

## Presentatie DRG Congres, maart 2011

Mr. drs. Theo Langejan,  
Voorzitter Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit

Dames en Heren goedemiddag,

Dank voor de uitnodiging te mogen spreken op uw DRG congres. Het is een goede zaak dat we ons verdiepen in de oplossingen en problemen die de burens bedacht hebben. Zeker op het terrein van de zorg is dat van belang omdat Europa zich hier fundamenteel onderscheidt van de Verenigde Staten. Verder is het zo dat binnen de groep van Europese stelsels het Nederlandse en het Duitse systeem veel gemeen hebben en zich onderscheiden van bijvoorbeeld het Engelse systeem van National Health Services doordat een veel groter belang wordt gehecht aan private verbanden in de zorg.

Die overeenkomst is ook weer niet zo verwonderlijk wanneer we ons bedenken dat in Nederland tot aan tweeduizend zes een stelsel heeft gegolden dat in grote lijnen gekopieerd was van het Duitse krankenkassensysteem.

Toch zijn er ook verschillen, die hebben te maken met historie en cultuur.

Eén van de belangrijkste verschillen tussen Nederland en Duitsland, zowel voor als na de wijzigingen van tweeduizend zes, is wel de toegang tot de medisch specialist of die nu in het ziekenhuis of daarbuiten gevestigd is. In Nederland zijn de kosten voor zorg door een medisch specialist alleen maar door de verzekering gedekt na een verwijzing door de huisarts. In die zin vervult de huisarts een poortwachtersfunctie. In Duitsland is dat niet het geval.

Maar er zijn ook gezamenlijke uitdagingen. Als belangrijkste uitdaging staan wij beiden voor de vraag hoe we het zorgstelsel betaalbaar en toegankelijk kunnen houden in het licht van enerzijds afnemende economische mogelijkheden en anderzijds een toenemende vergrijzing en een toenemende vraag naar zorg.

Sheet 1: Betaalbaarheid van zorg speelt overal een rol:



“Wenn ihnen ein neues Gebiss zu teuer wäre...”

Een simpel getallenvoorbeeld illustreert deze uitdaging: in de West-Europese stelsels ligt de jaarlijkse groei van de zorguitgaven rond de vijf tot zeven procent, met een jaarlijkse groei van het Bruto Nationaal Product tussen de één en drie procent is duidelijk dat deze situatie niet houdbaar is.

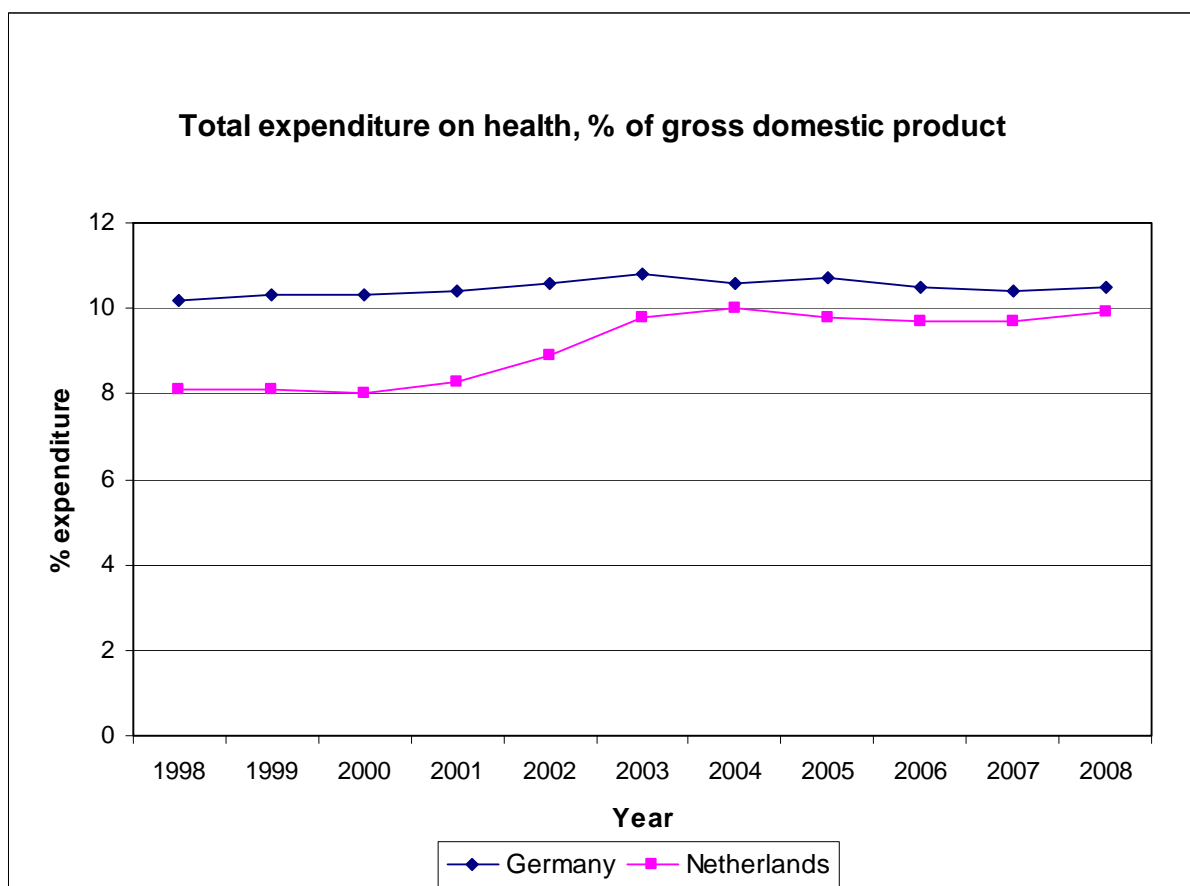
Kortom, de vraag waar we voor staan is eerst en vooral of we in staat zijn de productie van zorg zodanig te stroomlijnen dat een veel grotere productiviteitsgroei in de zorg geboekt kan worden. Daarnaast is uiteraard de vraag aan de orde of de verdeling van kosten over privaat en publiek domein niet een herijking behoeft.

