

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Pas op de plaats nodig voor nieuwe stap voorwaarts

De invoering van concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt is een belangrijke stap voorwaarts. Tegelijkertijd zijn er risico's van stilstand en achteruitgang indien de concurrentie rond het aanbod niet goed wordt voorbereid. Voordat maatstafconcurrentie wordt ingevoerd, is het verstandig eerst de effecten van een geleidelijke liberalisering van het zorgaanbod af te wachten en ondertussen te werken aan een verbetering van het DBC-systeem en de prestatie-indicatoren. Anders bestaat het gevaar dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders helemaal niet zullen investeren in een betere zorgverlening en de weg naar marktwerking in de zorg ergens halverwege tot stilstand komt.

door Erik Schut

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) Erasmus Universiteit Rotterdam.

AL DECENNIALANG IS ER SPRAKE VAN EEN Echternachprocessie op weg naar meer marktwerking in de zorg. De weg is ooit ingeslagen in 1987, op advies van de Commissie Dekker, en sindsdien is de rol van de markt in de zorg stapsgewijs vergroot. Vaak werd echter na enkele stappen vooruit een pas op de plaats gemaakt, en soms zelfs weer een stap terug gezet. De weg naar effectieve marktwerking in de zorg is dan ook bezaaid met voetangels en klemmen. Niet alleen omdat het vanwege de inherente kenmerken van de zorg moeilijk is om de markt zo te ordenen dat marktfalen wordt vermeden, maar ook omdat aan het transitieproces grote maatschappelijke en politieke risico's zijn verbonden. Zo moet bij elke stap worden voorkomen dat de kosten te hard stijgen, de kwaliteit van zorg gevaar loopt,

of de toegankelijkheid in het geding komt. Een big bangovergang naar marktwerking in de zorg is daarom ondenkbaar. Bovendien zijn de vereiste instituties die de zorgmarkt in maatschappelijk gewenste banen moeten leiden dermate complex, dat abrupte systeemwijzigingen ook praktisch onuitvoerbaar zijn (Schut 2003).

DE GROTE SPRONG VOORWAARTS

Niettemin is de invoering van de Zorgverzekeringswet (zvw) in 2006 te beschouwen als een grote sprong voorwaarts naar gereguleerde marktwerking in de curatieve zorg. De zvw regelt dat iedere Nederlander een vrije keuze kan maken uit een betaalbare basisverzekering die wordt aangeboden door concurrerende zorgverzekeraars. Hoeksteen van de zvw is het systeem van risicoverevening. Dit systeem is noodzakelijk om concurrentie te kunnen combineren met solidariteit. Een solidaire – risico-onafhankelijke – premie is op een concurrerende verzekeringsmarkt namelijk alleen duurzaam mogelijk, als verzekeraars voor verzekerden met een voorspelbaar hoog ziekterisico een adequate compensatie ontvangen. Een adequate verevening van ongelijke risico's is niet alleen nodig voor het garanderen van risicosolidariteit, maar ook voor het bevorderen van doelmatigheid, voor goede zorg voor chronisch zieken en het creëren van een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars (gelijke concurrentiekansen bij qua risico ongelijke verzekerdenportefeuilles). Voorafgaand aan de Zorgverzekeringswet is in de voormalige ziekenfondsverzekering bijna vijftien jaar gesleuteld aan een geleidelijke verbetering van het systeem van risicoverevening. In die periode zijn de noodzakelijke risico-indicatoren ontwikkeld en de benodigde gegevens verzameld, om een verantwoorde invoering van concurrentie binnen de sociale ziektekostenverzekeringen mogelijk te maken. Ter vergelijking: in Duitsland en Zwitserland is in het afgelopen decennium in een veel sneller tempo concurrentie in de sociale zorgverzekering ingevoerd. Evenals in Nederland is daar geprobeerd concurrentie te combineren met solidariteit, door een verbod op premiedifferentiatie, en door een acceptatieplicht en een systeem van risicoverevening. Maar omdat dit systeem in beide landen tamelijk primitief is, en verzekeraars volstrekt onvoldoende compenseert voor verzekerden met een voorspelbaar hoog risico, richt de onderlinge concurrentie zich daar voornamelijk op risicoselectie.

