Eindelijk marktwerking in de zorg?

M. Pomp*

Samenvatting
Het nieuwe kabinet bezuinigt nauwelijks op de zorg, maar zegt vooral in te zetten op meer marktwerking. Toch lijkt ook dit kabinet niet bereid marktwerking eindelijk een serieuze kans te bieden. De druk om de zorguitgaven te beheersen zal daarom resulteren in de terugkeer van budgettering als sturingsinstrument.

Trefwoorden: regeerakkoord, zorg

1 Kip en koekoeksjong: het dilemma van de zorg

Dankzij de zorg leven we langer en gezonder. De waarde van deze gezondheidswinst is in geld uit te drukken. Zelfs bij voorzichtige aannames blijkt dan dat de baten van de zorg de kosten ruimschoots overtreffen. Bot bezuinigen is daarom uit den boze, want dit zou neerkomen op het slachten van de kip met de gouden eieren. Maar de zorg is ook een koekoeksjong: de steeds maar stijgende zorguitgaven dreigen andere collectieve voorzieningen, zoals onderwijs en sociale zekerheid, te verdringen. Dit pleit juist voor een rem op de zorguitgaven. Zie hier het dilemma waar het beleid in de zorg de komende jaren voor staat. Bieden de voornemens in het regeerakkoord (RA) een uitweg uit dit dilemma? Op zoek naar een antwoord bepreek ik eerst de voorgenomen bezuinigingen in de zorg (of het gebrek daaraan). Vervolgens ga ik na of het regeerakkoord voorziet in betere prikkels om zo de doelmatigheid te vergroten. Het kabinet lijkt dit inderdaad te doen door te kiezen voor een koers richting marktwerking. Maar het kabinet houdt deze koers niet consequent aan. Papier is bovendien geduldig: de vaak zeer bondige teksten moeten nog worden uitgewerkt in wetgeving. Dan pas zal blijken of er voldoende politieke steun is voor de plannen. Paragraaf 4 bevat hierover een paar sombere opmerkingen. Ik sluit af met een voorspelling.

2 Bezuinigen?

Het CPB verwacht dat de zorguitgaven in de periode 2011-2015 met 13 miljard euro zullen stijgen, van 61 miljard euro tot 74 miljard euro.[1] Het gaat hier om de zogeheten bruto BKZ-uitgaven (budgettair-kader-zorg-uitgaven), dus inclusief de eigen bijdragen. De uitgavengroei komt grotendeels voor rekening van ziekenhuizen, ouderenzorg en geneesmiddelen. Het CPB neemt ook aan dat de eigen bijdragen fors stijgen zodat de netto BKZ-uitgaven in 2015 4 miljard lager zouden liggen, en de uitgavenstijging beperkt zou blijven tot 9 miljard euro. Deze CPB-aanname is een wat vreemde eend in de bijt, omdat de *Economische Verkenning 2011-2015* voor het overige juist helemaal beleidsneutraal is: het CPB maakt nooit aannames over de beleidskeuzes van een volgende regering. Kennelijk heeft het CPB, door hier bij de zorg vanaf te wijken, een signaal willen afgeven over de urgentie van bezuinigen in de zorg. Als dat zo is dan is dit signaal niet opgepikt door de nieuwe regering, of in ieder geval niet in plannen omgezet.