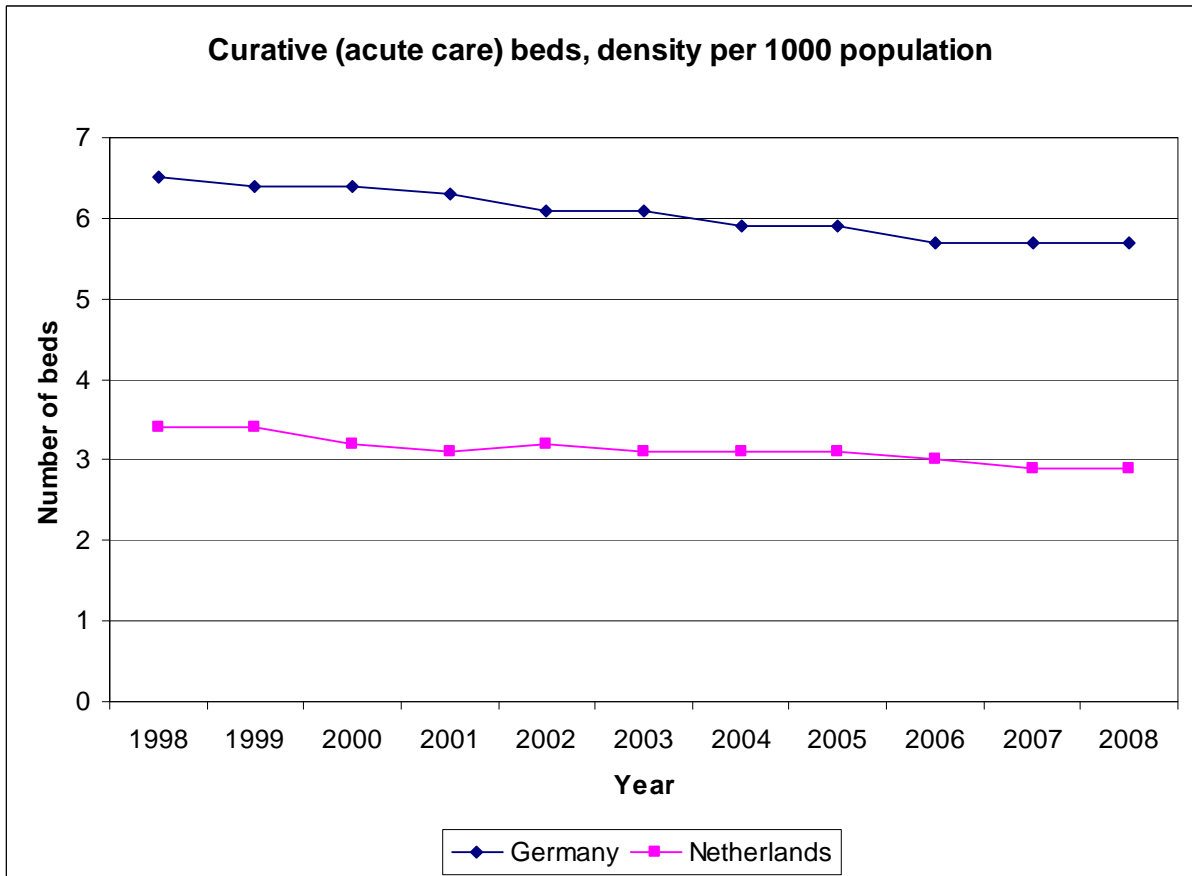
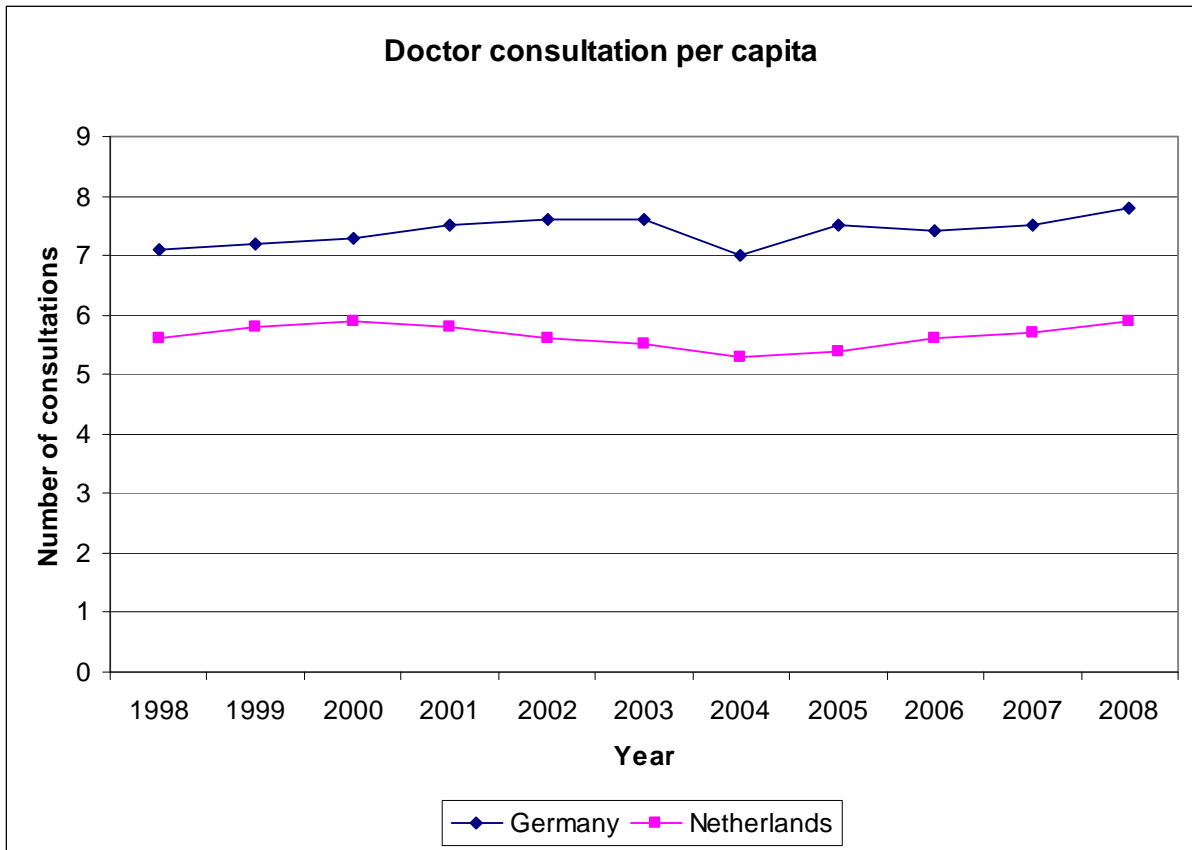
Hoe staat het op dit moment met de kosten voor de zorg in Nederland en Duitsland? Voor de vergelijking heb ik hier de kosten van de zogenoemde curatieve zorg meegenomen, daarnaast kennen we ook kosten voor langdurige verpleging en zorg, maar daarvoor geldt dat de stelsels slechter vergelijkbaar zijn.

