontherapie, dan bestaat het risico dat veel patiënten voor een protonenbehandeling zullen kiezen. Het gevolg is dat de kosten oplopen en de welvaart daalt. De overheid houdt weliswaar een restrictie aan op het aantal patiënten dat met protontherapie mag worden behandeld, maar een mogelijke aanschaf van de apparaten zal hoe dan ook terugverdiend moeten worden door de vier umc's. Dus de kosten lopen vooruit op de baten. Internationale concurrentie lijkt een belangrijke rol gespeeld te hebben bij de aanschaf van de apparaten, zo was protontherapie wel al beschikbaar in het buitenland maar nog niet in Nederland. Wanneer Nederland op wetenschappelijk gebied mee wil doen aan de nieuwste medische ontwikkelingen en wil concurreren met het buitenland, kan een dergelijke investering wenselijk zijn en op lange termijn de Nederlandse welvaart kunnen verhogen. Bij de toelating van protontherapie lijkt voorzichtigheid geboden. Of het de welvaart in Nederland verhoogt, en of we hier te maken hebben met een 'race to the top' of 'race to the bottom' zal de toekomst moeten uitwijzen

6 Patiëntenmobiliteit: een indicatie voor kwaliteit

Concurrentie kan de welvaart verhogen, omdat het kwaliteit meer zichtbaar maakt. Wanneer de overheid of verzekeraar onvoldoende informatie hebben over de kwaliteit van de aanbieder, kunnen ze wel proberen deze informatie op een indirecte manier te verkrijgen. Ze kunnen proberen uit keuzegedrag van patiënten informatie te halen. Bijvoorbeeld, wanneer patiënten kiezen op kwaliteit dan geeft dit informatie. Goedekwaliteitsaanbieders zullen dan meer patiënten trekken dan minder-goedekwaliteitsaanbieders. De betalende partij moet dus niet alleen rekening houden met het feit dat hogekwaliteitsaanbieders meer patiënten kunnen behandelen, ze zullen ook geografisch gezien meer mensen aantrekken. Een optimaal globaal budget houdt hier rekening mee.

Merk op dat er hier een belangrijk verschil is tussen de VS en Nederland. De eerder genoemde ACO- en AQC-organisaties uit de VS hebben een globaal budget voor een vooraf vastgestelde populatie. Mobiliteit van patiënten speelt dus alleen een rol binnen het netwerk van aanbieders. De kwaliteit van de zorgaanbieder wordt achteraf vastgesteld op basis van zestig vooraf vastgelegde kwaliteitsindicatoren (Song et al. 2012). Deze globale budgetten verstoren concurrentie tussen zorgaanbieders dus niet. In Nederland ligt dat anders. Zo houdt het huidige macrobeheersingsinstrument (MBI) in de ziekenhuissector geen rekening met kwaliteitsverschillen tussen aanbieders. Dit kan averechts werken. Bijvoorbeeld wanneer bij twee zorgaanbieders van verschillende kwaliteit de lagerekwaliteitszorgaanbieder te veel behandelt, waardoor het macrobudget wordt overschreden, wordt de hogerekwaliteitszorgaanbieder bij het toepassen van het MBI hiervoor gestraft (Boone en Douven 2012). Een ander probleem is dat er in Nederland in vergelijking met de VS nog weinig selectieve contractering plaatsvindt, waardoor het lastiger is om budgetten vast te stellen op een lager niveau dan op macroniveau. Bij selectieve contracten zijn er immers goed gedefinieerde groepen verzekerden te onderscheiden, waardoor het makkelijker is om een globaal budget te construeren. Het construeren van budgetten is ook makkelijker bij aanbieders waarvoor de populatie vastligt, zoals huisartsen, dan waarbij de patiëntenpopulatie kan fluctueren, zoals ziekenhuizen.

Bij ACO-organisaties in de VS wordt de populatie waarvoor ze verantwoordelijk zijn, bepaald door de overheid. Ze zijn verantwoordelijk voor de zorg van deze patiënten en daardoor kan ook het budget dat de ACO krijgt afgestemd worden op de patiëntenpopulatie. Opmerkelijk is echter dat patiënten ook zorgaanbieders buiten de ACO-organisatie mogen bezoeken en dat die kosten voor rekening van de ACO komen. Het idee hierachter is dat zorgaanbieders binnen een ACO dan sterker geprikkeld worden om goede zorg te leveren en om patiënten zoveel mogelijk binnen hun netwerk te houden.

7 Conclusie

In dit artikel geven we aan dat budgetten de allocatieve efficiëntie in de zorg kunnen verbeteren. Hiervoor zijn een aantal voorwaarden nodig. Een eerste voorwaarde is dat aanbieders voldoende inzicht hebben in de kosten en medische effectiviteit van de zorg. Aanbieders kunnen dan zelf een inschatting maken welke behandelingen wel en niet kosteneffectief zijn. Een andere voorwaarde is dat het invoeren van budgetten niet ten koste mag gaan van de productieve efficiëntie in de zorg. Dit noopt tot gerichte budgetten die de concurrentie in de zorg niet (te veel) verstoren. Dit zijn budgetten die afgestemd zijn op de patiëntenpopulatie en waarbij rekening wordt gehouden met kwaliteitsverschillen tussen aanbieders. Hoe budgetten er precies moeten uitzien en ingebed moeten worden in een stelsel van gereguleerde concurrentie, verdient nader onderzoek. Er zijn nog veel open vragen, maar het is wel duidelijk dat dit, ook internationaal gezien, een van de belangrijke toekomstige uitdagingen zal zijn op zorggebied.

Auteurs

Rudy Douven (e-mail: R.Douven@cpb.nl) is wetenschappelijk medewerker bij het Centraal Planbureau en geaffilieerd aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Rudy heeft aan het artikel gewerkt tijdens zijn Harkness fellowship aan Harvard Medical School, dat wordt gesponsord door het ministerie van VWS en het Commonwealth Fund uit New York. Jan Boone is professor aan de Universiteit aan Tilburg en verbonden aan het Centraal Planbureau. Jan bedankt NWO voor financiële ondersteuning (Vici beurs 453.07.00). De auteurs danken collega's van het ministerie van VWS, het CPB, en twee anonieme referenten voor commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

Literatuur

- Baicker, K., K.S. Buckles en A. Chandra, 2006, Geographic variation in the appropriate use of cesarean delivery, *Health Affairs*, vol. 25(5): w335-w367.
- Baicker, K., en A. Chandra, 2011, Aspirin, Angioplasty, and Proton Beam Therapy: the economics of smarter health care, prepared for Jackson Hole Economic Policy Symposium.
- Barros, P.P., 2011, Portugal, Health System Review, European Observatory on Health Care Systems and Policies European Observatory on Health Care Systems and Policies, WHO.
- Boone, J., en R. Douven, 2012, Budgetten en marktwerking in de zorg: waarom en hoe?, in: E. Schut en M. Varkevisser (eds), *KVS preadviezen 2012*, Een economisch gezonde gezondheidszorg, pp. 45-66.
- Boone, J., en R. Douven, 2014, Provider competition and over-utilization in health care, Working Paper, forthcoming.

- CBS, 2012, *Gezondheid en zorg in cijfers 2012*, Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Chandra, A., D. Cutler en Z. Song, 2011, Who ordered that? The economics of Treatment Choices in Medical Care, in: M.V. Pauly, T.G. McGuire en P.P. Barros (eds), *Handbook of Health Economics vol. II*, pp. 397-432, Amsterdam: Elsevier.
- Chandra A., A.B. Jena en J.S. Skinner, 2011, The pragmatist's guide to comparative effectiveness research, *Journal of Economic Perspectives*, vol. 25(2): 27-46.
- Chandra, A., en J. Skinner, 2012. Technology Growth and Expenditure Growth in Health Care, *Journal of Economic Literature, American Economic Association*, vol. 50(3): 645-80.
- Chandra, A., en D. Staiger, 2007, Productivity spillovers in healthcare: Evidence from the treatment of heart attacks, *Journal of Political Economy*, vol. 115(1): 103-40.
- Douven, R., 2013, Het grote grijze gebied in de zorg, in: C. van Ewijk, A. van der Horst en Paul Besseling (eds), *Toekomst voor de zorg*, Centraal Planbureau, Den Haag.
- Douven, R., en A. Meijer, 2008, Prijsvorming van generieke geneesmiddelen; forse prijsdaling in het nieuwe zorgstelsel, CPB Document 175, Centraal Planbureau, Den Haag.
- Douven, R., R. Mocking en I. Mosca, 2012, The effect of physician fees and density differences on regional variation in hospital treatments, CPB Discussion Paper 208, CPB, Den Haag.
- Laffont, J., en J. Tirole, 1993, *A theory of incentives in procurement and regulation*, MIT press.
- Ministerie van VWS, 2012, Naar beter betaalbare zorg, Rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven, juni 2012.
- Maco-Stadler, I., en J.D. Perez-Castrillo, 2001, *An Introduction to the Economics of Information: Incentives and Contracts*, Oxford University Press.
- Song, Z., D.G. Safran, B.E. Landon, M.B. Landrum, Y. He, R.E. Mechanic, M. Day en M.E. Chernew, 2012, The 'Alternative Quality Contract,' Based on a Global Budget, Lowered Medical Spending And Improved Quality, *Health Affairs*, vol. 31(8):1885-94.
- Varkevisser, M., S. A. van der Geest en E. Schut, 2012, Do patients choose hospitals with high quality ratings? Empirical evidence from the market for angioplasty in the Netherlands, *Journal of Health Economics*, vol. 31(2): 371-78.
- Vijsel, A.R. van de, P.M. Engelfriet en G.P. Westert, 2011, Rendering hospital budgets volume based and open ended to reduce waiting lists: does it work?, *Health Policy*, vol. 100(1): 60-70.

Hoe kopen zorgverzekeraars in bij ziekenhuizen

Een analyse van de contracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen

Suzanne Ruwaard, Rudy Douven, Jeroen Struijs en Johan Polder

In 2006 werd de Zorgverzekeringswet ingevoerd en onderhandelen zorgverzekeraars met zorgaanbieders over de prijs, volume en kwaliteit van medisch specialistische zorg. Dit artikel betreft een inventarisatie van de contracten voor de zorg in 2012 als nulmeting voor de contractonderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Aan de hand van de economische contracttheorie worden de contracten zo systematisch en volledig mogelijk beschreven. Uit dit onderzoek blijkt dat onzekerheid en de complexiteit van de markt een grote rol spelen bij de invulling van de contracten. De contracten hebben vrijwel allemaal een korte contractduur, zijn onvolledig en bieden ruimte om gedurende de looptijd opnieuw te onderhandelen. Kwaliteit van zorg blijkt in de contracten van 2012 een beperkte rol te spelen. Dat is echter wel nodig wil gereguleerde concurrentie gaan bijdragen aan de systeendoelen; kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

1 Introductie

In 2006 werd de Zorgverzekeringswet ingevoerd en kreeg gereguleerde concurrentie een grotere rol in het Nederlandse zorgstelsel. Gereguleerde concurrentie zou zowel de kwaliteit, toegankelijkheid als betaalbaarheid van zorg ten goede moeten komen. De consument krijgt meer keuzevrijheid en draagt meer verantwoordelijkheid. Verzekeraars vervullen niet langer alleen de rol van financier, maar hebben een belangrijke regierol gekregen die zij uitoefenen door op de zorginkoopmarkt met zorgaanbieders te onderhandelen over prijs, volume en kwaliteit van andere ziekenhuiszorg inclusief de medisch specialistische zorg. Het idee achter het gereguleerde concurrentie model is dat zorgverzekeraars doelmatig gaan inkopen bij de zorgaanbieders, ofwel, kwalitatief goede zorg tegen een zo laag mogelijke prijs.

Deze zorginkoop speelt zich af in een veranderende context, waarbij de overheid en veldpartijen nog steeds zoekende zijn naar een optimale ordening en invulling van hun rollen en verantwoordelijkheden. Zorginkoop door verzekeraars staat nog redelijk in de kinderschoenen. In dit artikel doen we voor het eerst een poging om met de kennis van nu een zo goed en samenhangend mogelijk inzicht te krijgen in de contracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen. Een belangrijke vraag die op

de achtergrond speelt is of doelmatige inkoop van zorg voldoende van de grond komt en in hoeverre de spelers tot dusver hun rol hebben gevonden.

Dit artikel biedt een inventarisatie van de contracten tussen de zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Het gaat om een soort nulmeting waartegen in een later stadium de ontwikkelingen na 2012 kunnen worden afgezet, of andere vormen van zorginkoop zoals de 'Alternative Quality Contracts' in de Verenigde Staten (Chernew et al 2011). Het betreft enkele honderden contracten die voor de ziekenhuiszorg in 2012 zijn afgesloten. Deze zijn beschikbaar gesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), die deze contracten heeft opgevraagd bij Achmea, VGZ, CZ, Menzis en Multizorg. Tegen de achtergrond van de economische contracttheorie brengen we de contracten zo volledig en systematisch mogelijk in kaart. We presenteren in dit artikel geen gegevens die herleidbaar zijn naar individuele verzekeraars of ziekenhuizen.

De opbouw van het artikel is als volgt. Paragraaf 2 geeft een korte beschrijving van de inkoopmarkt van ziekenhuiszorg en de recente veranderingen daarin. Paragraaf 3 introduceert de meest belangrijke factoren die volgens de economische literatuur van invloed kunnen zijn op de contracteigenschappen. Vervolgens geven we een beschrijving van de geobserveerde contracteigenschappen tussen verzekeraars en ziekenhuizen in 2012 (paragraaf 4). We sluiten af met een discussie en conclusie (paragraaf 5).

2 Inkoop van ziekenhuiszorg

In deze paragraaf wordt de inkoop van de ziekenhuiszorg beschreven. Er wordt ingegaan op de rollen van de verschillende partijen die betrokken zijn dan wel invloed hebben op de zorginkoop en daarmee ook op de invulling van de contracten. Aansluitend volgt een korte beschrijving van de ontwikkelingen die in de zorginkoopmarkt zijn opgetreden.

De ziekenhuiszorg kent een historie van budgetfinanciering. Ziekenhuizen kregen tot 2006 een budget opgelegd die voor elk ziekenhuis jaarlijks werd vastgesteld door de NZa. Anno 2012 bevond de ziekenhuiszorg zich in een overgangsfase waarbij er zowel budgettering als prestatiebekostiging plaatsvond (NZa 2012b). De ziekenhuiszorg is sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet onderverdeeld in een A- en een B-segment. Het A-segment omvatte in 2012 circa 30% van de ziekenhuiszorg. Voor deze behandelingen gelden maximumtarieven welke jaarlijks door de NZa worden vastgesteld. Het B-segment bestaat voornamelijk uit planbare, dus niet spoedeisende zorg en omvatte in 2012 circa 70% van de ziekenhuiszorg. Over de prijzen voor behandelingen binnen dit B-segment wordt onderhandeld tussen de zorgverzekeraars en het ziekenhuisbestuur. Het B-segment is geleidelijk uitgebreid, van 10% in 2005, naar 20% in 2008, 34% in 2009 en 70% in 2012 (NZa 2008; NZa 2012b).