De geleidelijke verbetering van het systeem van risicoverevening in Nederland, parallel aan een geleidelijke vergroting van het financiële risico voor de zorgverzekeraars, illustreert de noodzaak van een langdurig transitieproces. Net als bij grote infrastructurele projecten kost het opbouwen van de institutionele structuur van de zorgmarkt de nodige tijd. En

tijdens de verbouwing moet de levering van zorg wel gewoon doorgaan. Zo is ook de sociale zorgverzekering in de laatste vijftien jaar stap voor stap verbouwd en werd behalve het systeem van risicoverevening een nominale premie en een acceptatieplicht ingevoerd, het regionale monopolie van de ziekenfondsen opgeheven, de contracteervrijheid voor zorgverzekeraars vergroot, de overstapprocedure vereenvoudigd en de consumenteninformatie verbeterd. En die optelsom van maatregelen heeft uiteindelijk de weg gebaad voor de grote sprong voorwaarts van de zvw.

Sinds de invoering van de zvw is de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt sterk toegenomen. Scherpe prijsconcurrentie heeft bij zorgverzekeraars geleid tot forse verliezen, vooral door kortingen op de collectieve contracten (Nza 2007a). Concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt is echter geen doel op zichzelf, maar moet zorgverzekeraars stimuleren om op te treden als kritische zorginkopers namens hun verzekerden. Op langere termijn is een relatief lage premie alleen mogelijk als zorgverzekeraars de doelmatigheid van de zorgverlening positief weten te beïnvloeden. Daarvan is echter nog nauwelijks sprake. De nza (2007b) concludeert op grond van eigen onderzoek dat zorgverzekeraars nagenoeg alle zorgaanbieders contracteren, ongeacht of zij doelmatig en kwalitatief goed werken. Waar er ruimte is voor vrije onderhandelingen — zoals bij 10 procent van de ziekenhuiszorg — wordt vooral onderhandeld over prijs. Wel hebben verschillende zorgverzekeraars initiatieven genomen op het terrein van chronische ziekten — met name diabetes —, maar vooralsnog staan deze nog in de kinderschoenen en lopen verzekerden er nog niet erg warm voor. Schiet de concurrentie tussen verzekeraars dus haar doel voorbij? Of is het slechts een kwestie van tijd voordat de vertaalslag naar het zorgaanbod wordt gemaakt?

ZORGAANBOD AAN BOD?

Een belangrijke reden voor de geringe zorginkoopactiviteiten door zorgverzekeraars is dat de hervorming aan de aanbodzijde eigenlijk nauwelijks is begonnen. Dit transitieproces is minstens zo ingewikkeld als de hervorming van de zorgverzekeringsmarkt. Van cruciaal belang voor een goed functionerende zorginkoopmarkt zijn een adequaat productclassificatiesysteem en goede kwaliteitsindicatoren. Want alleen dan zijn contractuele afspraken te maken over de prijs en het kwaliteit van de te leveren zorg. Pas in 2002 werd serieus begonnen de ontwikkeling van een systeem van productclassificatie in de vorm van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). In 2005 is het DBC-systeem ingevoerd en wordt er met vallen en opstaan gewerkt aan een verbetering van de systematiek. Met de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren is nog later begonnen. Vanaf 2004 zijn

ziekenhuizen geleidelijk informatie gaan verzamelen en aanleveren ten behoeve van de basisset prestatie-indicatoren die de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft ontwikkeld. Ook voor andere zorgaanbieders, zoals GGZ-instellingen, thuiszorginstellingen en apotheken, zijn prestatie-indicatoren in ontwikkeling. Daarnaast is eind 2006 het Centrum Klantervaring Zorg opgericht met als oogmerk om een gevalideerde meetstandaard (de zogenoemde Consumer Quality-index [CQI]) te ontwikkelen en te implementeren voor het vergelijken van de ervaringen van de consument met de prestaties van (ketens van) zorgverleners en zorgverzekeraars.