Sheet 2 De kosten van curatieve zorg:

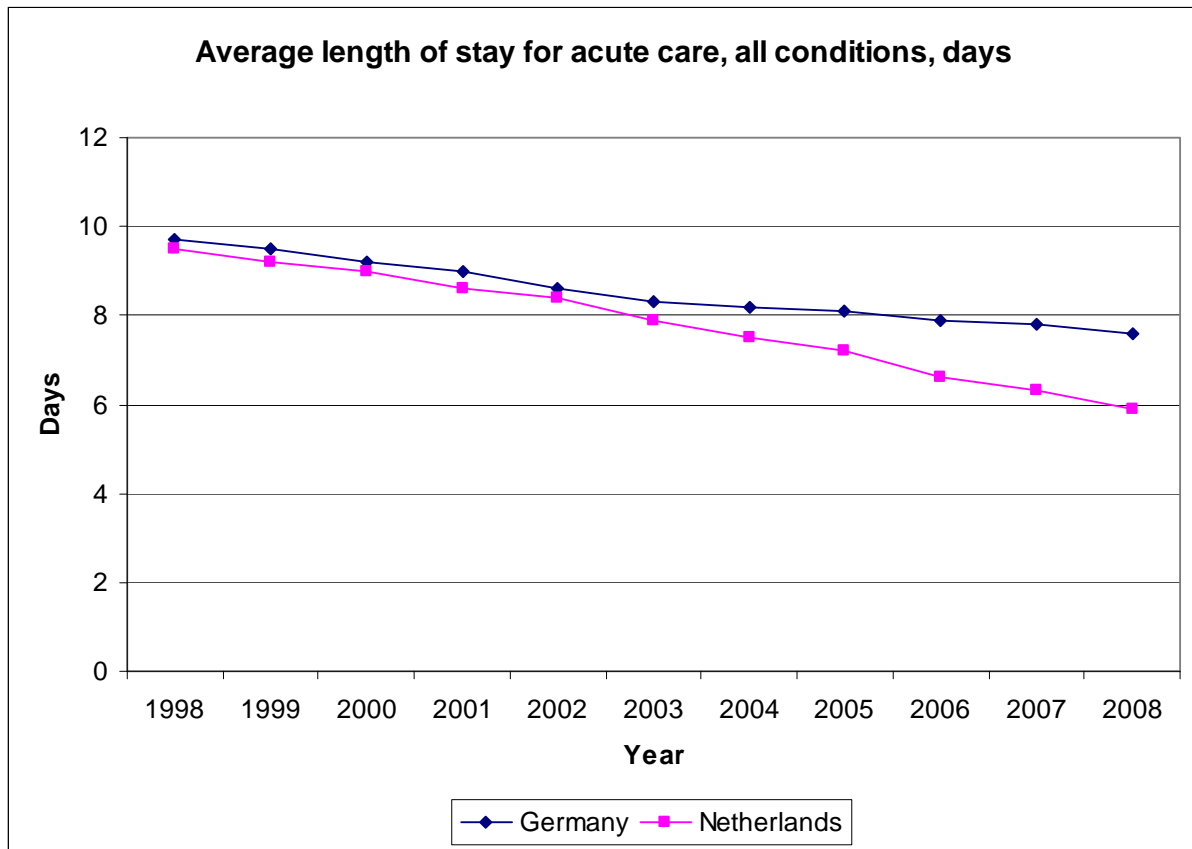
De kosten van de curatieve zorg maken een explosieve groei door in Nederland. De grootste stijging van de kosten vond plaats tussen tweeduizend één en tweeduizend drie, toen het systeem 'boter bij de vis' gold: budgetplafonds werden losgelaten om de wachtlijsten in de zorg weg te werken.

In Duitsland zijn de uitgaven aan zorg nog steeds wel hoger, maar redelijk stabiel.





Opvallend is dat Duitsers ruim dertig procent vaker naar een arts gaan dan Nederlanders, en dat het aantal bedden per duizend inwoners in Duitsland bijna dubbel zo hoog is als in Nederland.