Hoewel het ziekenhuisbestuur onderhandelt met de zorgverzekeraar en de eindverantwoordelijkheid draagt voor de geïntegreerd verleende zorg, beslissen de

medisch specialisten uiteindelijk over de zorg die zij verlenen. Vrijgevestigde specialisten declareren aan of via het ziekenhuis aan de verzekeraar. De relatie tussen het ziekenhuis en de medisch specialist wordt vastgelegd in onder andere de “Model Toelatingsovereenkomst” (MTO) (Orde van Medisch Specialisten 2011). De medische specialist krijgt het recht om gebruik te maken van de activa zoals de apparatuur en de operatiekamers van het ziekenhuis.

2.1 Partijen en hun rollen

Voor we meer in detail naar de contracten en hun eigenschappen gaan kijken, staan we stil bij de belangrijkste partijen en hun rol bij de inkoop van ziekenhuiszorg.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In de Nederlandse gezondheidszorg heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een systeemverantwoordelijkheid voor het waarborgen van de drie publieke doelen: kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Het ministerie van VWS ziet erop toe dat de verzekeraars en de ziekenhuizen hun rol kunnen vervullen en stuurt indien gewenst bij. Het ministerie van VWS kan met allerlei maatregelen de prikkels en de machtsverhoudingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars beïnvloeden. De NZa vervult daarbij een belangrijke uitvoerende rol. Op macroniveau kan gedacht worden aan het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord (BHA) en het macrobeheersinstrument (mbi), en op microniveau de details van de DBC's op weg naar transparantie (DOT) financiering. Hier komen we in paragraaf 2.2. op terug. Het onderhandelingsresultaat tussen verzekeraars en ziekenhuizen wordt dus mede bepaald door de rol die het ministerie van VWS op de achtergrond speelt.

Ziekenhuizen. Het belangrijkste doel van een ziekenhuis is om zorg te leveren met een goede kwaliteit tegen een redelijke prijs. Met een goede kwaliteit kunnen ziekenhuizen nieuwe patiënten proberen aan te trekken en staan ze ook sterker in hun onderhandelingen met de zorgverzekeraars. Dit aspect wordt belangrijker omdat ziekenhuizen door de uitbreiding van het B-segment meer risico gaan dragen waardoor de omzet steeds meer afhankelijk wordt van prestaties. Dit wordt nog eens versterkt door de introductie van volume-eisen voor ziekenhuizen. Dit heeft tot gevolg dat de markt steeds meer geconcentreerd wordt; zo zien we een tendens tot meer ziekenhuisfusies; in 2012 vonden er zeven fusies plaats (NMa 2012).

Tijdens de onderhandelingen met verzekeraars spelen mogelijk de verschillende belangen tussen het bestuur en de medisch specialisten mee. Zo wil het bestuur de totale kosten binnen de perken houden, terwijl de vrijgevestigde medisch specialisten een financiële prikkel hebben om te produceren (NVZ 2013). Al wordt deze financiële prikkel afgezwakt door het beheersmodel voor de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten.

Zorgverzekeraars. Het doel van de zorgverzekeraar is het behartigen van de belangen van zijn verzekerden met betrekking tot zorg. Op de website van Menzis wordt dit doel als volgt omschreven: “Ons doel is om goede zorg te bieden, en een

gezonde financiële situatie te behouden”. De andere zorgverzekeraars laten zich in soortgelijke bewoordingen uit. Door het leveren van een goede kwaliteit zorg voor een lage prijs kan een zorgverzekeraar bestaande verzekerden behouden en nieuwe verzekerden voor zich proberen te winnen. Voor zorgverzekeraars staat er veel op het spel. Zij hebben in het huidige zorgstelsel de rol gekregen om de zorg doelmatiger in te kopen. De zorgverzekeraar kan druk uitoefenen door bij bepaalde zorgaanbieders geen zorg in te kopen en daarmee de kosten binnen perken te houden en kwaliteit te verbeteren (Halbersma et al. 2013).

Verzekerde/patiënt. De verzekerden sluiten een verzekering af bij een zorgverzekeraar. De verzekerde kan kiezen tussen een restitutiepolis en een naturapolis. Onder een restitutiepolis zoekt de patiënt zelf zorg en wordt deze vergoed ongeacht of de verzekeraar de aanbieder wel of niet vooraf heeft gecontracteerd. Onder een naturapolis is de verzekeraar verantwoordelijk voor de zorg van de patiënt. De verzekeraar kan contracten afsluiten met voorkeursaanbieders. Wanneer de patiënt ervoor kiest om niet naar een voorkeursaanbieder te gaan, dan dient de patiënt de kosten voor een deel zelf te betalen. De verwachting is dat verzekeraars vooral doelmatige en kwalitatief goede ziekenhuizen als voorkeursaanbieder kiezen. Deze vorm van concurrentie kan goed werken wanneer patiënten ook bewust kiezen voor kwalitatief goede zorgaanbieders.

2.2 Recente ontwikkelingen

De invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 markeert het startpunt van de zorginkoop door verzekeraars. Sindsdien heeft zich echter wel een groot aantal veranderingen voltrokken die van invloed zijn op de marktpartijen en hun contracten. Naast de bovengenoemde uitbreiding van het B-segment zijn ziekenhuizen in 2012 overgestapt naar een nieuw declaratiesysteem (van diagnosebehandelcombinatie (DBC) naar DBC's op weg naar transparantie (DOT)). De overstap naar een nieuw declaratiesysteem kan tot verschuivingen in de ziekenhuisomzet leiden en tot schadelastverschuivingen van zorgverzekeraars. Om deze systeemrisico's te dempen wordt er in 2012 en 2013 gebruik gemaakt van een transitiebedrag (VWS 2013b). Het transitiebedrag is het verschil in omzet tussen het schaduwbudget en de werkelijke DOT-omzet. Het ziekenhuis verrekent het verschil vervolgens met het Zorgverzekeringsfonds, in 2012 werd 95% van het transitiebedrag verrekend, in 2013 is dat nog 70% (ministerie van VWS 2011b). Per 2015 wordt overgegaan op integrale tarieven in de ziekenhuiszorg (NZa 2013). Er geldt dan nog maar één tarief per zorgprestatie. Daarnaast werd in 2012 het macrobeheersinstrument (mbi) ingevoerd om ervoor te zorgen dat de kosten binnen het Budgettair Kader Zorg (BKZ) blijven. Hoewel de budgettering is afgeschaft kan de overheid op grond van het mbi ingrijpen wanneer de zorguitgaven boven de politiek wenselijke grens van het BKZ uitstijgen. In dat geval krijgen alle ziekenhuizen een generieke korting (Baarsma et al 2012). Het mbi is vooralsnog niet ingezet. Ook werd in 2012 het beheersmodel voor de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten ingevoerd. Dit houdt in dat instellingen jaarlijks een macrobudget opgelegd krijgen voor het

totaal te declareren bedrag door vrijgevestigde medisch specialisten. Wanneer het BKZ overschreden wordt, dient de instelling dit naar rato terug te betalen aan het Zorgverzekeringsfonds. Tot slot hebben verschillende beroepsgroepen de afgelopen jaren kwaliteitseisen en volumenormenten opgesteld op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Op grond hiervan zullen ziekenhuizen regionale afspraken moeten gaan maken over welke zorg in welk ziekenhuis wordt geleverd. Daardoor zal de marktconcentratie van de ziekenhuiszorg gaan veranderen (IGZ 2010).

Ook voor de verzekeraars is er recentelijk veel veranderd. Zo zijn verzekeraars meer risicodragend geworden door de geleidelijke afschaffing van de ex post risicoverevening. Dat wil zeggen dat zorgverzekeraars alleen nog voorafgaande aan een nieuw verzekeringsjaar worden gecompenseerd voor het risicoprofiel van de verzekerden en dat de kosten die achteraf worden verrekend met het zorgverzekeringsfonds worden afgeschaft. Zorgverzekeraars hebben daardoor een veel groter belang bij een doelmatige zorginkoop dan net na de invoering van de Zorgverzekeringswet. Daarnaast wordt serieus overwogen om artikel 13 van de Zorgverzekeringswet aan te passen, waardoor verzekeraars geen restitutiepolis meer mogen aanbieden in het basispakket en het belang van zorginkoop toeneemt.

Verder sloot minister Schippers al eerder het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015 af met alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars om gezamenlijk bij te dragen aan een beheerste kostenontwikkeling (ministerie van VWS 2011a). Er werd onder andere afgesproken dat de macrokosten in 2012 met maximaal 2,5% mogen groeien exclusief loon- en prijsbijstelling. Recentelijk werd in het zorgakkoord afgesproken dat de zorguitgaven in 2014 nog 1,5% mogen groeien, voor de jaren daarna is de maximale groei 1% (ministerie van VWS 2013a).

3 Korte beschrijving economische contracttheorieën

In deze paragraaf wordt de economische contracttheorie beschreven en de toepassing daarvan in empirisch onderzoek naar contracten. Aan de hand van de contracttheorie worden de essentiële factoren die van invloed zijn op de invulling van de contracten op een rij gezet. We beschrijven de daarmee samenhangende contracteigenschappen en vervolgens gaan we na of deze terug te vinden zijn in de contracten tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Op deze wijze krijgen we voor het eerst een systematisch beeld van dit onderdeel van de zorginkoopmarkt.

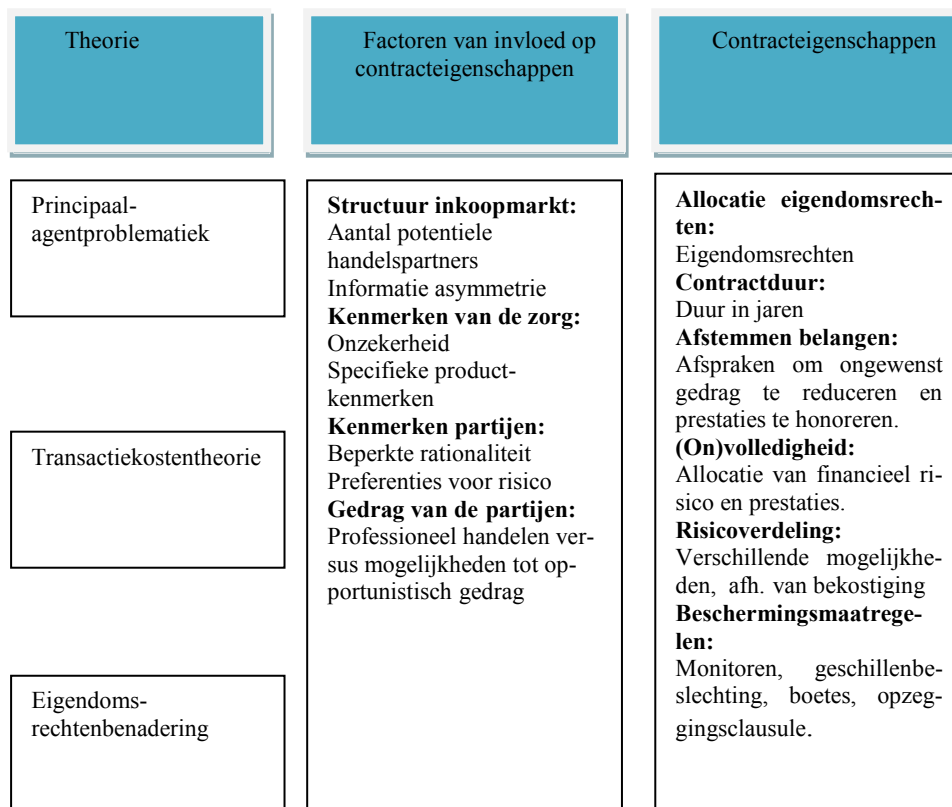
In de economische literatuur is een contract een “overeenkomst tussen twee partijen waarbij kenmerkend is dat men zich vooraf bindt aan de te leveren prestaties” (Hazeu 2000). De drie meest vooraanstaande contracttheorieën zijn: de principaal-agenttheorie, de transactiekostentheorie en de eigendomsrechtenbenadering (Bolton et al. 2004).

De principaal-agenttheorie beschrijft een contract waar een opdrachtnemer (agent) een taak uitvoert voor een opdrachtgever (principaal). De doelstellingen van deze partijen zijn echter niet per definitie met elkaar in overeenstemming. Het

monitoren van prestaties en prestatiebeloning kunnen een oplossing bieden om doelstellingen en het gedrag van de agent in lijn te houden met dat van de principaal. De transactiekostentheorie veronderstelt dat partijen een organisatievorm (vrije markt, hybride vorm of verticale integratie) kiezen op grond van de laagste transactiekosten. Transactiekosten zijn alle kosten die gemaakt worden om de transactie mogelijk te maken. De eigendomsrechtenbenadering benadrukt de allocatie van rechten onder de spelers. De allocatie van deze rechten heeft invloed op het gedrag van de contractpartijen en daarmee op de uitkomsten en de verdeling daarvan.

De empirische literatuur over contracten en de toepassing van contracttheorieën in de praktijk is schaars. Veelal beperkt het empirische onderzoek zich daarbij tot een onderzoeksvraag die getoetst wordt aan de hand van een van de theorieën, zoals blijkt uit de literatuurstudie van Smith et al. (2009). Een belangrijke reden waarom dit onderzoek schaars is heeft te maken met het vertrouwelijke karakter van de contracten. Het is voor onderzoekers vaak niet mogelijk om toegang te krijgen tot private contracten (Smith et al. 2009; Lyons 1996). Ook in de zorgliteratuur is er nauwelijks gepubliceerd over private contracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen. Wel zijn fragmentarisch de contracten van bijvoorbeeld de British National Health Service (NHS) (Chalkley et al. 2008) en de ‘Alternative Quality Contracts’ (AQC) van ‘Blue-Cross Blue-Shields’ beschreven (Chernew et al. 2011).

Wanneer we een zo volledig mogelijk beeld van de contracten willen krijgen is het wenselijk om de economische contracttheorieën daar alle drie in te betrekken. Uit onze inventarisatie blijkt dat er een zekere overlap is in de theorieën, maar ook dat door de verschillende focus van deze theorieën er tevens belangrijke verschillen zijn. Figuur 1 laat schematisch zien dat uit de verschillende theorieën complementaire contracteigenschappen kunnen worden afgeleid. Deze contracteigenschappen hebben wij als uitgangspunt genomen bij de analyse van de zorginkoop contracten.