Net als bij de ontwikkeling van het risicovereveningssysteem is het niet nodig en zelfs onverstandig om te wachten met de invoering van meer onderhandelingsvrijheid totdat het DBC-systeem en de kwaliteitsindicatoren volledig zijn geperfectioneerd. Het is zelfs zeer de vraag of zonder

druk van de markt een dergelijke perfectionering zal plaatsvinden. Zo is het risicovereveningssysteem verbeterd, omdat sommige ziekenfondsen belang hadden bij een verbetering van het systeem en daarom bereid waren de benodigde gegevens aan te leveren. Wat echter van belang is dat zolang de DBC-systematiek en de kwaliteitsindicatoren nog verre van volmaakt zijn, het beter is de risico's voor partijen beperkt te houden. Zo is het finan-

Vergroting van ruimte voor vrije prijsonderhandelingen en financieel risico voor zorgaanbieders moet in de pas lopen met verbetering van kwaliteitsindicatoren en DBC-systematiek

ciële risico voor zorgverzekeraars naarmate het risicovereveningssysteem werd verbeterd, geleidelijk opgevoerd van 3% in 1993 tot ruim 50% in 2007. De vergroting van de ruimte voor onderhandelingen over een vrije prijs en het financiële risico voor zorgaanbieders dient dus in de pas te lopen met een verbetering van de kwaliteitsindicatoren en de DBC-systematiek. Teveel financieel risico bij een imperfect classificatiesysteem en imperfecte kwaliteitsindicatoren kan leiden tot *upcoding*, risicoselectie en het beknibbelen op de kwaliteit van de zorgverlening. Ervaringen met een snelle invoering van concurrentie tussen ziekenhuizen zonder adequate kwaliteitsindicatoren in de Britse gezondheidszorg, geven aan dat deze risico's allerminst denkbeeldig zijn. Empirisch onderzoek wees uit dat sterkere concurrentie tussen ziekenhuizen gepaard ging met een significant hogere sterftkans als gevolg van hartfalen (Propper et al. 2004). De onderzoekers wijten dit vooral aan een gebrek aan kwaliteitsinformatie: *'It may have been a mistake to delay the publication of quality signals until some 10 years after the in-*

roduction of a market meant to rely on them' (p.1267). Ook uit een recente overzichtsstudie van het beschikbare empirische onderzoek naar de relatie tussen concurrentie en kwaliteit in de gezondheidszorg, blijkt dat bij de invoering van vrije prijsvorming goede kwaliteitsinformatie van cruciaal belang is om een tegenwicht te bieden aan de toenemende prijsgevoeligheid (Gaynor 2006).

* * *

Het onvolkomen DBC-systeem en het gebrek aan voldoende kwaliteitsinformatie maken een drastische liberalisering van het zorgaanbod onwenselijk. Bovendien zijn ook zorgverzekeraars nog niet voldoende klaar voor hun nieuwe rol als zorginkoper. De eerste jaren na invoering van de zvw hebben zorgverzekeraars, mede als gevolg van fusies, veel energie gestoken in een verbetering van de doelmatigheid van de interne bedrijfsvoering. Veel zorgverzekeraars beginnen zich nu pas te verdiepen hoe zij de doelmatigheid van de zorgverlening kunnen bevorderen. Het ontbreken van objectieve kwaliteitsinformatie maakt het voor zorgverzekeraars niet alleen moeilijk om selectief contracten te sluiten met kwalitatief goede zorgverleners, maar ook om hun verzekerden ertoe te bewegen om van selectief gecontracteerde zorgaanbieders gebruik te maken (NZA 2007b). Wanneer zorgverzekeraars hun verzekerden niet effectief kunnen sturen naar bepaalde zorgaanbieders, zullen zij ten opzichte van de zorgaanbieders nauwelijks *countervailing power* kunnen ontwikkelen. En zonder voldoende tegenwicht van zorgverzekeraars is een drastische liberalisering van prijzen en volumina onverstandig.