1 CPB, *Economische Verkenning 2011-2015*, maart 2010.

Het kabinet bezuinigt nauwelijks op de zorg, en trekt voor de ouderenzorg zelfs extra middelen uit. De door het CPB veronderstelde (zo niet bepleitte) forse toename van de eigen bijdragen is niet overgenomen.[2]
Wat er wel aan bezuinigingen in het vat zit, valt te kenschetsen als klein grut, met één uitzondering: binnen de curatieve zorg wordt gehoopt dat het overhevelen van aandoeningen met lage ziektelast naar de aanvullende verzekeringen zal resulteren in een verlaging van de BKZ-uitgaven van 1 miljard (overigens pas vanaf 2015).[3] Welke aandoeningen dit zijn blijft onvermeld. Het Brede-Heroverwegingen-rapport waar het regeerakkoord elders naar verwijst (zie hierna), is op dit punt wel concreet: lichte gevallen van angststoornissen en alcoholstoornissen, cholesterolverlagers en maagzuurremmers, dieetvoeding en hulpmiddelen zoals incontinentiemateriaal, gehoortoestellen, verbandmiddelen en paramedische behandelingen kunnen volgens de opstellers van dit rapport uit het pakket. Papier is echter geduldig, zoals blijkt uit de gang van zaken rond de maagzuurremmers. De vorige minister was van plan om, geheel in lijn met de aanbevelingen in de Brede Heroverwegingen, maagzuurremmers uit het pakket te halen. Dat zou een bezuiniging van 350 miljoen euro opleveren. Maar onder druk van de kamer heeft hij hier uiteindelijk toch van af gezien. Dit voorbeeld maakt duidelijk dat enige scepsis bij de aangekondigde pakketverkleining op zijn plaats is. Vooralsnog geldt hier: eerst zien en dan geloven.
Aan een omvangrijke pakketverkleining zit bovendien een nadeel dat te maken heeft met de werking van de markt voor zorgverzekeringen. Deze markt is vatbaar voor vele vormen van marktfalen. Om dit marktfalen tegen te gaan zijn bij de basispolis allerlei maatregelen getroffen: een acceptatieplicht, verplichte risicoverevening en een uniforme basispolis. Zonder dit soort maatregelen zou deze markt niet goed functioneren, en zou sprake zijn van grote verschillen in premies tussen bevolkingsgroepen. Ouderen en chronisch zieken zouden veel meer premie betalen dan anderen, als zij zich überhaupt zouden kunnen verzekeren. Ook zou de gemiddelde premie hoger zijn omdat de concurrentie tussen verzekeraars zou verzwakken. Overstappen is zonder acceptatieplicht immers veel moeilijker. Bovendien is de markt voor aanvullende polissen notoir ontransparant omdat de polisvoorwaarden van de verschillende verzekeraars onderling niet goed vergelijkbaar zijn. Dit maakt overstappen bij de aanvullende polis veel lastiger dan bij de basispolis. Daar komt nog bij dat de aanvullende polis gekoppeld is aan de basispolis: zorgverzekeraars zijn niet bereid losse aanvullende polissen te verkopen. Belemmeringen bij het overstappen in de aanvullende polis werken daarom ook door op de markt voor de basispolis, waardoor daar de concurrentiedruk ook zal afnemen en de premie zal stijgen. Kortom, overheveling van een flink deel van de zorg naar de aanvullende verzekering betekent dat het marktfalen dat bij de basispolis vrij succesvol is uitgebannen opnieuw zijn lelijke kop op zal steken.

2 In de ziekenhuiszorg passen hoge eigen bijdagen niet binnen het DBC-systeem, dat gebaseerd is op de gemiddelde kosten van een behandeling. Hierdoor kan een patiënt een rekening ontvangen voor zorg die niet is geleverd. Met de voorgenomen vereenvoudiging van het DBC-systeem (in jargon aangeduid als DOT) zou deze discrepantie nog toenemen. Hogere eigen bijdragen liggen eerder voor de hand in de ouderenzorg, onder meer omdat toekomstige generaties ouderen rijker zijn dan huidige generatie (zie voor een uitwerking van deze stelling Pomp 2008). Hier wil het kabinet echter niet aan.
3 Premies voor aanvullende verzekeringen vallen niet onder het BKZ.