Figuur 1 Schematische weergave van de drie theorieën, factoren van invloed op contracteigenschappen

De uitkomst van contractonderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars hangt af van allerlei factoren. Deze factoren verdelen we onder in de volgende vier categorieën (zie kolom 2 in Figuur 1): structuur van de markt en voor ons doel meer specifiek de zorginkoopmarkt, kenmerken van de zorg als het onderwerp van het contract, kenmerken van de partijen en het gedrag van de partijen.

3.1 Structuur inkoopmarkt

Aantal potentiële handelspartners. Er is een relatief klein aantal zorgverzekeraarsconcerns, waarvan de vier grootste partijen (Achmea, VGZ, Menzis, CZ) een gezamenlijk marktaandeel van 90% genieten (NZa 2012a). Multizorg vormt een samenwerkingsverband en koopt in namens een aantal kleinere zorgverzekeraars. Hoewel de invloed regionaal verschilt hebben de vier grote verzekeraars dus vaak een groot marktaandeel in een ziekenhuis. De ziekenhuiszorgmarkt is minder geconcentreerd; in 2011 telt Nederland 84 algemene ziekenhuizen, acht universitair medisch centra en 59 categorale instellingen (NZa 2012a). Categorale instellingen bieden medisch specialistische zorg voor een specifieke groep patiënten. Zorgver-

zekeraars kunnen echter ook zorg inkopen bij Zelfstandige BehandelCentra (ZBC's) (NZa 2012a). Een ZBC is een kliniek waar minstens twee medisch specialisten werkzaam zijn. In oktober 2012 hadden 282 ZBC's een contract afgesloten met ten minste één verzekeraar (NZa 2012b). ZBC's voeren echter niet alle behandelingen uit en zijn daarmee niet zomaar substitueerbaar met ziekenhuizen. Een zorgverzekeraar kan dus met een groot aantal zorgaanbieders een contract afsluiten, terwijl ziekenhuizen aangewezen zijn op een gering aantal zorgverzekeraars-concerns.

Informatie asymmetrie. Er is sprake van informatie asymmetrie wanneer één partij meer of superieure informatie tot zijn beschikking dan een andere partij. Zo is er een belangrijke informatie asymmetrie tussen de patiënt en de medisch specialist. De medisch specialist is, gegeven zijn kennis, vaak beter in staat te bepalen welke behandeling van toepassing is op de patiënt dan de patiënt of de zorgverzekeraar. Er bestaat ook een informatie-asymmetrie tussen de medisch specialist en de zorgverzekeraar met betrekking tot de kwaliteit van de geleverde zorg. Een mogelijke oplossing voor het reduceren van deze informatie-asymmetrie is het monitoren van prestaties (Holstrom 1979). Zo kan de zorgverzekeraar contractuele bepalingen opnemen om het ziekenhuis kwaliteitsindicatoren te laten rapporteren. Indien de prestaties niet direct meetbaar zijn, kan er gebruik worden gemaakt van een proxy die sterk gecorreleerd is met de prestatie (Grossman et al. 1987; Milgrom et al. 1992). Een proxy kan zijn het aantal behandelingen van een bepaalde aandoening. Wanneer het aantal behandelingen in een ziekenhuis per patiënt groter is ten opzichte van andere (vergelijkbare) ziekenhuizen, kan dit een reden zijn voor nader onderzoek door de verzekeraar. Omgekeerd kan een minimum aantal behandelingen als proxy fungeren voor de veel moeilijker te meten kwaliteit.

3.2 Kenmerken van de zorg

Onzekerheid. Bij het afsluiten van contracten speelt onzekerheid over het zorgvolume een belangrijke rol (Füssenisch 2013). Alleen met grote breedte is te voorspellen hoeveel zorg een bepaalde populatie nodig heeft. Naast onzekerheid over de medische technologie en de snelheid waarmee technologische ontwikkelingen worden opgepakt speelt het keuzegedrag van patiënten ook een belangrijke rol. Recente en toekomstige beleidsveranderingen vormen ook een bron van forse onzekerheid. Het gaat dan om de politieke context als een soort inherente bron van onzekerheid, die het voor beide partijen moeilijk maakt om hier op te anticiperen. Momenteel is er bijvoorbeeld onduidelijkheid over hoe de invoering van integrale tarieven er precies gaat uitzien (NVZ 2013). De veranderlijke omgeving maakt ook dat prestaties minder inzichtelijk zijn. Zo meldde de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA) eind 2012 in een brandbrief aan VWS, dat alle stelselwijzigingen tot zo veel onzekerheden hebben geleid, dat de accountants geen goedkeurende verklaring dreigen te geven voor de jaarrekeningen van de ziekenhuizen (Wieleman 2012). Een andere belangrijke bron van onzekerheid zijn de technologische ontwikkelingen die de zorgvraag en de daarbij behorende kosten kunnen be-

invloeden. Er kunnen te allen tijde nieuwe behandelingen of betere alternatieven beschikbaar komen. Over het algemeen leidt onzekerheid tot minder volledige contracten en een kortere contractduur.

Specifieke productkenmerken. De transactiekostentheorie maakt een onderscheid in een aantal productkenmerken, te weten: complexiteit, hoeveelheid producten en transactiespecifieke investeringen. Het product ziekenhuiszorg is zeer complex, omdat het ziekenhuis een breed spectrum aan zorg biedt waarvan de kwaliteit vaak moeilijk te meten is. Daarnaast zijn behandelingen vaak patiëntspecifiek. Bij complexe producten worden daarom vaak bepalingen over kwaliteit of prestaties opgenomen (Brandenburg 2007). Contractonderhandelingen kunnen op productniveau worden gevoerd. Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet was het aantal producten erg groot; er bestonden ongeveer 30.000 DBC's. Sinds 2012 is dat veranderd in ongeveer 4.400 DOT-zorgproducten, maar het gaat nog steeds om een grote hoeveelheid aan producten. In contracten kunnen transactiespecifieke investeringen een rol spelen. Dit zijn investeringen die een deel van hun waarde verliezen als ze niet, of voor een ander doel, worden gebruikt (Williamson 1975). Een voorbeeld hiervan is de nieuwe kankerbehandeling protontherapie. Voor de aanschaf van een protonenapparaat is voor het ziekenhuis een investering van circa 100 miljoen euro gemoeid (Verstappen 2013). Deze investering kan (een deel van) zijn waarde verliezen op het moment dat een verzekeraar ervoor kiest geen kankerbehandelingen bij het ziekenhuis te contracteren en het ziekenhuis de apparatuur niet kan doorverkopen aan bijvoorbeeld een andere zorgaanbieder die wel gecontracteerd is. Lange-termijncontracten kunnen in dit geval een oplossing bieden omdat deze zekerheid bieden voor het ziekenhuis.

3.3 Kenmerken van de partijen

Beperkte rationaliteit. Partijen zijn beperkt in hun vermogen om rationele beslissingen te nemen. Ten eerste is er vaak onvoldoende informatie ter beschikking om alle mogelijke alternatieven en consequenties te kennen. Ten tweede is de mens beperkt in zijn capaciteit om de informatie die hij tot zijn beschikking heeft te evalueren. Tot slot zit er vaak een limiet op de tijd beschikbaar voor het nemen van een beslissing. Beperkte rationaliteit heeft tot gevolg dat contracten per definitie onvolledig zijn. Het contract kan namelijk geen volledige omschrijving bevatten van alle rechten en plichten van beide partijen in alle mogelijke scenario's.

Preferenties voor risico. Partijen kunnen verschillen in hun preferenties voor risico's. Een partij is risiconeutraal wanneer contractuitkomsten niet worden bepaald door toekomstige risico's. Er is sprake van risico(zoekend)/mijdend gedrag wanneer een partij uitkomsten met (on)zekere uitkomsten minder zwaar/zwaarder laat meewegen in haar beslissingen. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen zijn onder het huidige stelsel geleidelijk aan meer risico gaan dragen dan voorheen. In contracten kunnen partijen proberen om risico's af te dekken of op elkaar af te schuiven. Wanneer de verzekeraar en het ziekenhuis een vast bedrag afspreken voor de gele-

verde zorg dan biedt dit de verzekeraar zekerheid terwijl het ziekenhuis het resterende verlies of de winst op zich neemt. In dit geval heeft het ziekenhuis een maximale prikkel om binnen het vaste bedrag te blijven. Het is onduidelijk hoe het optimale contract er uit ziet. Vaak moet er een balans gezocht worden tussen het bieden van zekerheid en het geven van de juiste prikkels.

3.4 Gedrag van de partijen

Professioneel handelen versus mogelijkheden tot opportunistisch gedrag. De verzekeraar, het ziekenhuisbestuur en de medisch specialisten hebben vanuit hun functie en professie verschillende rechten en plichten. Er is echter altijd handlingsruimte en dit kan mogelijkheden bieden om bedoeld of onbedoeld opportunistisch te handelen. Dit kan ongewenste gevolgen hebben. Een aanbieder, kan meer behandelingen uitvoeren dan nodig is, of juist wachtlijsten toelaten, gunstige patiënten of DBC's selecteren (upcoding), of bezuinigen ten koste van kwaliteit (Groenewegen 2007). De mogelijkheid van opportunistisch gedrag kan voor de zorgverzekeraar een aanleiding zijn om in de contracten met ziekenhuizen condities op te nemen die de handelingsruimte van ziekenhuizen en artsen inperken ten einde opportunistisch gedrag en de ongewenste gevolgen daarvan te voorkomen.

4 Beschrijving contracteigenschappen

Bij het opstellen van contracten houden verzekeraars en ziekenhuizen rekening met de volgende zes contracteigenschappen (laatste kolom in Figuur 1): allocatie van eigendomsrechten; er bestaan verschillende soorten eigendomsrechten (bijvoorbeeld het recht tot gebruik van een goed, of het recht om residuele winsten te claimen) en deze kunnen onder de verschillende partijen verdeeld worden. Contractduur; de contractduur is de periode tussen de begindatum en de geplande einddatum van het contract. Afstemming van belangen; in contracten kunnen bepalingen worden opgenomen die gewenst bedrag van partijen stimuleren of ongewenst gedrag voorkomen. Voorbeelden hiervan zijn prestatiebekostiging of bonusen. (On)volledigheid; in hoeverre specificceert het contract de rechten en plichten van beide partijen in alle mogelijke scenario's. Risicoverdeling; via contracten worden (financiële) risico's onderling verdeeld. Beschermingsmaatregelen; partijen moeten erop kunnen vertrouwen dat afspraken worden nagekomen. Beschermingsmaatregelen als monitoren van prestaties, geschillenbeslechting, boetes en of een opzeggingsclausule worden daarom in contracten opgenomen.

Hieronder volgt een beschrijving contracteigenschappen (Figuur 1) van de contracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen van 2012.

4.1 Allocatie eigendomsrechten

De zeggenschapsverhoudingen binnen het ziekenhuizen liggen formeel vast. Deze zeggenschapsverhoudingen vormen zodoende de uitgangssituatie waarbinnen het

contract tussen de verzekeraar en ziekenhuis wordt afgesloten. Nu komt het natuurlijk nogal eens voor dat de zeggenschapsverhoudingen binnen een ziekenhuis veranderen, bijvoorbeeld door een fusie, of door nieuwe afspraken tussen de Raad van Bestuur en de medisch specialisten. Uit de contracten komt dan ook naar voren dat sommige verzekeraars ontbindende bepalingen hebben opgenomen in het geval dat een wijziging in de zeggenschapsverhoudingen binnen het ziekenhuis optreedt. Twee verzekeraars melden bijvoorbeeld dat de verzekeraar het contract met onmiddellijke ingang mag opzeggen indien “de zeggenschapsverhoudingen binnen het ziekenhuis wordt gewijzigd door overdracht van aandelen, omzetting, splitsing, fusie of bestuurswisseling dan wel wijziging in de samenstelling of de bevoegdheden van een toezichthoudend orgaan”. Daarnaast is er één verzekeraar die met een aantal ziekenhuizen heeft afgesproken dat specialisten in vast dienstverband niet mogen overstappen naar vrijgevestigd, tenzij de verzekeraar hiermee akkoord gaat.

4.2 Contractduur

De contractduur van het merendeel van de contracten is een jaar. Drie verzekeraars werken louter met contracten van een jaar terwijl één verzekeraar werkt met zowel contracten van een als van twee jaar. Er is één verzekeraar die daarnaast ook werkt met ‘Raamovereenkomsten medisch specialistische zorg’, waarbij contracten voor een duur van vijf jaar worden afgesloten. In deze raamovereenkomsten worden voor een beperkt aantal behandelingen afspraken gemaakt over kwaliteit en informatie-uitwisseling voor de komende vijf jaar.

De contractuele bepalingen die tot een tussentijdse beëindiging van het contract kunnen leiden zijn in vrijwel alle contracten hetzelfde. Enkele voorbeelden zijn: wederzijds goedkeuren, faillissement, surseance van betaling of de zorgaanbieder draagt onderneming of deel van de onderneming over aan derden.

4.3 (Ex ante) afstemmen van belangen

In alle contracten worden afspraken gemaakt over de kosten, volume en kwaliteit van de zorg. Daarnaast passen sommige verzekeraars prestatiebeloning toe in de vorm van selectief contracteren of een hogere prijs per patiënt.

Kosten. De verzekeraars en de ziekenhuizen onderhandelen over de tarieven van de DBC-zorgproducten. In de data die wij ter beschikking hadden ontbreken de individuele tarieven of volumeafspraken per DBC die zorgverzekeraars afspreken met ziekenhuizen. Wel observeren we dat er in de contracten grofweg drie verschillende bekostigingsmethoden worden toegepast: aanneemsom, plafondbesluit en contracten die de prijslijst hanteren. Onder een aanneemsom ontvangt het ziekenhuis een van tevoren afgesproken vast bedrag, ongeacht de prestaties. Onder een plafondbesluit worden de kosten van het ziekenhuis gedeclareerd op basis van de afgesproken tarieven, zolang deze onder het plafond liggen. De hoogte van de aanneemsom of plafondbesluit staat in de contracten. Contracten die de prijs-

lijst hanteren ontvangen voor elke uitgevoerde behandeling een vergoeding op basis van de tarieven.

Vrijwel alle contracten werken met ofwel een aanneemsom, of een plafondaafspraak. Twee verzekeraars werken uitsluitend met plafondaafspraken, twee verzekeraars hebben met sommige ziekenhuizen een plafondaafspraak en met andere een aanneemsom. Eén verzekeraar werkt met alle drie de bekostigingsmethoden. Deze verzekeraar maakt een enkele keer gebruik van de prijslijst. Deze methode wordt toegepast wanneer de zorgverzekeraar een klein aandeel heeft in het ziekenhuis. Twee verzekeraars verwijzen voor wat betreft de groeipercentages expliciet naar het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord.