MAATSTAF ALS OPMAAT?

Terecht is dan ook gekozen voor een geleidelijke liberalisering van het zorgaanbod. In 2005 zijn, vooruitlopend op de invoering van de zvw, de prijzen en volumina van circa 10% van de ziekenhuiszorg (het zogenoemde B-segment) vrijgegeven. In 2008 wordt dit B-segment vergroot naar 20% (vws 2007a). Vervolgens wordt vanaf 2009 voor nog eens circa 50% van de ziekenhuiszorg de ziekenhuisbudgettering vervangen door een vorm van maatstafconcurrentie. Bovendien worden ziekenhuizen vanaf dat moment ook financieel verantwoordelijk voor de kapitaallasten (vws 2007b). In de praktijk komt de invoering van maatstafconcurrentie erop neer dat ziekenhuizen zelf – in onderhandeling met de zorgverzekeraars – voor de helft van de ziekenhuiszorg de relevante DBC-prijzen mogen vaststellen, mits de gemiddelde prijs van deze DBC's niet hoger uitkomt dan een per ziekenhuis vastgesteld prijsplafond. Dit prijsplafond wordt afgeleid van een landelijke uniforme maximumprijs (de landelijke maatstaf) die de

NZA heeft berekend op basis van de totale kosten (inclusief kapitaallasten) van de DBC-productie van alle ziekenhuizen, minus een door de overheid bepaalde efficiencykorting.¹ Per ziekenhuis wordt het prijsplafond aangepast voor de samenstelling van de DBC-productie. In 2009 wordt 25% van het prijsplafond bepaald door de landelijke maatstaf en 75% door de instellingsspecifieke kosten (minus efficiencykorting). In de twee daaropvolgende jaren neemt het gewicht van de landelijke maatstaf stapsgewijs toe naar 50% in 2010 en 75% in 2011. Afhankelijk van de mate waarin vrije prijsvorming ‘tot goede resultaten leidt’, kan het prijsplafond in 2012 worden opgeheven (vws 2007a).

Het is de vraag wat precies onder goede resultaten wordt verstaan. Als reden voor de invoering van het prijsplafond geeft de minister van vws aan dat ‘hoewel de resultaten in het huidige B-segment gunstig stemmen’, hij het ‘niet verstandig acht het risico van ongewenste prijsstijgingen te negeren.’ Uit de in juni 2007 verschenen Monitor Ziekenhuiszorg 2007 van de NZA blijkt inderdaad dat de prijzen in het B-segment zich gunstig hebben ontwikkeld: over de periode 2005-2007 zijn zij nominaal slechts met 1,9% gestegen en reëel zelfs met 0,5% gedaald (NZA 2007c). Op grond van een recente analyse van de jaarverslagen van ziekenhuizen blijkt echter dat de totale omzet in het B-segment in 2006 met 60% is toegenomen (Roland Berger 2007). Aangezien de nominale prijzen in het B-segment dat

jaar gemiddeld gelijk zijn gebleven (NZA 2007c), moet er dus sprake zijn geweest van een enorme volumestijging. Hoewel deze forse stijging wellicht deels kan worden verklaard uit een betere registratie en administratie van DBC's, lijkt er sprake van substantiële aanbodgeïnduceerde vraag. Zorgverzekeraars hebben in de onderhandelingen weliswaar effectief invloed kunnen uitoefenen

Zorgverzekeraars hebben effectief invloed kunnen uitoefenen op de prijs, maar ziekenhuizen lijken dat ruimte hebben gecompenseerd door het opvoeren van de productie

op de prijs, maar ziekenhuizen lijken dat ruimte te hebben gecompenseerd door het opvoeren van de productie. Dat zorgverzekeraars vooralsnog geen grip hebben op het volume, komt overeen met de constatering van de NZA dat een aantal zorgverzekeraars helemaal geen volumeafspraken maakt, terwijl daar waar zorgverzekeraars met ziekenhuizen een ‘productiegrens’ hebben afgesproken, een overschrijding van die grens ‘meestal geen consequenties’ heeft (NZA 2007c).