Het grotere aantal bedden is niet alleen te verklaren door een verschil in ligduur: deze is in Duitsland anderhalve dag langer: zeven en een halve dag ten opzichte van zes dagen in Nederland.

De kosten van de curatieve zorg in Duitsland zijn per inwoner vergelijkbaar met die in Nederland. Wel heeft Nederland de afgelopen tien jaar een inhaalslag gemaakt, met name door de invoering van open-einde-financiering voor ziekenhuizen vanaf tweeduizend één. De invoering in Nederland van de open-einde-financiering met minder geld voor ligdagen, heeft ertoe geleid dat Nederlandse patiënten gemiddeld vijftwintig procent korter in het ziekenhuis liggen dan Duitse patiënten. Tien jaar geleden waren beide landen op dit onderdeel vrijwel gelijk.

Vandaag wil ik kort stil staan bij de maatregelen die in Nederland in 2006 zijn ingevoerd met het oog op het realiseren van meer dynamiek in de levering van zorg. Een stelselwijziging die overigens lijkt op een voorstel dat ook al eens gedaan werd door de CDU op hun Leipziger Parteitag 2004.

Vervolgens zal ik kort stil staan bij wat dat betekent voor zowel zorg die binnen het ziekenhuis als zorg die buiten het ziekenhuis geleverd wordt. Het gaat uiteraard om een schets op hoofdlijnen, voor verdergaand inzicht moeten we, net als in uw stelsel, te ver afdalen in technische details die voor vandaag alleen maar het zicht op de hoofdlijn zouden verhinderen.

Allereerst de vraag waarom het eigenlijk nodig was om in 2006 een nieuw stelsel in te voeren. De belangrijkste reden was gelegen in het besef dat het bestaande stelsel, dat in opzet een stelsel was uitgaande van private zorginstellingen, inmiddels was vastgelopen in een verstikkende deken van overheidsregulering. Zo waren alle investeringsbeslissingen van bijvoorbeeld ziekenhuizen vergunningplichtig: bouwen zonder vergunning was verboden, maar daar stond tegenover dat na de vergunningverlening ook elk ondernemersrisico door de overheid werd overgenomen. Alle door artsen te berekenen prijzen werden door de overheid voorgeschreven, waardoor al snel de link tussen tarief en kosten zoek raakte. Het stelsel werd wel gekenmerkt als het laatste restant van het Sowjet Plan systeem.

Al aan het eind van de jaren tachtig kwam een commissie onder leiding van Philips topman Dekker tot de conclusie dat een radicale trendbreuk noodzakelijk was, met als kenmerk meer concurrentie: concurrentie tussen private verzekeraars om de gunst van de cliënt, en concurrentie tussen zorgaanbieders als ziekenhuizen om de gunst van de patiënt en de gunst van de inkopende verzekeraar. Dat het uiteindelijk tot tweeduizend zes geduurd heeft bewijst vooral dat de zorg een politiek gevoelig onderwerp is, en dat elke wijziging een balanceertruc is die vele belangen tegelijk in het oog moet houden.

Nog steeds is het in tweeduizend zes ingevoerde stelsel niet volledig in werking getreden, nog steeds worden de scherpe kantjes eraf gevijld via overgangsmaatregelen.

Toch is er al veel dynamiek in de markt gekomen, en heeft elke Nederlander eenzelfde wettelijke dekking uit een bij een verzekeraar gekochte basispolis, waarbij gekozen kan worden uit verschillende verzekeraars. Jaarlijks maken mensen ook daadwerkelijk gebruik van de mogelijkheid te kiezen voor een andere polis. Veelal laat men zich bij die keuze leiden door de prijs. De volgende tabel laat zien om welke aantallen overstappers het gaat.

Sheet 2: Jaarlijks percentage overstappers bij verzekeraars:

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Resultaat (x 1 miljoen euro)*	523	-163	-62	-90	1.204	***
Overstappers (percentage)**	-	19,0%	4,5%	3,5%	3,5%	5,5%

"In 2010 zijn veel meer mensen van zorgverzekering veranderd dan in voorgaande jaren. Bijna een miljoen mensen stapten over. Vooral internetverzekeringen zijn populair. De kosten daarvoor liggen soms tot tien procent lager. De grootste internetverzekering zag het aantal verzekerden met de helft toenemen en telt nu bijna tweehonderd duizend verzekerden.