In vrijwel alle contracten is opgenomen dat de zorg niet onnodig kostbaar of gecompliceerd mag zijn. Vier verzekeraars nemen contractuele bepalingen op met betrekking tot het voorschrijven van medicijnen. Drie verzekeraars melden bijvoorbeeld dat medicijnen op stofnaam moeten worden voorgeschreven, tenzij er sprake is van medische noodzaak. Daarnaast staat in de contracten van twee van de verzekeraars dat het ziekenhuis het goedkope alternatief moet kiezen indien er keuze is uit verschillende medicijnen.

Volume. De bekostigingsmethode heeft naast impact op de kosten ook invloed op het volume. Sommige verzekeraars proberen de risico's van onderbehandeling en overbehandeling te voorkomen door het opnemen van additionele contractuele afspraken. Om onderbehandeling te voorkomen leggen veel verzekeraars contractueel vast dat het ziekenhuis alleen patiënten mag weigeren of de behandeling mag beëindigen als daar gewichtige redenen voor zijn. In sommige contracten staat expliciet dat ziekenhuizen een doorleververplichting hebben ook als het plafond of de aanneemsom al bereikt is. Daarnaast meldt één verzekeraar dat ziekenhuizen ook een leverplicht hebben voor geneesmiddelen. Ook worden er afspraken gemaakt om overbehandeling te voorkomen. In vrijwel alle contracten is opgenomen dat zorg alleen wordt vergoed als er een verwijzing, van bijvoorbeeld een huisarts, voorhanden is, tenzij het gaat om spoed. Drie verzekeraars melden expliciet dat er een machtiging van de verzekeraar nodig is voor behandelingen die op de limitatieve lijst staan. De limitatieve lijst is een overzicht van alle behandelingen waarvoor van tevoren toestemming moet worden gegeven. Daarnaast meldt één verzekeraar dat er voor specifieke behandelingen, zoals bovenooglidcorrecties en flapoorcorrecties, een machtiging vereist is. Soms worden de criteria zeer gedetailleerd weergegeven in de contracten. Bijvoorbeeld bij het genoemde bovenooglidcorrectie is een van de criteria "huidsurplus van de bovenoogleden van zodanige omvang dat de huid minimaal de helft van de wimpers bedekt bij recht vooruit kijken en recht gehouden hoofd en/of slapte of verlamming van de m. levator palpebrae". Er is één verzekeraar die voor een aantal behandelingen een maximum te declareren volume heeft afgesproken.

Kwaliteit. In alle contracten worden algemene afspraken gemaakt over de kwaliteit van zorg. De zorg dient in overeenstemming te zijn met de stand van de weten-

schap en praktijk. De zorg moet voldoen aan de (meest recente) standaarden, protocollen en richtlijnen die van toepassing zijn. Een aantal concretere voorbeelden zijn: de implementatie van een Veiligheid Managementsysteem (VMS), accreditatie door een erkend certificatie- of accreditatieorganisatie in 2012. Er worden algemene afspraken gemaakt over wachttijden, zo moet zorg geleverd worden binnen de wettelijk geldende Treeknorm. Daarnaast worden er voor specifieke behandelingen afspraken gemaakt over minimale kwaliteitseisen die zijn opgesteld door de beroepsverenigingen, zoals bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH). In sommige gevallen heeft de verzekeraar zelf eigen kwaliteitseisen of verbeterafspraken opgesteld.

Prestatiebeloning. Er bestaan verschillende vormen van prestatiebeloning: een bonus per behandelde patiënt voor behandelingen waar het ziekenhuis aan bepaalde normen voldoet en selectief contracteren. In 2012 is er één verzekeraar die voor een aantal behandelingen een bonus geeft aan ziekenhuizen die aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen. Daarnaast passen drie verzekeraars selectief contracteren toe, door niet alle zorg of helemaal geen zorg in te kopen bij sommige zorgaanbieders. De meeste verzekeraars hebben met vrijwel alle ziekenhuizen een contract afgesloten, maar niet altijd voor alle behandelingen.

De criteria die worden gebruikt voor selectief contracteren of een extra vergoeding per patiënt, zijn voornamelijk de richtlijnen (minimum kwaliteitseisen) die zijn opgesteld door de beroepsverenigingen en dus bekend zijn bij ziekenhuizen. In sommige gevallen heeft de zorgverzekeraar eigen kwaliteitsindicatoren opgesteld. Ook worden in de contracten voor sommige behandelingen expliciete verbeterafspraken opgenomen.

4.4 (On)volledigheid

De contracten die we observeren zijn onvolledig wat betreft de allocatie van financieel risico en prestaties. Vier van de vijf verzekeraars bieden ruimte om de prijzen gedurende het contract nog aan te passen. De vijfde verzekeraar geeft wel aan dat de zorgverzekeraar het bedrag zal vergoeden totdat het plafond is bereikt. Indien het volume achterblijft, of het plafond/de aanneemsom wordt overschreden, kunnen prijzen omhoog/omlaag bijgesteld worden, zodat het te declareren bedrag overeenkomt met het plafond/de aanneemsom. Verder noemen drie verzekeraars eventuele aanpassingen in de vaste/maximumtarieven, zoals opgesteld door de NZa, een reden om de prijzen aan te passen. In sommige gevallen kan er nog een herbeoordeling van de hoogte van de aanneemsom of het plafond plaatsvinden. Twee verzekeraars geven bijvoorbeeld aan dat de verzekeraar bevoegd is om het plafond te verhogen of te verlagen, indien het aantal verzekerden afwijkt van het aantal waar vanuit was gegaan bij de berekeningen. Een andere verzekeraar geeft aan dat er ruimte is om te heronderhandelen over het budget, indien het ziekenhuis te maken krijgt met een ‘substantiële’ toename in volume dat buiten de risicosfeer van het ziekenhuis ligt. Verder zijn contracten onvolledig wat betreft prestaties. Er

worden wel afspraken gemaakt over kwaliteit, maar geen enkel contract specificeert wat de gewenste kwaliteit is in alle mogelijke scenario's.

4.5 Risicoverdeling

De risico's tussen beide partijen worden verdeeld via de bekostigingsmethode. De verschillende bekostigingsmethodes en de prikkels van beide partijen onder deze afspraken hebben we al besproken onder (ex ante) afstemmen van belangen. Onder een aanneemsom of plafondaafpraak draagt het ziekenhuis vrijwel al het risico. Onder een plafondaafpraak draagt het ziekenhuis meer risico dan onder een aanneemsom omdat er geen sprake meer is van een omzetgarantie. Het feit dat prijzen en in sommige gevallen de hoogte van de aanneemsom/het plafond nog aangepast kunnen worden, brengt wel weer extra risico's mee voor de verzekeraar, zeker wanneer die wijzigingen verder niet exact gespecificeerd zijn in het contract.

4.6 (Ex post)beschermingsmaatregelen

In alle contracten worden maatregelen benoemd om toezicht te houden op de prestaties van het ziekenhuis en om eventuele latere conflicten te voorkomen/op te lossen. Enkele maatregelen die in de contracten terugkomen zijn: monitoren, geschillenbeslechting en boetes. Verzekeraars verschillen in de precieze invulling hiervan.

Monitoring. Om de prestaties van de ziekenhuizen te monitoren worden er verschillende afspraken gemaakt. Ten eerste worden er rapportageverplichtingen voor de ziekenhuizen opgenomen met betrekking tot volume, kwaliteit, verzekeren en de financiële positie. Een voorbeeld is de maandelijksse rapportage van ziekenhuizen over het aantal gesloten DBC-zorgproducten en de waarde van het OnderHanden Werk (OHW). Het OnderHanden Werk zijn "de waarde van de aan het eind van het boekjaar lopende behandelingen waarvoor een zorgproduct is gestart/geopend, maar waarvoor pas na afloop van het boekjaar kan worden gedeclareerd" (NZa 2011). Eén verzekeraar vraagt om een melding indien het ziekenhuis denkt de aanneemsom of het plafond te gaan overschrijden. Ziekenhuizen zijn ook verplicht om scores op bepaalde kwaliteitsindicatoren te registreren en in sommige gevallen te rapporteren op hun website. Het gaat hier veelal om indicatoren van Zichtbare Zorg (ZiZO), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en of Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Eén verzekeraar vraagt bijvoorbeeld naar de indicatoren van ZiZO en IGZ, terwijl een andere verzekeraar vraagt om de indicatoren van ZiZo en ZN. Sommige verzekeraars hebben een bepaling opgenomen over het verzekerenbestand, dat elke dag geactualiseerd moet zijn. Dit in verband met controles betreffende verzekeringsrecht. Verder vragen verzekeraars informatie op over de financiële positie van het ziekenhuis door middel van het aanleveren/beschikbaar stellen van het (half)jaarverslag.

Naast deze rapportageverplichtingen nemen twee verzekeraars standaard overlegmomenten op om ontwikkelingen en prestaties te bespreken met betrekking tot de omvang, aard en kwaliteit van de zorg en de kosten die daarmee gemoeid zijn.

Verzekeraars nemen het financiële beleid door en monitoren klachten van verzekerden.

Tabel 1 Samenvattend schema

Invulling van de contracten zorgverzekeraar/ziekenhuis	
Allocatie eigendomsrechten	De zeggenschapsverhoudingen binnen het ziekenhuis liggen formeel vast en vormen zodoende de uitgangssituatie waarbinnen het contract tussen de verzekeraar en ziekenhuis wordt afgesloten. Sommige verzekeraars maken contractuele afspraken om meer zekerheid te krijgen over deze zeggenschapsverhoudingen.
Contractduur	De contractduur van het merendeel van de contracten is één jaar. Eén verzekeraar werkt met contracten van één en twee jaar. Daarnaast werkt één verzekeraar met raamovereenkomsten waarin afspraken worden gemaakt over de kwaliteit en informatie-uitwisseling voor de komende vijf jaar.
Afstemmen van belangen	In alle contracten worden afspraken gemaakt met betrekking tot de kosten, volume en kwaliteit van zorg. Daarnaast passen sommige verzekeraars prestatiebeloning toe in de vorm van selectief contracteren of een hogere prijs indien wordt voldaan aan bepaalde kwaliteitseisen.
(On)volledigheid	Contracten zijn onvolledig wat betreft de allocatie van financieel risico en prestaties. Contracten bieden ruimte om te heronderhandelen over prijzen. In sommige gevallen kan er nog een herbeoordeling plaatsvinden over de hoogte van de aanneemsom of het plafond. Verder worden er wel afspraken gemaakt over kwaliteit maar deze zijn weinig gedetailleerd. Geen enkel contract specificiert wat de gewenste kwaliteit is in meerdere scenario's.
Risicoverdeling	De risico's tussen beide partijen worden verdeeld via de bekostigingsmethode. Hoewel het ziekenhuis onder zowel een aanneemsom als onder een plafondafpraak een groot deel van het financiële risico op zich lijkt te nemen is het nog maar de vraag hoe de winsten/verliezen uiteindelijk verdeeld worden.
Beschermingsmaatregelen	In alle contracten worden maatregelen benoemd om toezicht te houden op de prestaties van het ziekenhuis en eventuele latere conflicten te voorkomen/op te lossen. Voorbeelden van dit soort maatregelen zijn: monitoren, geschillenbeslechting en boetes (indirect).

Geschillenbeslechting. In de contracten staat dat partijen de voorkeur geven om geschillen zoveel mogelijk onderling op te lossen. Indien partijen zich niet aan de afspraken houden vindt er overleg plaats en proberen ze gezamenlijk tot een oplossing te komen. Pas als partijen het niet onderling kunnen oplossen laten ze het over aan de Rechtbank. In het ergste geval kan het contract ontbonden worden. Eén verzekeraar geeft aan dat ziekenhuizen kunnen worden verplicht een verbeterplan op te stellen, en dat de zorgverzekeraar het recht heeft om een openbare waarschuwing te geven indien het ziekenhuis tekort schiet.

Boetes. In de contracten worden niet direct boetes opgelegd. Vijf verzekeraars nemen wel expliciet in het contract op dat het ziekenhuis niet langer bevoegd is zorg te verlenen/declaraties in te dienen voor behandelingen waarvoor ze niet voldoen aan de kwaliteits- en of volumenorm. Eén verzekeraar geeft aan dat het ziekenhuis

de verzekeraar moet inlichten indien er af wordt afgeweken van de norm. In dit geval wordt er een verbeterplan opgesteld. Indien het ziekenhuis niet binnen een bepaalde termijn voldoet aan de eisen, zal de verzekeraar deze zorg niet meer vergoeden. Verder heeft de verzekeraar die hogere prijzen hanteert voor bepaalde behandelingen indien wordt voldaan aan bepaalde kwaliteitseisen, in het contract opgenomen dat deze bonus per direct vervalt indien er niet is voldaan aan de voorwaarden.

5 Discussie en conclusie

5.1 Onzekerheid en complexiteit spelen een grote rol bij de invulling van het contract

De factoren onzekerheid en complexiteit spelen een belangrijke rol in de contractstructuur. Dit vertaalt zich in een relatief korte contractduur, de incompleetheid van de contracten en ruimte om tijdens de looptijd van het contract over onderdelen opnieuw te onderhandelen.

De contractduur betreft veelal één jaar terwijl er slechts enkele tweejarige contracten bestaan. Langetermijncontracten kunnen nuttig zijn wanneer er grote investeringen worden gemaakt. Een langere contractduur biedt dan aan beide partijen zekerheid en daarmee worden de transactiekosten gereduceerd. Een nadeel van langetermijncontracten is dat het ten koste kan gaan van de flexibiliteit. Ook kan de marktwerking daardoor worden belemmerd. Gezien alle onzekerheden, zal bij langetermijncontracten in de praktijk veel heronderhandeld moeten worden, waardoor de transactiekosten weer toenemen. Cruciaal is daarbij hoe de partijen omgaan met onzekerheid, en of ze in een langetermijncontract een basis zien om vanuit vertrouwen aan oplossingen voor alle voorkomende onzekerheden te werken, zonder alles op voorhand helemaal dicht te regelen.

De contracten zijn onvolledig wat betreft prestaties en de allocatie van financieel risico. Het feit dat een ziekenhuis heel veel verschillende behandelingen uitvoert bij allerlei verschillende patiënten, maakt het complex dan wel onmogelijk voor de zorgverzekeraar en het ziekenhuis om op voorhand alles exact vast te stellen voor alle mogelijke scenario's. Om deze reden wordt er vaak ruimte opengelaten om te heronderhandelen. Het strikt naleven van contracten kan grote financiële risico's met zich meebrengen. Stel dat het zorgvolume ver boven het plafond uitkomt, dan kan dit de financiële positie van een ziekenhuis in gevaar brengen. Het is vooralsnog onduidelijk hoe compleet contracten in de praktijk kunnen worden opgesteld.

