

Prijsconcurrentie gaat niet samen met macrobudget ziekenhuizen

Het kabinetsvoorstel om ziekenhuizen te laten concurreren binnen een macrobudget straft prijsconcurrentie af. De overheid moet een keuze maken tussen prijsconcurrentie zonder macrobudget of een macrobudget zonder prijsconcurrentie.

In januari 2010 lanceerde het kabinet een voorstel voor een ingrijpende herziening van de bekostiging van ziekenhuizen (Tweede Kamer, 2010a). Het huidige systeem van ziekenhuisbudgettering dat nu geldt voor circa twee derde van de ziekenhuisuitgaven, zou moeten worden vervangen door een systeem van prestatiebekostiging. De ziekenhuiszorg zal vanaf dat moment bestaan uit drie prijssegmenten: een segment met vrije tarieven, een segment met integrale maximumtarieven en een segment met vaste vergoedingen op basis van productieonafhankelijke, genormeerde kosten. Het huidige segment met vrij onderhandelbare ziekenhuistarieven, het zogeheten B-segment, zou worden uitgebreid van 34 tot 50 procent van de ziekenhuisuitgaven. In de segmenten met vrije en gemaximeerde prijzen levert meer productie in principe meer inkomsten op. Tegelijk met de versoepeling van de prijs- en volumerestricties wordt echter voorgesteld om het wettelijk mogelijk te maken een macrobudget voor de totale ziekenhuiskosten op te leggen. Wanneer ziekenhuizen dit gezamenlijke budget overschrijden, zou de overheid de overschrijding bij alle individuele ziekenhuizen kunnen terugvorderen naar rato van hun landelijke marktaandeel.

Na de val van het kabinet besloot de minister van VWS af te zien van de uitbreiding van het vrije prijssegment naar vijftig procent, maar het voorstel voor invoering van het macrobudgettaire compensatie-instrumentarium te handhaven (Tweede Kamer, 2010b). Deze maatregel was volgens de minister onontbeerlijk uit oogpunt van budgettaire beheersbaarheid. Niettemin werd het voorstel twee weken later door de Tweede Kamer controversieel verklaard. Gelet op de noodzaak tot bezuinigen, zal de beheersing van de ziekenhuiskosten ongetwijfeld hoog op de agenda van het volgende kabinet komen. Het voordeel van de door de Tweede Kamer ingelaste adempauze is dat de mogelijke gevolgen van het voorstel beter kunnen worden doordacht. Het opleggen van een macrobudget is namelijk niet te rijmen met effectieve prijsconcurrentie tussen ziekenhuizen. Het eerste straft het tweede zelfs af. Bovendien ontmoedigt het investeringen in innovaties en leidt het tot negatieve afwentelingseffecten.

Prijsconcurrentie afgestraft

Het macrobudget dient om de totale ziekenhuiskosten structureel te kunnen beheersen en heeft dus zowel betrekking op het A-segment met gereguleerde prijzen als op het B-segment met vrije prijzen. Uitbreiding van het vrije prijssegment naar vijftig procent wordt hierdoor volgens het voorstel “een betrekkelijk risicoloze operatie als het gaat om de macrobudgettaire beheersbaarheid” (Tweede Kamer, 2010a). Op dit moment bestaat overigens al de mogelijkheid om in het vrije segment tarieven via een prijsbeheersingsinstrument (PBI) aan een maximum te binden. Volgens het kabinetsvoorstel is het nadeel van dit instrument echter dat daarmee tarieven in beginsel niet beneden kostendekkend niveau mogen worden vastgesteld, waardoor de budgettaire effecten van een te hoge volumegroei er mogelijk niet adequaat mee kunnen worden beheerst. Het nieuw voorgestelde macrobudget-instrument kent deze restrictie niet. In principe kan elke omzetskorting worden opgelegd die nodig is om binnen een door de overheid vastgestelde macrobudget te blijven, ook als dit impliceert dat een ziekenhuis hierdoor verlies lijdt.