Gelet op de ervaringen in het B-segment is het de vraag of de invoering van een maatstaf in de vorm van een prijsplafond eigenlijk wel zin heeft.

De maatstaf legt namelijk geen restricties op aan het volume (vws 2007a), terwijl verzekeraars op het volume veel minder grip hebben dan op de prijs. Zorgverzekeraars beschikken vooralsnog over onvoldoende informatie en *countervailing power* om aanbodgeïnduceerde vraag door ziekenhuizen en medisch specialisten te kunnen voorkomen. Dit klemt temeer omdat medisch specialisten als gevolg van de vervang van de lumpsum door een uurtarief vanaf 2008 forse extra productieprikkels krijgen. Bovendien wordt ook voor ziekenhuizen productie extra lonend als vanaf 2009 de kapitaallasten in de DBC-prijzen woden opgenomen.

Het kabinet heeft echter een belangrijke stok achter de deur gehouden om volume- en kostenstijging tegen te gaan. Want hoewel de hoogte van de jaarlijkse maatstaf van tevoren in principe bekend is, sluit het kabinet tussentijdse veranderingen niet uit.

Wanneer zich overschrijdingen bij het Budgettair Kader Zorg (BKZ) voordoen, kan, aldus de minister (vws 2007a), besloten worden tot een aanscherping van de maatstaf. Indien het kabinet daartoe overgaat, is er de facto geen sprake meer van maatstafconcurrentie, maar van macrobudgettering. Wanneer namelijk overschrijdingen van het BKZ als gevolg van een sterker dan verwachte volumegroei leiden tot een verlaging van het prijsplafond, gaat de maatstaf fungeren als een landelijk 'sluittarief' om een politiek gewenst macrobudget te realiseren. Een nadeel daarvan is dat dit verlamd zal werken op de bereidheid om daadwerkelijk te investeren in de kwaliteit van de zorgverlening, omdat het voor partijen onzeker is of de gemaakte afspraken nog haalbaar zijn als het prijsplafond neerwaarts wordt bijgesteld.

Bovendien leidt een verwachte verlaging van het prijsplafond tot prikkels voor individuele ziekenhuizen en specialisten om daarop te anticiperen door het extra opvoeren van de productie. Er ontstaat dan een *prisoners' dilemma* waarbij het gezamenlijk belang om het volume te beheersen (om prijsverlaging te voorkomen) strijdig is met individueel belang om de eigen inkomsten veilig te stellen door middel van extra productie. De ervaringen met de macrobudgettering van medisch specialisten in het begin jaren negentig geven aan dat dit prisoners dilemma kan leiden tot een spiraal van extra productie en lagere prijzen. Een dergelijke ontwikkeling leidt hoogstwaarschijnlijk niet alleen tot overproductie maar is op termijn ook politiek onhoudbaar.

EEN VERTROUWD RECEPT

Ook in de farmaceutische zorg zijn in september 2007 weer centrale afspraken gemaakt over structurele prijsverlagingen, teneinde een deel van de

inkoopkortingen van apotheken af te romen. Het kabinet was van mening deze centrale afspraken nodig waren omdat de ‘nieuwe marktverhoudingen nog onvoldoende zijn uitgekristalliseerd’. (vws 2007c). Wel zeggen de betrokken partijen in het ‘Transitieakkoord farmaceutische zorg’ toe zich gezamenlijk te zullen inzetten voor ‘een transitie van de huidige situatie naar een meer normale marktsituatie’, via een uiterlijk december 2007 vast te stellen stappenplan. Ondertussen mogen zorgverzekeraars geen stap verzetten. Want als tegenprestatie voor de prijsverlaging is in het akkoord vastgelegd dat Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zal bevorderen dat leden het preferentiebeleid — waarmee zorgverzekeraars de vergoeding van geneesmiddelen kunnen beperken tot bepaalde goedkope substituten — niet zullen aanscherpen. Via centrale afspraken wordt de beoogde zorginkoopp-functie van zorgverzekeraars dus voorlopig in de ijskast gezet. Overigens is het de vraag of zulke afspraken niet strijdig zijn met de Mededingingswet.