5.2 De rol van VWS

Onzekerheid over beleid. Partijen hebben te maken met veel onzekerheid. Er bestaat onzekerheid over volume en technologische ontwikkelingen, maar ook over veranderingen in beleid. Veranderingen in beleid zijn veelal onvoorspelbaarder dan de eerder genoemde soorten onzekerheid. VWS kan deze onzekerheden proberen te

verminderen door het maken van afspraken met partijen en een langetermijnbeleid proberen te voeren. In de praktijk blijkt dit best een lastige opgave te zijn. Zo kwam de overgang naar DOT's in de ziekenhuisfinanciering op een moment dat de marktpartijen net gewend waren aan de DBC's. De zorgverzekeraar en het ziekenhuis hadden in 2012 nog weinig zicht op de kosten van de nieuwe productstructuren (Algemene Rekenkamer 2013). Wanneer beleidsmaatregelen elkaar in een snel tempo opvolgen, wordt het voor de marktpartijen ondoenlijk om scherpe en bindende contracten op te stellen. De politieke omgeving en het wisselen van kabinetten vormen als het ware een inherente oorzaak van onzekerheid over de richting waarin het zorgstelsel zich ontwikkelt. Voor de marktpartijen zijn heldere en zekere toekomstverwachtingen noodzakelijk om hun rol en verantwoordelijkheden waar te maken. Een goed voorbeeld van beleid voor langere termijn betreft het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord waarin VWS heeft afgesproken dat de zorguitgaven met maximaal 2,5% mogen groeien. Dit akkoord kan functioneren als een richtlijn waarmee partijen rekening kunnen houden in de onderhandelingen. We zien deze jaarlijkse groei afspraken terug in de contracten. Vanuit welvaartsoogpunt is het echter wel belangrijk dat de afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord niet een op een terugkomen in de contracten, maar dat rekening wordt gehouden met verschillen tussen ziekenhuizen. Ook is van belang dat zo'n akkoord niet wordt doorkruist door allerlei maatregelen op operationeel niveau, zoals bijvoorbeeld overhevelingen van geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget.

5.3 Wat zien we niet of weinig terug in de contracten?

Prestatiebeloning weinig toegepast. Prestatiebeloning is belangrijk om de concurrentie op de ziekenhuismarkt te stimuleren. Het idee achter prestatiebeloning is om ziekenhuizen die een hogere kwaliteit leveren beter te belonen. In 2012 vindt er op beperkte schaal prestatiebeloning plaats, dus prestaties waarbij het aantal behandelingen waarop selectief wordt gecontracteerd of in aanmerking komt voor een extra vergoeding beperkt is. In hoeverre en welke vorm van prestatiebeloning wenselijk is, zal deels afhankelijk zijn van het type zorg. Spoedeisende hulp leent zich eerder voor een extra vergoeding in plaats van selectief contracteren, omdat afstand belangrijk is. Complexe zorg die baat heeft bij schaalvoordelen/concentratie leent zich bijvoorbeeld wel voor selectief contracteren. Voor verzekeraars is het voornamelijk interessant om prestatiebeloning toe te passen voor behandelingen die frequent voorkomen, en wanneer er grote verschillen in prijs en/of kwaliteit aanwezig zijn. Er moet in ieder geval wel genoeg informatie over kwaliteit zijn (Hayen et al. 2013). De criteria die in 2012 worden gebruikt voor selectief contracteren zijn veelal standaard kwaliteitseisen. Zorgverzekeraars beschikken waarschijnlijk nog over te weinig betrouwbare kwaliteitsinformatie.

Bekostiging wordt in praktijk niet gebruikt om risico's te verdelen. Een contract kan risico's tussen spelers verdelen door middel van de bekostigingsmethode. Hoewel het ziekenhuis onder zowel een plafondafpraak als onder een aanneemsom een groot deel van het financiële risico op zich lijkt te nemen, is het maar de

vraag of er geen heronderhandelingen plaatsvinden en hoe de winsten/verliezen werkelijk verdeeld worden. Voor het ziekenhuis geeft een aanneemsom ook een bepaalde mate van zekerheid over de te verwachten inkomsten.

Sancties of boetes weinig gebruikt. Het ziet er naar uit dat het Nederlandse poldermodel ook van toepassing is op de zorginkoopmarkt. Verzekeraars en ziekenhuizen proberen zoveel mogelijk samen tot een oplossing te komen. Het contract kan ontbonden worden als één van de partijen zich niet aan de afspraken houdt, dit zal in de praktijk echter niet snel optreden. Andere aspecten zoals wederzijdse afhankelijkheid en reputatie lijken een veel belangrijkere rol te spelen in het nakomen van afspraken. Partijen hebben baat bij een goede relatie omdat de kans groot is dat ze in de toekomst ook met elkaar te maken hebben.

5.4 Beperkingen van empirisch onderzoek in contracten

Dit onderzoek kent haar beperkingen. Een aantal dimensies, zoals de contractduur is makkelijk kwantificeerbaar. Ook discrete keuzevariabelen, bijvoorbeeld of ziekenhuizen wel of geen doorleververplichting verplichting hebben, kunnen eenduidig vastgesteld worden. Echter, factoren die volgens de contracttheorie grote invloed hebben op de invulling van het contract zoals complexiteit en onzekerheid zijn veelal moeilijk of niet meetbaar (Lyons 1996).

Daarnaast kan de precieze verwoording van de afspraken in het contract afwijken met hoe de partijen deze interpreteren. Aan de andere kan het ook zo zijn dat er onderlinge afspraken zijn die misschien niet letterlijk in de contracten staan en dus niet waarneembaar zijn (Lyons 1996).

6 Conclusie

In de contracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen speelt onzekerheid over toekomstige ontwikkelingen een belangrijke rol. Dit heeft zich tot nu toe vertaald in een korte contractduur, onvolledigheid van de contracten en de ruimte om te heronderhandelen. Veel verzekeraars hanteren uitgavenplafonds of aanneemsommen om de kosten in de zorg, en hun eigen financiële risico, te beperken. Dat veel ziekenhuizen hierin meegaan geeft aan dat verzekeraars voldoende onderhandelingsmacht hebben tegenover ziekenhuizen. Hierbij heeft het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord tussen verzekeraars, ziekenhuizen en de overheid om de groei van de totale zorguitgaven te beperken waarschijnlijk een belangrijke rol gespeeld. Omdat zowel verzekeraars als ziekenhuizen zich via dit Hoofdlijnenakkoord al vooraf geëngelikt hebben om samen de ziekenhuisuitgaven op nationaal niveau te beperken, zien we deze afspraken ook terugkomen in de individuele contractonderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars. Uit onze inventarisatie blijkt dat er eerste stappen worden ondernomen door verzekeraars om te differentiëren, zo vindt er in beperkte mate prestatiebeloning plaats en worden er eerste afspraken gemaakt over kwaliteit. Dat is een stap in de goede richting. Wil gereguleerde con-

currentie echt een bijdrage van betekenis gaan leveren aan de systeemdoelen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de ziekenhuiszorg, dan zal meer nadruk op de geleverde kwaliteit en de daarvoor benodigde financiële prikkels in toekomstige contracten nodig zijn.

Auteurs

Suzanne Ruwaard (e-mail: S.Ruwaard@uvt.nl) is promovendus aan de Universiteit van Tilburg en verbonden aan het Centraal Planbureau (CPB) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Rudy Douven (e-mail: R.C.M.H.Douven@cpb.nl) is Commonwealthfund Harkness Fellow aan de Harvard Medical School en verbonden aan het Centraal Planbureau (CPB) en de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR). Jeroen Struijs (e-mail: jeroen.struijs@rivm.nl) is Commonwealthfund Harkness Fellow aan de Harvard School of Public Health, Department of Health Policy and Management en verbonden aan het Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Johan Polder (e-mail: johan.polder@rivm.nl) is gezondheidseconoom en verbonden aan het RIVM als CSO en aan Tilburg University als bijzonder hoogleraar.

Literatuur

- Algemene Rekenkamer, 2013, Transparantie ziekenhuisuitgaven: uitgavenbeheersing in de zorg deel 2.
- Baarsma, B., F. de Kam, R. Linschoten, W. Verloren van Themaat en M. Varkevisser, 2012, Advies commissie macrobeheersinstrument: van structureel kortingsinstrument naar daadwerkelijk ultimatum remedium, 5 juni 2012.
- Brandenburg, C., 2007, Zorgverzekeraars contracteren ziekenhuizen in een vrije markt. Een empirisch onderzoek naar de transactiekosten, *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie*, vol. 81(3): 69-76.
- Bolton, P., en M. Dewatripont, 2004, *Contract Theory*, MIT Press: Cambridge and London.
- Chernew, M.E., R.E. Mechanic, B.E. Landon en D.G. Safran, 2011, Private-payer innovation in Massachusetts: the 'alternative quality contract', *Health Aff (Millwood)*, vol. 30(1): 51-61.
- Chalkley, M., en D. McVicar, 2008, Choice of contracts in the British National Health Service: An empirical study, *Journal of Health Economics*, vol. 27(2008): 1155-67.
- Füssenisch, K., 2013, Estimating costs of the specialist-medical care in the Netherlands: using unknown fractions, Master's Thesis University of Tilburg.
- Groenewegen, J., 2007, Transactiekostentheorie en de nieuwe zorgmarkt, *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie*, vol. 81(3): 61-68.
- Grossman, S.J., en O.D. Hart, 1986, The costs and benefits of ownership: a theory of vertical and lateral integration *Journal of Political Economy*, vol. 94(4): 691-719.
- Hayen, A.P., Bekker, P.J.G.M. de Bekker, M.M.T.J. Ouwens, G.P. Westert en P.P.T. Jeurissen, 2013, No cure, no pay? Onderweg naar uitkomstbepaling in de Nederlandse zorg; huidige en toekomstige mogelijkheden, Nijmegen: Celsus.
- Halbersma, R., J. van Manen, W. Sauter, 2013, Voldoen de verzekeraars in hun rol als motor van het zorgstelsel? NZa Research Paper 2012-3.

- Hazeu, C.A., 2000, Institutionele economie: een optiek op organisatie- en sturingsvraagstukken, Bussum: Coutinho.
- Holmstrom, B., 1979, Moral hazard and observability, *The Bell Journal of Economics*, vol. 10(1): 74-91.
- IGZ, 2010, Volumenormen beperken risico voor de patiënt.
<http://www.igz.nl/actueel/nieuws/volumenormenbeperkenrisicovoordepatint.aspx>
- Smith, D.G., en B.G., King, 2009, Contracts as organizations, *Arizona Law Review*, vol. 51(1): 1-45.
- Lyons, B.R., 1996, Empirical Relevance of Efficient Contract Theory: Inter-Firm Contracts, *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 12(4): 27-52.
- Milgrom, P., en J. Roberts, 1992, *Economics, Organization and Management*, Prentice Hall.
- Ministerie van VWS, 2011a, Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015.
- Ministerie van VWS, 2011b, Zorg die loont, Den Haag: Tweede Kamerstuk 32 620. Nr. 6. 14. Maart 2011.
- Ministerie van VWS, 2013a, Begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2014: Betere-zorg, beheerste uitgaven.
- Ministerie van VWS, 2013b, VSO tijdslijn macrobeheersinstrument.
- NMa, 2012, Jaarverslag 2012 Nederlandse Mededingingsautoriteit.
- NVZ, 2013, Passend model: over de relatie tussen ziekenhuizen en medisch specialisten na 2015.
- NZa, 2008, Monitor Ziekenhuiszorg 2008: een analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment 2008.
- NZa, 2011, Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg: uitwerking van implementatie per 2012, Consultatiedocument.
- NZa, 2012a, Van fabels naar feiten: stand van de zorgmarkten 2012.
- NZa, 2012b, Marktscan Medisch specialistische zorg: weergave van de markt 2008-2012.
- NZa, 2013, Integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015. Advies Orde van Medisch Specialisten, 2011, Model Toelatingsovereenkomst d.d. 20 september 2011.
- Verstappen M., 2013, 'Goed-nieuwsmedaille' protontherapie kent keerzijde.
- Wieleman H.H.H., 2012, Accountantscontrole curatieve Zorg, 20 december 2012.
- Williamson, O.E., 1975, *Markets and hierarchies: analysis and antitrust implications*, The Free Press: New York

De politieke economie van de betaalbaarheid en de doelmatigheid van de zorg

Hans Maarse en Dirk Ruwaard

De laatste jaren kent de gezondheidszorg een grote politieke en maatschappelijke belangstelling. Het debat richt zich dan op duurzaamheid, waarbij gezocht wordt naar wegen om ook in de toekomst betaalbare en kwalitatief hoogwaardige zorg te garanderen. In deze bijdrage willen wij de betaalbaarheid en doelmatigheid aan een kritische beschouwing onderwerpen. Waarom wordt de uitgavenstijging als een groot beleidsprobleem gedefinieerd? Wie kan er tegen ondoelmatigheid zijn? Dat past ook in het rationeel-economisch model van beleidsvoering. Maar zo simpel is het niet. Er zijn grote meningsverschillen over de wijze waarop de doelmatigheid vergroot kan worden, waarbij de solidariteit op het spel staat.

1 Inleiding

De media hebben de afgelopen jaren veel aandacht besteed aan het politieke en maatschappelijke debat over de gezondheidszorg in Nederland. Twee problemen staan daarbij vooral in de belangstelling. Het eerste probleem betreft de uitgavenstijging in de zorg. Na een periode van betrekkelijke stabiliteit in de jaren 1980-2000 is het aandeel van de zorg in het bruto binnenlands product (bbp) na 2000 sterk toegenomen. Volgens een becijfering van de Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) stegen de netto-uitgaven in de periode 2000-2011 gemiddeld met 5,1% per jaar als gevolg waarvan het aandeel van de zorg in het bbp toenam van 8% in 2000 tot 11,9% in 2011. Ter vergelijking: in buurland Duitsland bleef de gemiddelde jaarlijkse stijging over dezelfde periode beperkt tot 2% (OECD Health Data 2013). Voor wat betreft de toekomst verwacht het Centraal Planbureau (CPB) een verdere stijging. Afhankelijk van het gekozen scenario wordt het beslag van de zorg als percentage van het bbp in 2040 tussen de 19% (lagere kosten scenario) en de 31% (betere zorg scenario) geschat (CPB 2011).¹

¹ Het CPB gebruikt andere gegevens dan de OECD. Dit heeft te maken met het feit dat de OECD met het oog op de internationale vergelijkbaarheid een andere definitie van gezondheidszorg hanteert dan het CPB. Om deze reden zijn de percentages die het CPB presenteert hoger dan de percentages van de OECD. Zo bedroeg het aandeel van de zorg in het bbp volgens het CPB in 2010 13,2%.