Wanneer de overheid om te bezuinigen de totale ziekenhuiskosten aan een krap macrobudget bindt, lokt dit anticiperend gedrag bij ziekenhuizen uit. Individuele ziekenhuizen weten dan namelijk dat de kans groot is dat zij aan het einde van het jaar worden gekort. De omvang van deze generieke korting is sterk afhankelijk van het gedrag van andere ziekenhuizen. Naarmate andere ziekenhuizen meer omzet genereren, wordt de korting voor ieder ziekenhuis groter. Voor ieder individueel ziekenhuis vormt de verwachte korting een extra kostenpost die zij in hun prijzen moeten verwerken. Deze kostenpost is door individuele ziekenhuizen nauwelijks te beïnvloeden en is dus grotendeels exogeen. Wanneer ziekenhuizen de te verwachten generieke korting verdisconteren in hun prijzen, schuift de aanbodcurve omhoog en dus ook de uiteindelijke evenwichtsprijs. Vanwege de onzekerheid over de hoogte van de uiteindelijke korting zal de prijs bovendien een noodzakelijke risico-opslag moeten bevatten. De kans is groot dat dit leidt tot een opwaartse prijs-spiraal. Immers, wanneer individuele ziekenhuizen hun prijzen voor de zekerheid sterker verhogen dan de verwachte gemiddelde prijsopslag, zal dit leiden tot grotere generieke kortingen. Dit zal vervolgens weer leiden tot omhoog bijgestelde verwachtingen en extra prijsopslagen. De dreiging van een korting als gevolg van een macrobudgetoverschrijding kan

ERIK SCHUT

Hoogleraar aan de Erasmus
Universiteit Rotterdam

WYNAND VAN DE VEN

Hoogleraar aan de Erasmus
Universiteit Rotterdam

MARCO VARKEVISSER

Universitair docent aan
de Erasmus Universiteit
Rotterdam

duis leiden tot een permanente opwaartse druk op de prijzen. De mogelijkheden om prijzen te verhogen zijn echter niet voor alle ziekenhuizen gelijk. Ziekenhuizen in de meest concurrerende regio's met de laagste marktconcentratie zijn relatief het slechtst af. Zij zijn minder goed in staat om hun prijzen op te voeren dan ziekenhuizen in minder concurrerende regio's omdat eenzelfde prijsverhoging gepaard gaat met een groter verlies aan patiënten. Met andere woorden, in meer concurrerende regio's zal de uiteindelijke prijsstijging minder groot kunnen zijn omdat de vraagcurve daar elastischer verloopt. Bij een generieke korting zullen sterk concurrerende ziekenhuizen bovendien al gauw in de financiële problemen komen, omdat de prijzen die zij in rekening brengen reeds dichtbij het kostendekkende niveau zullen liggen. Aangezien de korting bij overschrijding van het macrobudget wordt omgeslagen over alle ziekenhuizen, komen ziekenhuizen die hun prijzen het minst kunnen verhogen en al de laagste marges hebben, het meest in de problemen. De voorgestelde macrobudgetregeling bestraft dus vooral ziekenhuizen in de meest concurrerende regio's. Zij worden de dupe van het gedrag van ziekenhuizen in minder concurrerende regio's. De generieke korting treft dus vooral ziekenhuizen in de meest concurrerende regio's en kan hen ertoe dwingen om, bijvoorbeeld via fusies, de onderlinge concurrentie te beperken.

Kader 1

Déjà vu

In 1992 werd in het kader van het Plan Simons met het oog op het vergroten van de ruimte voor prijsconcurrentie de toenmalige Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) geliberaliseerd. Vaste tarieven van medische behandelingen werden vervangen door maximumtarieven. Maar op aandringen van de Tweede Kamer werd een amendement toegevoegd dat het mogelijk maakte per beroepsgroep een macrobudget op te leggen. Hoewel Simons destijds meermalen aangaf de inzet van dit macrobudgetinstrument te beschouwen als een uiterste redmiddel, waarvan hij slechts in zeer uitzonderlijke omstandigheden gebruik zou maken, werd het in de daaropvolgende jaren telkenmale ingezet om de tarieven van onder meer medisch specialisten te korten (Schut, 1996). Daarentegen had de met de wetswijziging beoogde deregulering van de tarieven nagenoeg geen effect, omdat de maximumtarieven in de praktijk als vaste tarieven bleken te fungeren. Gelet op de jaarlijkse macrobudgetkortingen was het ook niet verwonderlijk dat er geen lagere dan de maximumtarieven werden afgesproken.