Binnen de care staat een zeer bescheiden pakketverkleining op het programma, ondermeer op basis van aanscherping van het IQ-criterium voor recht op zorg. Op termijn is dit op papier goed voor een paar honderd miljoen euro. Verder komen er lastenverzwaringen (o.a. via invoering van een vermogenstoets), en moet de overheveling van de revalidatiezorg naar de WMO enige tientallen miljoenen opleveren. Ook wordt de scheiding van wonen en zorg eindelijk doorgevoerd, wat betekent dat ouderen in instellingen huur moeten gaan betalen. Per saldo levert dit voor de overheidsfinanciën echter geen besparing op omdat de inkomensgevolgen worden gecompenseerd via ondermeer de huurtoeslag.[4]
Tegenover deze bezuinigingen staan extra uitgaven voor de ouderenzorg en de rest van de *care*, in de vorm van een verhoging van de prijzen van de zogenoemde zorgzwaartepakketten. Het idee is dat met de hogere prijzen betere kwaliteit van zorg wordt ingekocht. Het kabinet gaat ervan uit dat hierdoor extra handen aan het bed komen, maar zeker is dit niet. Het CPB merkt hierover fijntjes op: "De aanbieders van AWBZ-zorg krijgen meer armslag dankzij een verhoging van de zzp-tarieven. Ze kunnen dit eventueel aanwenden voor 10000 extra arbeidsplaatsen." [5] Daarnaast wordt de contracteerruimte AWBZ verruimd, hetgeen wellicht zal resulteren in kortere wachtlijsten. Bij elkaar kosten deze maatregelen jaarlijks ruim 800 miljoen euro, ingaand vanaf 2012.
Samenvattend: het kabinet bezuinigt de komende jaren nauwelijks op de zorg, terwijl vanaf 2012 wel extra geld naar de ouderzorg gaat. Of de 1 miljard pakketverkleining in de curatieve zorg vanaf 2015 wordt gehaald valt nog maar te bezien.

3 Het stelsel: er staat niet wat er staat

Zet het kabinet dan wellicht in op marktwerking om zo via betere prikkels de doelmatigheid in de zorg te vergroten en – wie weet – op die manier de zorguitgaven in toom te houden? Daar lijkt het bij eerste lezing van het regeerakkoord inderdaad op. Het regeerakkoord verwijst een aantal malen naar het rapport *Curatieve Zorg 2.0*, geschreven in het kader van de Brede Heroverwegingen en gepubliceerd op 1 april 2010. Volgens dat rapport valt de huidige situatie in de curatieve zorg te omschrijven als 'stuck in the middle': halverwege een budgetmodel en een model van gereguleerde concurrentie. 'Partijen kennen hierdoor slechts beperkte prikkels om de kosten te beheersen.' De opstellers van het rapport bepleiten een heldere keuze over het ordeningsmodel. Dit is volgens hen nodig om de publieke belangen van kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid te waarborgen. Het rapport presenteert twee sturingsmodellen: variant A waarin gebudgetteerde zorginkoopkantoren inkopen bij concurrerende zorgaanbieders en variant B die neerkomt op voortgaan op de ingeslagen weg naar gereguleerde marktwerking. Het regeerakkoord verwijst een aantal malen naar dit rapport, en dan steeds naar variant B. En inderdaad het regeerakkoord bevat een aantal stappen richting gereguleerde marktwerking: uitbreiding van het segment met vrije prijzen in de ziekenhuiszorg, afschaffen van de ex-post verevening zodat zorgverzekeraars meer risico gaan dragen en dus sterker geprikkeld worden om

4 Het nieuwe kabinet wil ook de doelgroep voor de zorgtoeslag beperken. Dit leidt tot een forse besparing op de collectieve uitgaven (structureel bijna 3 miljard euro), maar heeft geen gevolgen voor de zorguitgaven.
5 CPB, *Analyse economische effecten financieel kader*, 27 september 2010.