De stijging van de zorguitgaven wordt in brede kring als een groot probleem beschouwd. Indien overheid en veld er niet in slagen om de uitgavenstijging effectief te beteugelen, zo luidt de redenering, dan komt de duurzaamheid van de zorg op het spel te staan (Ruwaard 2012; Maarse et al. 2013a; Maarse 2013b). Dit betekent dat zij niet alleen onbetaalbaar wordt, maar ook dat de universele toegang tot noodzakelijke en kwalitatief hoogwaardige zorg in het gedrang komt. Bij toegankelijkheid moet men hierbij behalve aan de directe toegang tot de zorgverlening ook denken aan financiële toegankelijkheid.

Het tweede probleem hangt nauw met het eerste probleem samen en betreft het gebrek aan doelmatigheid. De in beleidskringen gangbare analyse (bijvoorbeeld Regeerakkoord 2012) is dat de sterke stijging van de zorguitgaven voor een groot deel aan een hardnekkige en wijdverbreide ondoelmatigheid valt toe te schrijven. In de zorg heeft op grote schaal verkwisting van schaarse hulpbronnen plaats. Dit wijst op een fundamenteel gebrek aan prikkels tot doelmatig handelen. De beteugeling van de zorguitgaven vraagt dus om een beleid met bevordering van doelmatigheid als hoogste prioriteit. De invoering van de gereguleerde marktwerking in de curatieve zorg, de decentralisatie van de extramurale langdurige zorg naar de gemeenten en ook de sterke nadruk op meer individuele verantwoordelijkheid dienen er alle toe een nieuwe institutionele structuur in de zorg tot stand te brengen die veel krachtiger prikkels tot doelmatigheid uitzendt dan de oude sterk gebureaucratiseerde structuur met de centrale overheid als dominante speler.

In deze bijdrage willen wij beide problemen aan een kritische beschouwing onderwerpen. Om te beginnen vragen wij ons af: waarom wordt de uitgavenstijging in de zorg als een groot beleidsprobleem gedefinieerd? Zijn er ook redenen om deze problematiek te relativiseren? Vervolgens gaan wij in op het thema van de verbetering van de doelmatigheid. Bestrijding van verkwisting van schaarse hulpbronnen heeft natuurlijk een grote aantrekkingskracht op beleidsmakers en burgers. Wie zou immers voor ondoelmatigheid willen pleiten? Bij nader inzien ligt de zaak echter ingewikkelder wat ook direct helpt verklaren waarom de bevordering van doelmatigheid zo'n complexe opgave betreft.

Enkele maanden terug heeft de minister van Volksgezondheid een meldpunt verspilling in de zorg ingericht. Iedereen werd in de gelegenheid gesteld om voorbeelden van verspilling aan te dragen en suggesties te doen voor het tegengaan van die verspilling. Verder vroeg zij iedereen na te denken over een doelmatige invulling ('versobering') van het pakket van verzekerde zorg. Welke zorg zou in het pakket moeten blijven en welke zou er best uit kunnen worden verwijderd? In deze bijdrage zullen wij de resultaten van dit opmerkelijke initiatief nader analyseren. Deze analyse biedt een goede inkijk in de weerbarstigheid van het doelmatigheidsprobleem in de zorg.

2 Het probleem van de stijgende zorguitgaven

Zoals gezegd, zijn de zorguitgaven na 2000 veel sterker gestegen dan de groei van het nationaal inkomen. Deze stijging valt niet los te zien van de periode van strakke budgettering van de zorguitgaven in de periode 1980-2000. Direct na de eeuwwisseling zag de overheid zich gedwongen tot een forse uitgavenverhoging² om de maatschappelijke en politieke onrust over de grote wachtlijsten te beteugelen. Deze werden alom als een negatief neveneffect van de budgettering beschouwd: de jaarlijkse verhoging van het budget voor de diverse sectoren in de zorg had geen gelijke tred gehouden met de toegenomen vraag naar zorg. Fortuyn rekende de wachtlijsten tot de ‘puinhopen van Paars’. Enkele gerechtelijke uitspraken dwongen de overheid eveneens tot optreden. Lange wachtlijsten werden door de rechter strijdig geacht met de structuur van de sociale ziektekostenverzekering. Deze bood een recht op zorg binnen een redelijke termijn.

Er is een aantal argumenten waarom de sterke stijging van de uitgaven in de zorg als een groot beleidsprobleem wordt ervaren. We noemen er twee. Het eerste argument betreft het zogeheten *crowding-out* effect. De groei van de zorguitgaven beperkt de groei ruimte voor andere belangrijke publieke voorzieningen, zoals onderwijs, huisvesting, infrastructuur, veiligheid, enzovoort. De uitgavengroei impliceert tevens een beperking van de groei voor particuliere bestedingen. De burger is een steeds hoger bedrag voor zorg kwijt. Het CPB rekende in dit verband voor, dat een tweeverdienersgezin met anderhalf modaal inkomen in 2040 jaarlijks tussen de 31% en 47% van zijn bruto-inkomen aan zorg kwijt zou zijn (CPB 2011). Dat lijkt onvoorstelbaar.

Daarmee komen we toe aan een tweede argument, namelijk dat de sterke uitgavenstijging een bom zou leggen onder de solidaire zorgfinanciering. Deze financiering is immers gebaseerd op het draagkrachtprincipe (inkomenssolidariteit) en het principe dat de premie niet aan het gezondheidsrisico is gekoppeld (risicosolidariteit). De veronderstelling is dat de solidaire zorgfinanciering aan maatschappelijke legitimiteit inboet naarmate de zorgpremie een steeds groter deel van het vrij besteedbare inkomen opslokt. Effectieve kostenbeheersing is dus een absolute voorwaarde voor solidariteit.

3 De uitgavenstijging in breder perspectief

De verontrusting over de uitgavenstijging en de consequenties hiervan voor de duurzaamheid van de zorg wordt in brede kring gedeeld. De argumenten die voor deze verontrusting worden aangevoerd hebben onmiskenbaar een bepaalde validiteit. Niettemin is er ook een aantal argumenten om de uitgavenstijging in een

² In 2001 kwam de uitgavenstijging uit op 11,6% en in 2002 zelfs op 12,9%. Daarna was sprake van afremming van de groei. In 2011 bedroeg het groeipercentage 2,6% tegenover 4,8% in 2009 en 4,3% in 2010.

breder perspectief te plaatsen en wat te relativëren. In onze visie wordt het politieke en maatschappelijke debat hierover gekenmerkt door eenzijdigheid en simplificatie. Ook ontbreekt het historische perspectief.

Ten eerste is het onzinnig alleen over de zorguitgaven te spreken zonder de baten ervan in beschouwing te nemen. De zorg is niet alleen kostbaar, maar heeft ook veel opgeleverd, zowel op individueel als maatschappelijk niveau. Zo valt volgens Mackenbach (2010) ongeveer de helft van de stijging van de levensverwachting sinds 1950 aan een verbetering van de zorg toe te schrijven en becijferen Martin en zijn collega's voor het Verenigd Koninkrijk dat de kosten per gewonnen levensjaar bij kanker en hart- en vaatziekten lager zijn dan in het publieke debat vaak wordt aangenomen. Ook de voor kwaliteit van leven gecorrigeerde kosten per gewonnen levensjaar liggen onder de drempelwaarde van 30.000 pond die door het National Institute for Clinical Excellence (NICE) wordt aangehouden (Martin et al. 2008). Verder moet de discussie over de stijging van de zorguitgaven niet beperkt blijven tot de kosten en baten binnen de zorg. Ook de kosten en baten buiten de zorg zijn van belang. Voor wat betreft de zogeheten intersectorale baten valt bijvoorbeeld te denken aan de impact van de zorg op het ziekteverzuim, de arbeidsproductiviteit, de werkgelegenheid of industriële ontwikkeling. Pomp (2010) betoogt dat elke aan zorg bestede euro dat bedrag meer dan waard is. Hij spreekt in dit verband over 'de gouden eieren van de gezondheidszorg'. Tal van studies tonen aan dat preventie niet alleen gezondheidswinst oplevert maar ook maatschappelijke kosten bespaart (Rutten 2012). De Amerikaanse gezondheidseconoom Aaron (2003) merkt daarom terecht op, dat de toename van de zorguitgaven de groei van de individuele en maatschappelijke welvaart helemaal niet in de weg hoeft te staan. Integendeel zelfs.

Er zit overigens wel een keerzijde aan deze verbreding van het perspectief. Zo zijn er studies waaruit blijkt dat de marginale opbrengst van extra bestedingen in de zorg een dalende lijn toont (bijvoorbeeld Cutler et al. 2006). Welch et al. (2011) wijzen op het probleem van de overdiagnostiek. Voorts is er nog het probleem van de *failures of success* (Gruenberg 2005). We zijn in de zorg tot heel veel in staat, maar we krijgen er ook nieuwe problemen voor terug. De toename van het aantal burgers met Alzheimer vanwege de stijgende levensverwachting door effectieve preventie en zorg biedt hiervan een treffend voorbeeld.

Ons tweede argument ter relativering komt er kort gezegd op neer, dat het probleem van de uitgavenstijging in feite van alle tijden is. Al sinds jaar en dag zijn beleidsmakers ongerust over de uitgavenstijging in de zorg. Eigenlijk is er niets nieuws onder de zon. In de periode 1950-1970 stegen de zorguitgaven van 500 miljoen gulden naar bijna 7 miljard. Nu betrof deze naoorlogse periode van wederopbouw natuurlijk een bijzondere tijd maar, aldus voormalig staatssecretaris Van der Reijden, 'de schrik [over de kostenstijging] zat er bij de bewindslieden danig in' (Van der Reijden 1987: p.61). In de onderstaande tabel staan enkele uitspraken van vroegere bewindslieden ter nadere illustratie van onze stelling dat de zorgen over de uitgavenstijging bij wijze van spreken van alle tijden zijn.

Tabel 1 Uitspraken over de noodzaak van kostenbeheersing in de zorg

Bron, jaartal en auteur of bewindspersoon	Uitspraak	Aandeel zorg in bbp
Structuurnota Gezondheidszorg (Hendriks) 1974	”Evenals in andere landen is er ook in ons land grote ongerustheid ontstaan over de stijging van de kosten van de zorg. In 1968 bedroegen de totale kosten van de gezondheidszorg rond de 5 mld gulden (...); voor het jaar 1972 worden deze kosten geraamd op rond 10 mld gulden (...). Het is (...) van groot belang te kunnen beschikken over instrumenten om de kostenontwikkeling te beheersen” (p.7)	1972: 6,7%
Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn (FOGMW) 1987 (Brinkman en Dees)	”In het Regeerakkoord is ten aanzien van de ombuigingen in de gezondheidszorg vastgesteld dat in het collectief gefinancierde deel van de volksgezondheid een oplopend bedrag van 1,2 miljard wordt omgebogen. Opgemerkt moet worden dat deze ombuigingen (...) moeten worden gerelateerd aan de meerjarencijfers van het FOGMW, welke uitgaan van een reële groei van 1% per jaar” (p. 8)	1987: 7,6%*

*Ontleend aan OECD Health Data.

We hebben hier overigens beslist niet met een Nederlands verschijnsel te maken. In zijn State of the Union in 1949 deed de toenmalige president van de Verenigde Staten Harry Truman de volgende uitspraak: “Our health is far behind the progress of medical science. Proper medical care is so expensive that it is out of the reach of the great majority of our citizens.” In 1949 besteedde de Verenigde Staten 4,6% van zijn bbp aan zorg!

Onze derde argument hangt nauw met de tweede samen. Bestaat er wel zoiets als een te objectiveren optimaal percentage dat een land aan de zorg zou moeten besteden? Ooit vonden we 6 à 7% al veel. Later werd de noodklok bij 9% geluid, enzovoort. Zou het oplopen van het percentage niet ook (voor een groot deel) kunnen samenhangen met veranderde preferenties in de samenleving? Hebben we nu niet meer over voor zorg dan vroeger (Aaron 2003)? Op deze vragen ontbreekt helaas een eenduidig antwoord. Het is ook veel te gemakkelijk om eenvoudigweg te concluderen dat de stijging van het percentage niks anders tot uitdrukking brengt dan veranderde preferenties in de samenleving. Met deze opmerking zouden we in feite alle ondoelmatigheid in de zorg legitimeren.

Een conclusie die we wel veilig kunnen trekken is dat het percentage dat de samenleving aan de zorg uitgeeft uiteindelijk een *politieke* keuze betreft. Dit zegt natuurlijk nog weinig over hoe deze keuze tot stand komt. Wordt de keuze bijvoorbeeld gestuurd door normatieve opvattingen over de inrichting van een beschaafde samenleving? Is zij de resultante van moeilijk beheersbare institutionele krachten, of van een proces waarin gepassioneerde minderheden bepaalde baten weten te incasseren in de vorm van uitbreiding van het verzekerde

pakket met afwenteling van de kosten op de anonieme premiebetaler? Of weerspiegelt de keuze eerder politiek onvermogen?

Ten vierde attenderen wij erop dat de ruimte voor zorguitgaven in de afgelopen decennia sterk is toegenomen. Zo liep het aandeel van de uitgaven voor voedings- en genotmiddelen in de binnenlandse particuliere consumptieve bestedingen terug van 45% in 1900 tot 39% in 1950 and 12% in 2000 (CBS 2001). Deze daling houdt natuurlijk nauw verband met het feit dat Nederland ook steeds rijker is geworden. Een vergelijkbare ontwikkeling is eveneens voor de VS geconstateerd. Zo daalde het aandeel van voeding in de consumptieve bestedingen in de periode 1875-1995 van 49% naar 5% (elasticiteit 0,2) en nam het aandeel van de zorg toe van 1% naar 9% (elasticiteit 1,6) (Fogel 2008). Deze cijfers tonen aan dat de structuur van de consumptieve bestedingen dynamisch is en in de loop der tijd sterke wijzigingen heeft ondergaan.

4 Doelmatigheid

De stijging van de zorguitgaven wordt door velen in verband gebracht met een wijdverbreid en hardnekkig gebrek aan doelmatigheid. Er zou op grote schaal verspilling plaatshebben. Gevolg is dat het daarom mogelijk moet zijn om de uitgavenstijging af te remmen zonder dat de kwaliteit van de zorg wordt aangetast. In het vervolg van dit artikel zullen we deze analyse kritisch onderzoeken.