SINDS 1916

De voorgestelde macrobudgetregeling bestraft dus vooral ziekenhuizen in de meest concurrerende regio's

Minder stimuli voor innovatie

De permanente dreiging van een korting zal er ook toe leiden dat ziekenhuizen minder bereid zijn om te investeren in kwaliteitsverbeteringen. Vanwege de potentiële kortingen bestaat immers toegenomen onzekerheid of dergelijke investeringen op termijn ook daadwerkelijk kunnen worden terugverdiend. Weliswaar kan de omzet toenemen door de toestroom van extra patiënten, maar als dit gepaard gaat met hogere kosten is de kans groot dat de investeringen onvoldoende rendement opleveren als de inkomsten achteraf worden gekort. Banken zullen terughoudend zijn met het financieren van langetermijn-

ondernemingsplannen als de kans structureel aanwezig is dat toekomstige rendementen door de overheid worden afgeroomd. Dit geldt temeer nu ziekenhuizen ook volledig verantwoordelijk worden voor de kapitaallasten. Het is ironisch dat de minister zelf opmerkt dat in dit verband “ziekenhuizen dringend verlegen zitten om reguleringszekerheid” (Tweede Kamer, 2010a). De macrobudgetbepaling biedt weliswaar budgettaire zekerheid voor het kabinet, maar leidt tot permanente budgetonzekerheid voor de ziekenhuizen.

De structurele dreiging van generieke kortingen zal ook toetreding onaantrekkelijk maken, waarmee de potentiële concurrentie door nieuwe marktpartijen wordt gereduceerd. Bovendien zal het daadwerkelijk toepassen van generieke kortingen de financiële solvabiliteit van ziekenhuizen doen verslechteren, terwijl die met een gemiddelde van iets minder dan elf procent in 2008 reeds lager ligt dan de norm van vijftien procent die het Waarborgfonds voor de zorg (Wfz) bij de garantieverlening hanteert (NVZ, 2009). Hierdoor neemt de kans op faillissementen in de ziekenhuissector verder toe.

Afwenteling

Het opleggen van makrokortingen zal naar verwachting ook leiden tot een afwenteling van het vrije op het gereguleerde prijssegment. Ziekenhuizen die op een generieke korting willen anticiperen door hun marges te vergroten, kunnen dit alleen doen door de prijzen in het vrije prijssegment te verhogen. Bij een gelijkblijvend macrobudget zullen de als gevolg van hogere prijzen stijgende uitgaven in het vrije segment de uitgaven in het prijsgereguleerde segment verdringen. De combinatie van makrokortingen en prijsstijgingen in het vrije segment zullen ertoe leiden dat het financiële resultaat in het prijsgereguleerde segment voortdurend zal verslechteren. Voor ziekenhuizen wordt het dan steeds minder aantrekkelijk om in die zorg te investeren, met als gevolg dat de zorg in het prijsgereguleerde segment verschaalt.

Het gevolg daarvan kan zijn dat de wachtlijsten in het prijsgereguleerde segment stijgen en dat een toenemend aantal burgers voor die zorg uitwijkt naar het buitenland (Glinos *et al.*, 2010). Aangezien de uitgaven aan zorg in buitenlandse ziekenhuizen niet onder het macrobudget vallen maar wel worden gedekt door de Zorgverzekeringswet, vormt de voorgestelde macrobudgettering dus geen waterdichte garantie op een beheersing van de collectieve zorguitgaven.