VAN ZORGVERZEKEREAAR NAAR ZORGINKOPER

Naarmate de overheid minder budgettaire risico's wil lopen en via prijs- en budgetrestricties de zorgverzekeraars meer uit de wind houdt, zullen zorgverzekeraars de hen toebedachte inkooprol ook minder snel eigen maken. Ervaringen met *Health Maintenance Organizations* (HMO's) in de VS wijzen uit dat effectieve zorginkoop ('*managed care*') niet eenvoudig is, en de nodige tijd en investeringen vereist.² Daar komt nog bij dat zorgverzekeraars zelf de nodige knowhow moeten opbouwen en wegen moeten vinden om de starre aanbodverhoudingen in de zorg te doorbreken.

Niettemin zijn de omstandigheden voor HMO's in Nederland op een aantal belangrijke punten gunstiger dan in de VS. De basis voor een goed functionerende HMO is een vorm van financiële risicodeling tussen een zorgverzekeraar en één of meer multidisciplinaire groepen zorgaanbieders die verantwoordelijk zijn voor de gehele zorgketen. Financiële risicodeling is essentieel om prikkels voor aanbodgeïnduceerde vraag tegen te gaan. In Nederland biedt het risicovereveningssysteem een bij uitstek geschikt vertrekpunt voor financiële risicodeling. Zorgverzekeraars zouden namelijk op basis van de vereveningsbijdrage met multidisciplinaire groepen zorgverleners per ingeschreven verzekerde een risicogerelateerd bedrag kunnen afspreken voor de integrale zorgverlening. Dankzij het risicovereveningssysteem is het organiseren van integrale *disease management*-programma's voor zorgverzekeraars bovendien veel aantrekkelijker dan in de VS. Daar lopen HMO's met integrale zorgprogramma's voor chronisch zieken het risico te worden afgestraft door 'antiselectie' van verzekerden. Zo bleek uit een studie naar de kosten en baten van een diabetesprogram-

ma in een HMO over een periode van tien jaar dat het programma ondanks substantiële kostenbesparingen en gezondheidswinst voor de HMO per saldo toch verliesgevend was (Beaulieu et al. 2006). Aan de ene kant leverde het programma per diabetespatiënt na 10 jaar een netto kostenbesparing op van naar schatting circa \$1000 per jaar en resulteerde het in een substantiële daling van het percentage amputaties, oogaandoeningen, hartinfarcten en ernstig nierfalen. Maar aan de andere kant leidde het tot een toestroom van nieuwe diabetespatiënten, waardoor de prevalentie van diabetes binnen de HMO aan het eind van de onderzoeksperiode ruim twee keer zo hoog lag als in de rest van de populatie. Aangezien de totale kosten van diabetespatiënten bijna vijf keer zo hoog waren als van een doorsnee verzekerde, wogen de baten van het diabetesprogramma niet op tegen de kosten van antiselectie, en werd de HMO dus slachtoffer van eigen succes.

Het gevaar bestaat dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders helemaal niet zullen investeren in een betere zorgverlening

In Nederland speelt het probleem van antiselectie echter geen rol, omdat zorgverzekeraars dankzij het risicovereveningssysteem een adequate compensatie ontvangen voor de voorspelbaar hogere kosten van diabetespatiënten. Doordat die compensatie is gebaseerd op de gemiddeld verwachte kosten van totale diabetespopulatie, kunnen

zorgverzekeraars die vooroplopen met een goed diabetesprogramma, daar op termijn de forse vruchten van plukken. De overheid en de NZa zouden bij de ontwikkeling van dergelijke programma's een belangrijke faciliterende rol kunnen spelen door experimenten met alternatieve honoreringsstructuren mogelijk te maken.