In de literatuur komt men vele omschrijvingen van doelmatigheid tegen. Goed bruikbaar is de definitie van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in een advies uitgebracht in 1998 (RVZ 1998). Doelmatigheid, aldus de Raad, betreft 'de verhouding tussen de kwaliteit van de zorg en de kosten ervan' (p. 10). Tegenwoordig wordt ook vaak de term *value for money* gebezigd (Porter en Teisberg 2006). Ook in de zorg draait alles om waardecreatie.

Er bestaan verschillende vormen van doelmatigheid. In dit verband wordt vaak onderscheid gemaakt tussen technische, allocatieve en dynamische doelmatigheid. *Technische* doelmatigheid betreft de vraag of we de dingen goed doen. Er zijn vele voorbeelden waaruit blijkt dat de zorg op dit punt tekortschiet. Denk aan ongebruikte genees- en verbandmiddelen, aan niet meer gebruikte rolstoelen of rollators, aan de vele managementlagen, aan de duplicatie van allerlei diagnostiek, aan langs elkaar heen werkende zorg- en hulpverleners, aan de administratie die niet op orde is, aan de administratieve rompslomp die de bekostiging van de zorg met diagnosebehandelingcombinaties (DBC's) of het daarvoor in de plaats gekomen systeem van DOT's (DBC's Op weg naar Transparantie) meebrengt.

Doelmatigheid is behalve een kwestie van technische doelmatigheid ook een kwestie van allocatieve doelmatigheid. Bij *allocatieve* doelmatigheid gaat het niet om de vraag of we de dingen goed doen (technische doelmatigheid) maar of we de goede dingen doen. Neem als voorbeeld een willekeurige medische ingreep. Terwijl het bij technische doelmatigheid draait om de vraag of de ingreep goed is uitgevoerd (bijvoorbeeld geen complicaties), staat bij allocatieve doelmatigheid de

vraag centraal of de ingreep wel nodig of verstandig was. Veel deskundigen zijn van mening dat de allocatieve doelmatigheid in de zorg veel te wensen overlaat. Er wordt gesproken over zinvolle en niet-zinvolle zorg of over gepast en ongepast gebruik. Veel zorg zou niet aan de eisen van noodzakelijkheid, effectiviteit of kosteneffectiviteit voldoen (Commissie Dunning 1991). Grote praktijkvariatie en medicalisering worden eveneens als een signaal van allocatieve ondoelmatigheid geïnterpreteerd. In de langdurige zorg wordt bijvoorbeeld het feit dat er te veel mensen in een residentiële voorziening wonen gezien als teken dat de allocatieve doelmatigheid te wensen overlaat.

In de derde plaats is er het vraagstuk van de *dynamische* doelmatigheid. Hier gaat het om de vraag hoe snel innovaties worden gerealiseerd. Dynamische kwaliteit slaat dus op de innovatiegraad. Concreet gaat het daarbij bijvoorbeeld om de mate en het tempo waarin nieuwe technologieën hun weg naar de zorg vinden, opnames worden vervangen door dagbehandeling, medisch elektronische dossiers worden ingevoerd of vormen van e-health worden toegepast. Ook ten aanzien van de dynamische doelmatigheid in de zorg zijn tekortkomingen gesignaleerd (RIVM 2013).

Met het oog op de versterking van de doelmatigheid is de zorg momenteel onderwerp van omvangrijke hervormingen. De invoering van gereguleerde marktwerking, de decentralisatie van de extramurale langdurige zorg en de sterke nadruk op individuele verantwoordelijkheid zijn alle bedoeld om een nieuwe institutionele structuur tot stand te brengen die krachtige prikkels tot versterking van de technische, allocatieve en dynamische doelmatigheid bevat. De nieuwe structuur berust niet alleen op een analyse van het falen van bestaande structuren, maar tevens op een theoretisch model (beleidsparadigma) op basis waarvan een versterking van de doelmatigheid wordt verondersteld. Versterking van doelmatigheid blijkt echter evenzeer inzet van politieke strijd waarin behalve de politieke ‘superstructuur’ en de maatschappelijke gevoeligheid van de zorg ook ideologische verschillen over de effectiviteit en doelmatigheid van de nieuwe institutionele structuren, particuliere belangen, machtsverhoudingen en soms onverwachte gebeurtenissen grote invloed uitoefenen (Marmor en Klein 2011). Het verloop van de genoemde hervormingen en de weerstand die zij oproepen spreken in dit verband boekdelen.

5 De politiek van de doelmatigheid

Volgens sommigen heeft de ondoelmatigheid in de zorg megaproporties aangenomen. Uitbanning ervan zou miljarden aan besparingen opleveren. Zo kopte Zorgvisie van 2 augustus jl. dat de langdurige zorg 14% per cliënt kan besparen zonder dat daarbij afbreuk aan de kwaliteit wordt gedaan. Integendeel zelfs, deze neemt toe (Zorgvisie 2013)! Deze boude conclusie werd gebaseerd op evaluaties van het onderzoeksprogramma ‘In voor zorg!’. Oud-minister Klink deinst evenmin terug voor krachtige uitspraken. Hij acht besparingen van 10 tot wel 25% mogelijk

zonder dat de kwaliteit erop achteruitgaat of het recht op zorg wordt uitgehold. Zijn recept? Verminder overbehandeling en praktijkvariatie, laat patiënten meebeslissen over hun zorg en pak de organisatie van de zorg aan (Booz&Co 2012). Dat laatste vindt ook oud-staatssecretaris Robin Linschoten die recentelijk in een tv-uitzending (23 mei 2013) tot de volgende opmerkelijke bewering kwam: "een paar mensen bij elkaar zetten en dan kunnen we in een paar weken 20 miljard in de zorg besparen".

In onze visie is er alle reden voor gezonde dosis scepsis. De uitspraken zijn op drijfzand gebaseerd en tot zekere hoogte ook ronduit misleidend, omdat zij de indruk wekken dat fundamentele keuzen in de zorg onnodig zijn. Bevordering van de doelmatigheid wordt primair als een soort politiek-neutrale operatie voorgesteld. Het meest recente voorbeeld betreft de discussie over fraude en vermeend oneigenlijk gebruik in de zorg, waarbij het oneigenlijk gebruik gemakshalve onder de noemer van de fraude wordt gebracht. Deze *framing* van het probleem waaraan de media in hun streven naar publiciteit overigens volop meedoen, suggereert dat verbetering van de doelmatigheid vooral een kwestie van 'boeven vangen' is. Was dat maar zo!

Er zijn diverse argumenten om te betogen dat de bevordering van doelmatigheid in de zorg een complexe operatie betreft en, zeker als het om minder technische onderwerpen gaat, gemakkelijk politieke strijd uitlokt. Daarbij kunnen diverse factoren meespelen. In de eerste plaats moeten vaak allerlei diep ingesleten patronen van opvattingen en gedragingen worden uitgebannen. Het doorbreken van geïnstitutionaliseerde patronen en verhoudingen behoort tot de moeilijkste bestuurlijke opgaven die er bestaan. Dit geldt ook voor het uitbannen van ondoelmatige zorgpraktijken.

In de tweede plaats is het van belang erop te attenderen dat de politieke strijd over doelmatigheid zich (grotendeels) in de publieke sector afspeelt. Stel dat in de zorg besparingen van miljarden mogelijk zijn zonder dat afbreuk aan de kwaliteit en toegankelijkheid ervan wordt gedaan. Eén miljard aan bezuinigingen gaat al gauw gepaard met een verlies van 20.000 à 25.000 arbeidsplaatsen. Verlies aan arbeidsplaatsen stuit in de publieke ruimte steevast op groot verzet. Een vakbondsvoorzitter ventileerde op 2 augustus jl. nog de opvatting dat geen enkel ziekenhuis als gevolg van een faillissement zou mogen sluiten (Nu.nl 2013). Bevordering van de doelmatigheid blijkt als de werkgelegenheid in het geding is ineens een minder aantrekkelijk alternatief.

In de derde plaats is het onderscheid tussen doelmatige en ondoelmatige zorgpraktijken lang niet altijd helder. De zorgpraktijk is doorgaans met allerlei onzekerheidsmarges omgeven: wat werkt wel bij deze patiënt, wat niet? Is het nog wel verstandig om een complexe operatie uit te voeren? Is het ondoelmatig om veel middelen te besteden met een kleine kans op genezing? Gebrek aan informatie en de aanwezigheid van een grijs gebied compliceert een doelmatige inzet van middelen. In dergelijke situaties is helemaal niet zo duidelijk welke zorgpraktijk wel of juist niet doelmatig is. In de zogeheten Health Technology Assessment wordt het kosteneffectiviteitscriterium aangeprezen als een belangrijk criterium om te bepalen of een bepaalde zorgvoorziening wel of niet in het pakket van

verzekerde zorg moet worden opgenomen (CVZ 2013). Maar dit criterium blijkt om uiteenlopende redenen omstreden zoals de recente casus rondom de vergoeding van de peperdure geneesmiddelen voor patiënten met de ziekte van Fabry en de ziekte van Pompe heeft gedemonstreerd. Recentelijk heeft de minister besloten de vergoeding voort te zetten. Succesvolle onderhandelingen met de farmaceutische industrie over een prijsverlaging speelden daarbij een belangrijke rol (Ministerie van VWS 2013a).

Zelfs harde evidentie kan simpelweg worden genegeerd. Welch (2011) geeft hiervan een treffend voorbeeld. In 1997 was in de VS een door het *National Cancer Institute* ingestelde commissie van medische experts en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties op basis van alle wetenschappelijk onderzoek tot de conclusie gekomen, dat screening op borstkanker van vrouwen in de leeftijdscategorie 40-50 jaar weinig zin had. Maar die conclusie werd absoluut niet geaccepteerd door de vrouwenbeweging en geen politicus die zijn of haar vingers eraan durfde te branden. Ruim een decennium later werd de kwestie opnieuw bestudeerd en een nieuwe expertcommissie kwam tot een vergelijkbare conclusie. De evidence kon echter opnieuw de prullenmand in.

In de vierde plaats mag niet uit het oog worden verloren dat doelmatigheid contextueel is bepaald. De vraag of een bepaalde praktijk doelmatig is of juist niet hangt af van de context waarin de doelmatigheid wordt gezien. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg had het over de verhouding tussen de kwaliteit en de kosten van de zorg, maar wat te verstaan onder kwaliteit? Welke baten en kosten worden in de beschouwing meegenomen? Wordt gekozen voor een breed perspectief of een meer beperkt perspectief? De verhouding tussen baten en kosten van preventie zal anders uitvallen indien niet alleen de directe baten en kosten worden meegeteld, maar ook de indirecte baten en kosten (Jönsson 2009). En wiens perspectief wordt gekozen? Een bepaalde praktijk kan vanuit de optiek van een instelling doelmatig zijn, maar vanuit een breder (systeem) perspectief juist niet. Effectieve vervanging van tweedelijns- door eerstelijnszorg bevordert de doelmatigheid op systeemniveau, maar blijkt vaak strijdig met instellingsbelangen. Doelmatigheid is meestal ook niet meer dan een gemiddelde waarvan de scores van de afzonderlijke eenheden sterk kunnen afwijken.

Ter afsluiting van deze paragraaf twee actuele voorbeelden om te illustreren hoezeer de doelmatigheid inzet kan zijn van politieke strijd. Ons eerste voorbeeld betreft de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning). In het kader van deze wet is in 2007 de huishoudelijke zorg naar de gemeenten gedecentraliseerd. Tevens voorziet de regering een verdere decentralisering op het terrein van langdurige zorg. Het huidige kabinet vindt dat gemeenten deze zorg veel doelmatiger dan de nationale overheid kan organiseren en dat de huishoudelijke hulp alleen uit de publieke middelen zou mogen worden bekostigd bij personen die het echt nodig hebben en niet over alternatieve mogelijkheden beschikken. Om deze redenen boekt zij alvast een bezuiniging van enkele honderden miljoenen in die de werkgelegenheid van veel thuiszorgmedewerkers rechtstreeks raakt.

Wat leert deze casus? Ten eerste dat de opvattingen over een doelmatige inzet van middelen sterk verschillen. Want is het wel doelmatig sterk op de thuiszorg te bezuinigen, zeker als je wilt dat het beroep op de residentiële zorg drastisch moet worden verminderd (een kwestie van allocatieve doelmatigheid)? Ten tweede dat de werkgelegenheidseffecten van een ‘doelmatigheid bevorderende’ maatregel op politiek verzet stuiten en door menigeen als ‘afbraak van de zorg’ wordt bestempeld. En ten derde zeggen de bezuinigen in de thuiszorg wellicht ook iets over de machtsverhoudingen in de zorg. Doelmatigheid en macht staan niet los van elkaar! De partij met een zwakke positie in de zorg (de medewerkers in de thuiszorg) moet sterk inleveren. De decentralisatie van de langdurige zorg is verder ook omstreden vanwege de vrees voor een sterke groei van de transactiekosten. Bovendien kunnen gemeenten in hun maatwerk van de zorg het doelmatigheidsvraagstuk wel eens op heel andere wijze invullen dan de burger zich had voorgesteld, met tevens grote verschillen tussen gemeenten.

Ons tweede voorbeeld betreft de contractering van de zorg door de zorgverzekeraars. In 2012 heeft de overheid het financiële risico van de zorgverzekeraars sterk vergroot. In de ogen van de overheid spoorde de bestaande risicobeperkende regeling (die oorspronkelijk was bedoeld om ongewenste schokeffecten als gevolg van de invoering van gereguleerde marktwerking op te vangen)³ niet aan tot een doelmatige zorginkoop. Precies zoals beoogd, stellen de zorgverzekeraars zich nu veel kritischer op dan tot voor kort het geval was. Ziekenhuizen klagen nu steen en been over de kortingen die de zorgverzekeraars hen willen opleggen. Zij hebben kennelijk een totaal ander beeld over de doelmatige inzet van collectieve middelen dan de zorgverzekeraars. In naam van een doelmatige besteding van middelen speelt zich als gevolg daarvan een machtsstrijd tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars af. Het nieuwe machtssevenwicht lijkt nog lang niet gevonden.

6 Oproep minister voor doelmatiger zorg

Volgens een breed gedeelde opinie is de zorg vergeven van allerlei ondoelmatige praktijken. Het in mei 2013 door de minister ingestelde ‘Meldpunt verspilling in de zorg’ geeft een aardig inkijkje in wat burgers allemaal aan ondoelmatige praktijken signaleren. Op 10 oktober stond de teller al op 17.964 reacties. Het onderwerp leeft dus sterk. Verrassend is dat het niet bij meldingen alleen blijft. In circa 80 procent van de gevallen worden ook suggesties gedaan om de waargenomen verspilling uit te bannen. De onderstaande tabel, ontleend aan de eerste nieuwsbrief ‘Verspilling in de Zorg’, biedt een eerste indruk van de resultaten.