Zelfversterkend effect

Volgens het kabinet moet het voorgestelde macrobudgetinstrumentarium worden gezien als een extra veiligheidsmaatregel, maar niet als de primaire weg om de macrobudgettaire beheersbaarheid te waarborgen (Tweede Kamer, 2010a). Als primaire weg ziet het kabinet de sterkere stimulansen voor kwaliteits- en doelmatigheidsverbetering als gevolg van de vergroting van de ruimte voor prijsconcurrentie en de vervanging van instellingsbudgettering door prestatiebekostiging. Mede gezien de grote druk op de overheidsfinanciën is het echter onwaarschijnlijk dat de beoogde primaire weg op korte termijn tot zodanige besparingen zal leiden dat de uitgaven daarmee binnen het naar verwachting krappe macrobudget zullen blijven. Dit betekent dat de kans groot is dat het macrobudgetinstrument direct zal worden ingezet. Aangezien het opleggen van generieke kortingen prijsconcurrentie tussen ziekenhuizen afstraft, leidt de inzet van dit instrument tot een zelfversterkend effect omdat het de beoogde primaire weg onbegaanbaar maakt. Gelet op eerdere ervaringen (kader 1) met de invoering van een macro-

budget voor medisch specialistische zorg, lijkt de geschiedenis zich te herhalen.

Nut en noodzaak van een macrobudget

In essentie zijn er twee argumenten die ervoor pleiten de collectieve zorguitgaven onder een macrobudget te brengen. Een eerste argument is dat voor de individuele zorgconsument een effectief prijsmechanisme ontbreekt, waardoor hij of zij geen afweging hoeft te maken tussen de marginale kosten en marginale baten van zorg. Om de noodzakelijke en collectief gefinancierde zorg voor iedereen betaalbaar te houden, is het wenselijk om de uitgaven te beheersen. Het doel van de stelselherziening in de zorg is echter om de zorgverzekeraars te stimuleren als prijsbewuste inkopers van zorg op te treden namens hun verzekerden. Zij krijgen geleidelijk meer ruimte om met zorgaanbieders afspraken te maken over prijs, volume en kwaliteit van zorg. Zorgverzekeraars moeten op hun beurt met hun premie en de kwaliteit van de ingekochte zorg concurreren om de gunst van verzekerden. Wanneer deze gereuleerde concurrentie werkt als beoogd, ontstaat er effectieve tegenmacht aan de vraagzijde van de zorgmarkt, zodat de marginale kosten en baten van zorg wel tegen elkaar worden afgewogen. In die situatie ontvalt dit eerste argument voor het opleggen van een macrobudget. Het is immers niet aannemelijk dat de overheid in dat geval beter weet dan de markt hoeveel er aan zorg zou moeten worden uitgegeven.

Een tweede argument voor een macrobudget is dat de collectief gefinancierde zorguitgaven gepaard gaan met herverdeling, en herverdeling niet kosteloos is. Een toenemende collectieve lastendruk leidt tot een toename van het verschil tussen bruto- en netto-inkomen en daarmee tot negatieve gevolgen voor de arbeidsmarkt en de economische ontwikkeling. Wanneer collectief gefinancierde zorg inderdaad duurder is dan privaat gefinancierde zorg, dan zou dit pleiten voor het zo veel mogelijk beperken van de collectieve uitgaven. Jacobs en De Mooij (2009) stellen echter dat publiek geld niet duurder hoeft te zijn dan privaat geld indien de waarde van herverdeling wordt meegewogen. Juist in de zorgsector wordt aan herverdeling een grote waarde toegekend, gelet bijvoorbeeld op de van oudsher grotendeels inkomensafhankelijke premies van de sociale ziektekostenverzekeringen. Niettemin kan begrenzen van de mate van herverdeling via het stellen van een macrobudget aan de collectieve zorguitgaven een gewenste uitkomst zijn van een goed functionerend democratisch proces.

Kortom, een macrobudget voor ziekenhuiszorg is verdedigbaar op grond van marktfalen en indien dit budget de resultante is van een maatschappelijke afweging tussen de kosten en baten van herverdeling. Zoals hierboven uiteengezet zal de invoering van een macrobudget voor het vrije prijssegment marktfalen eerder bevorderen dan tegengaan. Wanneer een macrobudget voor het vrije prijssegment werkelijk een weerspiegeling vormt van maatschappelijke voorkeuren voor herverdeling, dan zouden deze dus moeten worden afgewogen tegen het marktfalen dat door het opleggen van dit macrobudget wordt veroorzaakt. De vraag is dan relevant of er een alternatief is om de kosten van herverdeling te beperken en marktfalen tegen te gaan.