RECULER POUR MIEUX SOUTER?

Een pas op de plaats kan soms nuttig zijn om de voorwaarden te creëren voor een nieuwe sprong voorwaarts. Zo lijkt het beter om met de invoering van maatstafconcurrentie te wachten tot duidelijk is hoe de verruiming van het B-segment in 2008 uitpakt en ondertussen te werken aan een verbetering van het DBC-systeem en de prestatie-indicatoren. Dit geldt temeer daar de kans groot is dat de maatstafconcurrentie onder de druk van kostenbeheersing zal worden omgevormd tot een systeem van macrobudgettering. Het gevaar bestaat dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders helemaal niet zullen investeren in een betere zorgverlening en de Echter-nachprocessie ergens halverwege tot stilstand komt.

 Noten

1 In de Rijksbegroting 2008 is opgenomen dat voor de jaren 2009 tot en met 2011 bij de vaststelling van de maatstaf rekening wordt gehouden met een 'taakstellende efficiencybesparing' van € 15 miljoen in 2009, € 90 miljoen in 2010 en met

ingang van 2011 structureel € 240 miljoen.

2 Zoals investeringen in breed toegankelijke elektronische patiëntendossiers, in eerstelijns zorgcoördinatie, in systematische patiënteducatie en in toetsing- en feedbacksystemen op grond van systematisch verzamelde prestatie-indicatoren (Enthoven 2006).

 Literatuur

Beaulieu, N., D.M. Cutler, K. Ho, G. Isham, T. Lindquist, A. Nelson, and P. O'Connor (2006) The Business Case for Diabetes Disease Management for Managed Care Organizations, *Forum for Health Economics & Policy* 9 (1), 1-36.

Enthoven, A.C. (2006), *Consumer choice of health plan: connecting insurers and providers in systems*, Keynote address for the VGE-conference "Consumer choice in health care: the right choice?", Erasmus University Rotterdam, <http://www.gezondheidseconomie.be>

Gaynor, M.S. (2006), *What do we know about competition and quality in health care markets*, working paper 12301, NBER, Cambridge (MA).

NZA (2007a), *Monitor zorgverzekeringsmarkt: de balans 2007*, Utrecht

NZA (2007b), *Richting geven aan keuzes. Kunnen verzekeraars consumenten stimuleren naar gecontracteerde voorkeursaanbieders te gaan?*, Visiedocument, Utrecht

NZA (2007c), *Monitor ziekenhuiszorg: analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment in 2007*, Utrecht

Propper, C., S. Burgess, en K. Green (2004),

Does competition between hospitals improve the quality of care? Hospital death rates and the NHS internal market, *Journal of Public Economics* 88, p. 1247-1272.

Roland Berger (2007), *Exploring new territories. Dutch hospitals 2007 – Key developments and trends*, in: Trends in European Health Care, Roland Berger Strategy Consultants, Amsterdam, p. 45-88.

Schut, F.T. (2003), *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfaalen en overheidsfaalen in de gezondheidszorg*, Oratie, Erasmus Universiteit Rotterdam.

vws (2007a), *Waardering voor betere zorg*, Brief van de minister van vws over invoering van integrale prestatiebekostiging in de ziekenhuissector, Tweede Kamer, 29 248, nr. 37.

vws (2007b), *Met zorg ondernemen*, Brief van de minister en staatssecretaris van vws over de voortgang van de invoering van integrale en transparante tarieven, Tweede Kamer 27 659, nr. 84

vws (2007c), *Geneesmiddelenbeleid*, Brief van de minister van vws over Transitieakkoord farmaceutische zorg 2008/2009, Tweede Kamer 29477, nr. 32