³ In concreto gaat het om het grotendeels beëindigen van de zogeheten macro-nacalculatie die zorgverzekeraars in staat stelde om de uitgaven boven hun reguliere inkomsten (premies en inkomsten op basis van de ex ante risicoverevening) af te wentelen op een collectieve pot (het risicovereveningsfonds).

Tabel 2 Binnengekomen meldingen bij meldpunt Verspilling in de Zorg (% meldingen)

Verspilling bij geneesmiddelen	25%
Verspilling binnen een zorgverleningstraject	20%
Verspilling in gebruik van hulpmiddelen	10%
Verspilling in curatieve en langdurige zorg	25%
Overig	10%

Bron: Ministerie van VWS 2013b.

De tweede nieuwsbrief biedt nader inzicht in de binnengekomen meldingen (Ministerie van VWS 2013c). Zij gaan over onnodige zorg, zoals een teveel aan röntgenfoto's of de verstrekking van een nieuw hulpmiddel, over ongebruikte geneesmiddelen (te grote verpakking), dure behandelingen en hoge tarieven, gebrek aan samenwerking, administratieve rompslomp en het functioneren van het zorgsysteem in het algemeen. De suggesties voor verbetering van de doelmatigheid sluiten hierop direct aan. De resultaten die vooral lijken ingegeven door persoonlijke ervaringen, suggereren dat het vraagstuk van de doelmatigheid in de publieke opinie vooral in termen van een gebrek aan technische doelmatigheid wordt gedefinieerd. Hieraan lijkt vervolgens de veronderstelling gekoppeld dat het mogelijk moet zijn dezelfde zorg met minder middelen te bieden of meer zorg met dezelfde middelen. Als we erin zouden slagen de technische ondoelmatigheid uit te bannen, kunnen allerlei ingrepen in de zin van verwijdering uit het verzekerde pakket achterwege blijven. De burger blijft zo zelf buiten schot.

Dit laatste komt ook duidelijk naar voren in de reacties op de opmerkelijke oproep van de minister in het televisieprogramma Buitenhof (februari 2013) aan alle burgers en de organisaties in het veld om met suggesties te komen voor aanpassingen in het verzekerde pakket om zo de doelmatigheid ervan te versterken. De achtergrond van deze oproep was de bepaling in het Regeerakkoord van Rutte II om 1,2 miljard euro op het verstrekkingenpakket te bezuinigen: behandelingen voor aandoeningen met een lage ziektelast zouden wellicht kunnen worden geschrapt. Het overleg met het veld leverde in dit opzicht niet veel op. Het veld zag weinig heil in een versobering van het pakket en opteerde voor een doelmatigheidsmodel waarin artsen beter zouden gaan letten op wat medisch wel of juist niet noodzakelijke zorg is. Zij zouden zich in hun handelen dus kritischer moeten opstellen.

Diverse partijen en burgers zonden suggesties in voor een doelmatige besteding van de collectieve middelen in de zorg. In totaal kwamen er 2543 reacties binnen met daarin 3921 suggesties. Het overgrote deel (3532) had betrekking op de curatieve zorg. De reacties betroffen niet alleen het verzekerde pakket (24%), maar ook een brede range van andere onderwerpen zoals 'doelmatigheid' (21%), 'verspilling' (8%), 'systeem' (6%), 'arbeidsmarkt en opleidingen' (6%), 'eigen betalingen' (6%), 'financiering en bekostiging' (5%), 'bureaucratie en management', enzovoort (Ministerie van VWS 2013d).

De suggesties ten aanzien van de versoering van het basispakket bieden een aardige inkijk in hoe over doelmatigheid wordt gedacht. Het gaat hier om de allocatieve doelmatigheid: verzekeren we de goede dingen? De resultaten laten enkele opvallende uitschieters zien. Veel reacties betreffen het thema vruchtbaarheid, zwangerschap en bevalling. Melders geven aan dat zij van deze voorzieningen geen gebruik maken of geen gebruik meer zullen maken. Daarom willen zij er ook niet aan meebetalen. Kinderen krijgen wordt beschouwd als een keuze en zou daarom voor eigen rekening moeten komen. Diverse meldingen hebben voorts betrekking op het thema levensstijl. De dominante opvatting in deze meldingen kan worden samengevat onder de noemer ‘eigen schuld, dikke bult’. Aandoeningen als gevolg van een bepaalde levensstijl zouden niet langer uit het basispakket moeten worden vergoed. Denk in dit verband aan roken, overgewicht, comazuipen en sportblessures. Interessant zijn ook de meldingen ten aanzien van de keuzevrijheid in het basispakket. De meningen lopen uiteen, maar diverse suggesties bevatten een pleidooi voor meer keuzevrijheid. Vooral oudere melders bepleiten een basispakket voor jongeren en een voor ouderen. Zij hebben de indruk dat het basispakket veel specifieke zorg voor jongeren bevat waardoor de premies voor henzelf onnodig hoog zijn (Ministerie van VWS 2013d).

Welke conclusies kunnen uit de beide initiatieven worden getrokken? Over een doelmatiger invulling van het zorgpakket blijken de meningen uiteen te lopen. De resultaten duiden er echter op, dat veel melders doelmatigheid met eigen belang verbinden. De voorstellen die worden gedaan raken niet henzelf maar anderen. Het gaat dan om de verhouding tussen solidariteit en doelmatigheid. In dit verband moeten we kort terug naar de Zorgverzekeringswet. Deze wet kan men zien als de resultante van een zoektocht naar een delicate balans tussen doelmatigheid en solidariteit (Maarse 2011). De beoogde concurrentie op de markt van de zorgverzekering en de zorgverlening moet de doelmatigheid bevorderen, maar deze concurrentie mag niet ten koste gaan van de solidariteit. Met het oog hierop bevat de nieuwe zorgverzekering allerlei regelingen die de solidariteit moeten beschermen, zoals het verplichte karakter van de basisverzekering, het verbod op risicoselectie en premiedifferentiatie, het stelsel van nominale en inkomensafhankelijke premies en de zorgtoeslag. Een belangrijk instrument is verder de aanwezigheid van een breed en uniform basispakket waarvan de inhoud door de overheid, dus de politiek, wordt vastgesteld. De suggesties wijzen in de richting van een spanning in de verhouding tussen solidariteit en doelmatigheid. De melders willen een bepaalde mate van solidariteit, zoals gedefinieerd in de Zorgverzekeringswet inleveren voor doelmatigheid die hun eigen belang dient.

7 Ten slotte

Versterking van de doelmatigheid past naadloos in het rationeel-economische model van beleidsvoering. In dit model willen beleidsmakers de schaarse middelen op een zo doelmatig mogelijke manier inzetten om hun doeleinden te bereiken.

Van de versterking van de doelmatigheid gaat een sterke aantrekkingskracht uit. Welk redelijk persoon kan immers tegen doelmatigheid pleiten? Ondoelmatigheid duidt immers op verkwisting. Een achterliggende gedachte hierbij is dat verbetering van de doelmatigheid versobering van de zorg onnodig maakt. Het doelmatigheidsjargon past daarom goed in het verzet tegen bezuinigingen.

Maar zo simpel is het dus niet. Doelmatigheid is niet enkel een kwestie van een rationeel beleidsontwerp. Het blijkt bij nader inzien een uitermate complex begrip. In de zorg zien we dan ook grote meningverschillen over de invulling ervan. Doelmatigheid is vaak inzet van politieke strijd waarbij ideologische verschillen en machtsverhoudingen grote invloed kunnen hebben op de wijze waarop verbetering ervan in de zorgpraktijk concreet invulling wordt gegeven. Doelmatigheid en eigen belang kunnen verrassend dicht bij elkaar liggen.

Doelmatigheid is al met al, om met de bestuurskundige Brasz te spreken, een 'wiebelig begrip'. Over de betekenis en invulling ervan kan men redetwisten en dat gebeurt bij doelmatigheid dan ook op grote schaal. De invulling ervan hangt van het gekozen perspectief en verschuift tevens in de tijd. Beleidsarrangementen die vroeger als doelmatig werden bestempeld, worden tegenwoordig als ondoelmatig gekwalificeerd. In het begrip doelmatigheid ligt dus ook een bepaalde dynamiek besloten. Deze dynamiek geldt eveneens voor de verhouding tussen doelmatigheid en andere belangrijke beleidsuitgangspunten zoals solidariteit.

Door nog nader te onderzoeken redenen lijkt overigens recent sprake te zijn van een afname van de uitgavenstijging in de zorg. De vraag is in hoeverre dit een uiting is van doelmatiger zorg of een signaal van door de burger uitgestelde of vermeden zorg vanwege de economische crisis. Of dit op den duur resulteert in wachtlijsten en een verslechtering van de gezondheid van de bevolking is vooralsnog voer voor speculaties. Het worden spannende tijden voor de politiek, de maatschappij en de wetenschap.

Auteurs

Hans Maarse (h.maarse@maastrichtuniversity.nl) is hoogleraar Health Policy Science and Administration van de vakgroep Health Services Research van de Faculty of Health, Medicine and Life Sciences van de Universiteit Maastricht. Dirk Ruwaard (d.ruwaard@maastrichtuniversity.nl) is hoogleraar Public Health and Health Care Innovation, voorzitter van eerder genoemde vakgroep, leider van de onderzoeksprogramma's 'Redesigning Health Care' en 'Duurzame Zorg', en voorzitter van de Commissie Doelmatigheidsonderzoek van ZonMw.

Literatuur

- Aaron, H., 2003, Should public policy seek to control the growth of health care spending? *Health Affairs*, Analytical Forum, 8 January.
- Booz&Co, 2012, Kwaliteit als medicijn. Aanpak voor betere zorg en lagere kosten, Amsterdam: Booz&Co.
- Brinkman, L., en D. Dees, 1987, *Financieel overzicht gezondheidszorg en maatschappelijk welzijn*, Den Haag: Staatsuitgeverij.
- CBS, 2001, Tweehonderd jaar statistiek in tijdreeksen 1800-1999, Voorburg/ Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Commissie Dunning, 1991, Kiezen en delen; rapport van de commissie Keuzen in de zorg, Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- CPB, 2011, Trends in gezondheid en zorg, CPB Policy Brief 2011/11, Den Haag: Centraal Planbureau.
- Cutler, D., A. Rosen en S. Vijan, 2006, The value of medical spending in the United States, 1960-2000, *New England Journal of Medicine*, vol. 355(9): 920-927.
- CVZ, 2013, Kosteneffectiviteit in de zorg. Op weg naar een genuanceerd en geaccepteerd gebruik van kosteneffectiviteitsgegevens in de zorg, Diemen: College voor Zorgverzekeringen.
- Fogel, R., 2008, Forecasting the cost of U.S. health care in 2040, Working Paper 14361, Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research. Retrieved October 24, 2013: <http://www.nber.org/papers/w14361>
- Gruenberg, E., 2005, The failures of success, *Milbank Quarterly*, vol. 83(4): 779-800.
- Hendriks, J, Structuurnota gezondheidszorg, Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
- Jönsson, B., 2009, Ten arguments for a societal perspective in the economic evaluation of medical innovations, *The European Journal of Health Economics*, vol. 10(4): 357-359.
- Maarse, J., 2011, Markthervorming in de zorg. Een analyse vanuit het perspectief van de keuzevrijheid, solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid, Maastricht: Datawyse.
- Maarse, J., P. Jeurissen en D. Ruwaard, 2013a, Concerns over the financial sustainability of the Dutch healthcare system. CESifo DICE Report, 32-36.
- Maarse, J., 2013b, Voordat de wal het schip keert, Maastricht: Universiteit Maastricht (afscheidsrede).
- Mackenbach, J., 2010, Ziekte in Nederland. Volksgezondheid tussen biologie en politiek, Amsterdam: Mouria en Elsevier gezondheidszorg.
- Marmor, T., en R. Klein, 2012, Politics, health & health care. Selected essays, New Haven & Londen: Yale University Press.
- Martin, S., N. Rice en P. Smith, 2008, Does health care spending improve health outcomes? Evidence from English programme budgeting data. *Journal of Health Economics*, vol. 27(4): 826-842.
- Ministerie van VWS, 2013a Kamerbrief over standpunt vergoeding Pompe en Fabry, 3 oktober 2013.
- Ministerie van VWS, 2013b, Nieuwsbrief verspilling in de zorg 1, juli 2013.
- Ministerie van VWS, 2013c, Nieuwsbrief verspilling in de zorg 2, september 2013.
- Ministerie van VWS, 2013d, Analyse uitkomst Buitenhof en inhoudelijke reactie op meldingen. Bijlage bij Kamerbrief over Buitenhof-oproep, aanpak doorlichting pakket en reactie op twee CVZ-rapporten Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2 en kosteneffectiviteit, 30 september 2013.

- Nu.nl, 2013, Accepteer geen faillissement ziekenhuis, Retrieved October 24, 2013: <http://www.nu.nl/economie/3541468/accepteer-geen-faillissement-ziekenhuis.html>
- OECD Health Data 2013, Paris: Organisation for Economic and Cooperation and development. Released on 27 June 2013: <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm>
- Pomp, M., 2010, *Een beter Nederland. De gouden eieren van de gezondheidszorg*, Amsterdam: Balans.
- Porter, M., en E. Teisberg, 2006, *Redefining health care. Creating value-based competition on results*, Boston: Harvard University Press.
- Regeerakkoord, 2012, Bruggen Slaan.
- Reijden, P. van der, 1987, *Onze kostelijke gezondheid*, Amsterdam: Balans.
- RIVM, 2013, *Zorgbalans*, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Rutten-van Mölken, 2012, Goud op de 100 meter HTA. Van zorginnovaties voor chronisch zieken, Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam (inaugurele rede).
- Ruwaard, D., 2012, De weg van nazorg naar voorzorg: buiten de gebaande paden, Maastricht: Universiteit Maastricht (inaugurele rede).
- RVZ, 1998, *Prikkels tot doelmatigheid*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Truman, H., 1949, Retrieved October 24, 2013: <http://trumanlibrary.org/publicpapers/viewpapers>.
- Welch, G., L. Schwartz en S. Woloshin, 2012, *Overdiagnosed. Making people sick in the pursuit of health*, Boston: Beacon Press.
- Zorgvisie, 2013, Care kan 14% per cliënt besparen, Retrieved October 24, 2013: http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2013/8/Care-kan-14-procent-per-client-besparen-1324317W/?cmpid=NLC|zorgvisie|2013-08-01|Care_kan_14_procent_per_cliënt_besparen