Alternatieve veiligheidsmaatregel

Er is een alternatieve methode om de primaire weg van versterking van prijsconcurrentie tussen ziekenhuizen te bewandelen met waarborgen dat de macrokosten worden beheerst. Dit betreft een aanpak waarbij onderdelen van de ziekenhuiszorg waarvoor verwacht kan worden dat de markt op redelijk korte termijn effectief kan gaan werken voor een nader te bepalen periode buiten het macrobudget worden geplaatst (Schut en Van de Ven, 2009). Gedurende die evaluatieperiode zou de overheid niet moeten ingrijpen in prijzen of volumina. Dit biedt partijen reguleringzekerheid en zodoende de gelegenheid om te investeren in onderhandelingen over prijs, volume en kwaliteit. Door deze vrije deelmarkten buiten het geldende macrobudget te plaatsen, wordt ook voorkomen dat eventuele extra uitgaven van het vrije op het prijsgeruleerde segment worden afgewenteld. Voorts verplicht het de overheid om een zo goed mogelijke risicoaf-

Juist in de zorgsector wordt aan herverdeling een grote waarde toegekend

weging te maken welke onderdelen van de zorg wel en welke niet voor liberalisering in aanmerking komen. Tegenover het voordeel van een weldoordachte afweging staat overigens wel het nadeel dat de overheid wellicht te voorzichtig wordt met liberalisering. Wanneer na de evaluatieperiode blijkt dat effectieve concurrentie

niet ontstaat, dan kan de overheid besluiten om de betreffende vorm van zorg weer onder macrobudgettaire curatele te stellen. Voor de betrokken geliberaliseerde partijen betekent dit een extra stimulans om het geschonken vertrouwen waar te maken. Hoewel deze alternatieve maatregel betekent dat de overheid de budgettaire comfortzone deels moet verlaten, biedt het niettemin om twee redenen de nodige budgettaire veiligheid. Ten eerste kan de overheid zelf selecteren welke deelmarkten men wel en welke men niet voor daadwerkelijke liberalisering in aanmerking wil laten komen. Ten tweede kan na verloop van tijd worden besloten de betreffende deelmarkt weer onder het macrobudgetregime te brengen als blijkt dat, anders dan vooraf verwacht, effectieve prijsconcurrentie niet van de grond is gekomen.

Aangezien prijsconcurrentie tussen ziekenhuizen niet structureel samen kan gaan met een macrobudget voor de ziekenhuiszorg, moet de overheid ondubbelzinnig kiezen voor prijsconcurrentie zonder macrobudget of voor een macrobudget zonder prijsconcurrentie.

LITERATUUR

Glinos, I.A., R. Baeten en H. Maarse (2010) *Purchasing health services abroad: Practices of cross-border contracting and patient mobility in six European countries*. *Health Policy*, 95(2-3), 103-112.

Jacobs, B. en R. de Mooij (2009) *De marginale kosten van publieke fondsen zijn gelijk aan één*. *ESB*, 94(4567), 532-535.

NVZ (2009) *Vizier op vertrouwen: brancherapport algemene ziekenhuizen 2009*. Utrecht: NVZ.

Schut, F.T. (1996) *Macrobudget*. Van akkoord naar wet. In:

Kemenade, Y.W. van en K.C.N.M. Bakx (red.) *Medisch specialisten gehonoreerd?* Utrecht: De Tijdstroom.

Schut, F.T. en W.P.M.M. van de Ven (2009) *Maken en bewaken van markten*. In: Friele, R. (eindred.) *Evaluatie Wet Marktordening Gezondheidszorg. Programma evaluatie regelgeving: deel 28*. Den Haag: ZonMw.

Tweede Kamer (2010a) *Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)*. 29248(109).

Tweede Kamer (2010b) *Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)*. 29248(113).