doelmatig in te kopen) en een streep door het verbod op uitkeerbare winst. Dit klinkt als een ondubbelzinnige keuze voor marktwerking, maar bij nadere bestudering van het regeerakkoord blijkt dat toch niet het geval. Al deze maatregelen zijn voorzien van voorbehouden en overgangsregimes waardoor uiteindelijk toch geen rechte koers wordt gevaren. Zo bevat het regeerakkoord de bondige frase "Er komt een ziekenhuiskader." Dit houdt in dat er een macro-budget gaat gelden voor de ziekenhuiszorg, een plan dat is gelanceerd door de vorige minister (naar verluidt op aandringen van de PvdA). Hoe dit ziekenhuiskader zich verhoudt tot vrije prijsvorming is onduidelijk (zie Schut et al. 2010). Waarschijnlijkheid zal per ziekenhuis een maximaal toegestane omzet worden bepaald, gebaseerd op de omzet in het verleden. Dit zal de concurrentieprikkel ondermijnen, want waarom zou een ziekenhuis zijn best doen om marktaandeel te veroveren als het de extra omzet vervolgens weer moet afstaan? Vergeleken met de huidige situatie is dit plan zelfs een stap terug, omdat nu in een deel van de ziekenhuiszorg (het zogeheten B-segment) sprake is van vrije onderhandelingen zónder omzetplafond. Bovendien wil het kabinet ook nieuwe toetreders onder het ziekenhuiskader brengen (lees: budgetteren), 'om chery picking te voorkomen'. Dit kan alleen maar betekenen dat nieuwe toetreders beperkt mogen groeien. Gevolg: een belangrijke (zo niet de belangrijkste) bron van concurrentie in het nieuwe stelsel droogt op.
Wat betreft de afbouw van de ex post verevening: hierbij staat de clausule dat dit 'in verantwoord tempo' moet gebeuren, waarmee bedoeld zal zijn dat de ex post verevening niet in één keer wordt afgeschaft. En dan de uitkeerbare winst: dat mag pas drie jaar nadat de investering is gedaan en alleen als de zorgaanbieder voldoet aan minimumkwaliteitseisen (waarvan onduidelijk is welke dat zijn en wie die eisen gaat opleggen). Voeg hier nog bij het verbod op verticale integratie (zorgverzekeraars mogen volgens het regeerakkoord 'niet ook zelf (concurrerend) zorgaanbod in bezit' hebben), en het wordt duidelijk dat geen sprake is van een consequente keuze voor meer marktwerking in de zorg.
Vervolgens de care. De tekst van het regeerakkoord is op dit punt (bewust?) cryptisch. Er staat: "Momenteel wordt gewerkt met zorgkantoren per regio. Hun taken en de risico's zullen door de zorgverzekeraars worden overgenomen." Dit roept de vraag op wat bedoeld wordt met 'de risico's': de risico's die de huidige zorgkantoren lopen, dus alleen over de uitvoeringskosten? Of ook de risico's van de uitgaven aan de zorg, waar de zorgkantoren op dit moment geen risico over lopen? In het eerste geval verandert er weinig, in het tweede geval is juist sprake van een kleine revolutie. Verderop stelt het regeerakkoord dat deze beleidswijziging ".. zorgt voor doelmatigheidsprikkels doordat zorgverzekeraars de instellingen zullen controleren op efficiency en kwaliteitsverbetering." Dit lijkt erop te ijzen dat verzekeraars inderdaad risico gaan lopen over de zorguitgaven. Maar deze interpretatie roept allerlei vragen op: hoe denkt het kabinet risicoverevening in te gaan voeren voor de AWBZ? Wie doet de indicatiestelling? Zolang deze vragen niet overtuigend zijn beantwoord kan van risicodragende verzekeraars geen sprake zijn.

4 Politieke wil?

Het nieuwe zorgstelsel, gebaseerd op de sturingsfilosofie van gereguleerde marktwerking, heeft tot dusverre nauwelijks de kans gekregen zich te bewijzen. Marktwerking is slechts mondjesmaat ingevoerd in de ziekenhuiszorg en wordt

belemmerd door het naast elkaar bestaan van het oude en het nieuwe bekostigingsmodel. Zorgverzekeraars zijn niet of beperkt risicodragend in een flink deel van de ziekenhuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg. Bij de huisartsenzorg is sprake van gereguleerde tarieven (ook al zijn dit formeel maximumtarieven).
Degenen die menen dat het nieuwe zorgstelsel een serieuze kans verdient kunnen er niet op vertrouwen dat het nieuwe kabinet van plan is die kans eindelijk te bieden, ook al lijkt bij eerste lezing het regeerakkoord een duidelijke keuze voor marktwerking in de zorg te bevatten. Nog los van de inhoudelijke kanttekeningen bij de kabinetsplannen in de vorige paragraaf, is het zeer de vraag of er politieke steun bestaat voor meer marktwerking in de zorg. Gedoogpartner PVV is verklaard tegenstander van marktwerking in de zorg, en dat geldt ook voor de PvdA en de SP. De kans dat andere partijen dan de PPV het kabinet op dit punt aan een meerderheid zullen helpen is daarom heel klein. Ook binnen de vijfde macht lijkt er weinig fiducie meer te zijn in het project marktwerking. Hoewel de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) steevast positief rapporteert over de gevolgen van marktwerking in de ziekenhuiszorg, maakt dit kennelijk weinig indruk binnen de departementen. Overschrijdingen van het BKZ lijken op het conto van marktwerking te worden geboekt, hoewel de feiten dit niet bevestigen.
Daar komt nog bij dat de nieuwe minister van VWS bepaald geen goede staat van dienst heeft als pleitbezorgster van marktwerking in de zorg. Het artsenblad *Medisch Contact* stelt weliswaar: "Met Schippers krijgt VWS een minister die heilig in marktwerking gelooft", maar uit de daden van de nieuwe minister in haar periode als kamerlid komt een heel ander beeld naar voren. Zij werpt zich steevast op als pleitbezorgster van keuzevrijheid voor de patiënt, maar lijkt zich niet te realiseren dat volledige keuzevrijheid voor de patiënt de onderhandelingspositie van de verzekeraar verzwakt en de belangen van de premiebetaler schaadt. Zo is het totaalverbod op verticale integratie één van haar stokpaardjes: in 2008 nam de Kamer een door haar ingediende motie aan die bepaalt dat zorgverzekeraars geen zorgaanbieders zoals ziekenhuizen mogen overnemen. De patiënt zou dan gedwongen zijn zorg te betrekken van de 'eigen' zorgaanbieder van de zorgverzekeraar. Dat mag zo zijn, buitenlandse ervaringen wijzen uit dat zo'n combinatie grote doelmatigheidswinst kan opleveren. Een minister die voorstander is van marktwerking zou marktpartijen niet moeten beletten dit ook te proberen in Nederland. Als verzekerden geen zin hebben in inperking van hun keuzevrijheid dan kunnen ze overstappen naar een andere verzekeraar of een restitutiepolis nemen. Als er toch mededingingsproblemen ontstaan dan hebben we hiervoor de NMa.[6]
En dan is er ook nog het beruchte 'amendement Schippers', dat in 2005 één van de pijlers onder het nieuwe stelsel dreigde weg te slaan. Volgens dit amendement op het Zorgverzekeringswet moet een zorgverzekeraar ook betalen als een verzekerde gebruik maakt van de diensten van een niet-gecontracteerde aanbieder. Bovendien diende dit

6 Dit is ook al geconstateerd door de Rotterdamse gezondheidseconoom Erik Schut: "Ook werd er een vrijwel Kamerbreed gesteunde motie aangenomen voor een algeheel verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dit is opmerkelijk, aangezien deze mogelijkheid bij de invoering van de Zvw door een Kamermeerderheid juist expliciet werd toegestaan. Verticale integratie zou verzekeraars namelijk meer mogelijkheden geven om de doelmatigheid van zorg te beïnvloeden en om aan de zorgplicht te voldoen. Vanuit mededingingsperspectief wordt verticale integratie doorgaans pas problematisch als er sprake is van machtsconcentratie bij een van de betrokken partijen. In dat geval kan de NMa de fusie verbieden." (Schut 2009, p. 75).

bedrag gelijk te zijn "aan de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid voor de desbetreffende vorm van zorg of andere dienst passend zijn te achten.." Dit (door een kamermeerderheid aangenomen) amendement betekent dat een zorgverzekeraar zijn verzekerden niet naar een voorkeursaanbieder kan sturen. En dat betekent weer dat een zorgverzekeraar een zwakke onderhandelingspositie heeft tegenover zorgaanbieders. Zorgverzekeraars hebben herhaaldelijk aangegeven last te hebben van dit amendement.[7] Mogelijk is dit een van de redenen waarom zorgverzekeraars nog nauwelijks zijn overgegaan tot selectief contracteren (hoewel hiervoor ook andere reden voor kunnen bestaan zoals de beperkte risicodragendheid en het ontbreken van kwaliteitsinformatie).

5 Een voorspelling

Al met al is de kans klein dat het nieuwe zorgstelsel van dit kabinet eindelijk een serieuze kans krijgt om zich te bewijzen. Ondertussen blijven de zorguitgaven de komende jaren bij ongewijzigd beleid twee of zelfs drie keer zo snel groeien als het BBP. De roep om de collectieve zorguitgaven in toom te houden zal hierdoor steeds luider klinken. Hoe zal het kabinet hierop reageren? Voor fors hogere eigen bijdragen bestaat geen politiek draagvlak, ook niet als het gaat om de ouderenzorg waar dit een verdedigbare optie is. Blijven over pakketverkleining en herinvoering van budgetten. Pakketverkleining biedt slechts beperkt soelaas. Zelfs als de ambitieuze doelstelling van 1 miljard besparing op de collectieve uitgaven via pakketverkleining wordt gehaald, remt dit slechts tijdelijk de uitgavengroei. Een redelijke voorspelling is dan ook dat het nieuwe kabinet zijn toevlucht zal nemen tot budgettering als instrument om de collectieve zorguitgaven af te remmen. Of het echt lukt om zo het koekoeksjong uit het collectieve nest te verjagen is nog maar de vraag: verzekerden hebben een wettelijk afdwingbaar recht op zorg. De Wet Cliëntenrechten Zorg (die nog moet worden goedgekeurd door de Tweede Kamer) bevestigt dit nog eens. Maar de kip met de gouden eieren loopt intussen wel gevaar: budgettering leidt tot wachtlijsten en werkt ondoelmatigheid in de hand.

Marc Pomp

* Onafhankelijk adviseur gezondheidseconomie.

7 Op de website van Menzis staat een (ongedateerd) opiniestuk van bestuursvoorzitter Rogier van Boxtel waaraan de volgende passage is ontleend: "Naast het opheffen van de contracteerplicht en de maximumtarieven, is ook de door het amendement Schippers (VVD) mogelijk gemaakte restitutie van kosten bij een niet-gecontracteerde zorgverlener, debet aan prijsverhogingen. Zorgverleners hebben meer macht dan politici lijken te beseffen. Ziekenhuizen die immers een té hoge prijs vragen (bijvoorbeeld 10.000 euro voor een heupoperatie) krijgen wellicht geen contract met de zorgverzekeraar, maar kunnen de verzekerde toch gewoon een rekening sturen met de hoge prijs. De verzekeraar mag de betaling van de rekening wel aan voorwaarden verbinden, maar kan de verzekerde onmogelijk uitleggen dat hij 2000 euro zélf moet bijbetalen.'

Literatuur

Pomp, M. (2008), *Collectieve ouderenzorg: Basisvoorziening of middenklasseniveau?* Achtergrondstudie bij *Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg*, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, oktober 2008.

Schut, F.T. (2009), Is de marktwerking in de zorg doorgeschoten? *Socialisme en Democratie* no. 7/8 2009, pp. 68-80.

Schut, F.T., W.P.M.M. van de Ven en M. Varkevisser (2010), Prijsconcurrentie gaat niet samen met macrobudget ziekenhuizen, *ESB* 95(4587)