Het percentage overstappers tussen alle verzekeraars ligt tussen de vijf en zes procent. Dat is anderhalf keer zoveel als in voorgaande jaren. Directeur van Zorgverzekeraars Nederland Pieter Hasekamp spreekt in de krant van een trendbreuk. "Het is duidelijk dat er dit jaar bewust wordt gekozen." Het grote aantal overstappers is vooral een gevolg van de eerste sterke prijsstijging sinds de invoering van de zorgverzekeringswet. De prijs voor de basisverzekering steeg gemiddeld met tien procent. Eerder werden polissen onder de kostprijs aangeboden om zo klanten te winnen

Tegelijkertijd beginnen verzekeraars zich te onderscheiden als inkopers op de zorgmarkt, waardoor de beschermde positie van bijvoorbeeld ziekenhuizen en de daar gevestigde medisch specialisten onder druk komt te staan. Verzekeraars spelen in dit stelsel een sleutelrol, enerzijds krijgen zij voor ongeveer vijftig procent van de kosten van het basispakket een rechtstreekse financiering uit de staatskas die naar rato van risicokenmerken van het verzekerdenbestand verdeeld wordt over de verzekeraars,

anderzijds moeten zij ongeveer vijftig procent van de kosten dekken uit de premie die de verzekerde rechtstreeks betaalt voor de polis. Doordat zij allemaal werken met een wettelijk geregelde acceptatieplicht kunnen zij geen winst boeken door aan de poort risicoselectie toe te passen, winst moeten zij boeken door zorg efficiënt in te kopen en te organiseren en dat is precies de bedoeling van het stelsel.

Voor de ziekenhuizen geldt dat tegenover het vervallen van vergunningseisen en verplichte tarieven staat dat zij niet meer kunnen rekenen op budgetgaranties door de overheid. Zij zullen zich moeten onderscheiden door hun dienstverlening, en zullen moeten overleven door met de verzekeraars tot een vergelijk te komen over de te produceren volumina en over de prijs.

Zoals gezegd, ook in dit stelsel is de toegang tot de medisch specialist nog steeds niet vrij, ook in de wettelijk geregelde basisverzekering geldt dat zorg door de medisch specialist alleen verzekerd is wanneer die geleverd wordt na doorverwijzing door de huisarts. Dat is een wezenskenmerk van het Nederlandse stelsel, en wordt ook gezien als een rem op een nog snellere groei van medisch specialistische zorg.

Is het nieuwe systeem succesvol?

In zekere zin is het stelsel van tweeduizend zes een kind van zijn tijd. Het was voor de kredietcrisis en het wegwerken van wachtlijsten in de zorg had een hogere prioriteit dan kostenbeheersing.

Met het ontmantelen van de aanbodregulering kwam er snel extra aanbod tot stand, het aantal zelfstandige behandelcentra groeit snel, en veelal werken de nieuwe aanbieders met lagere prijzen dan de bestaande ziekenhuizen.

Sheet 3: Aantal ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Aantal ziekenhuizen	99	98	97	97	95	94
Aantal ZBC's	37	57	68	84	129	116

Dit schema laat zien dat het aantal gewone ziekenhuizen licht gedaald is en een forse groei te zien is van de zelfstandig behandelcentra: van zevenendertig in tweeduizend vijf tot honderd zestien in tweeduizend tien.

Met de nieuwe rolverdeling lijkt er een nieuwe drive te zijn naar efficiency.

Tegelijkertijd neemt het tempo van de kostenstijging nog niet af. Naast een gematigde prijsontwikkeling zien we een snelle groei in het volume van de geproduceerde zorg, waardoor nog steeds sprake is van een snelle stijging van de kosten.

Juist in het huidige tijdperk waarin de financiële grenzen ineens weer prominent op de agenda staan, is het dus zaak die kostenstijging in te perken. Dat kan door prijsverlaging als gevolg van toegenomen efficiency, bijvoorbeeld doordat verzekeraars de zorg opnieuw verkavelen over de tweede en de eerste lijn maar dat zal vooral moeten komen door het drukken van de vraag naar zorg. Dat betekent dat opnieuw beoordeeld zal moeten worden of alles wat nu in het basispakket zit daar ook moet blijven, maar ook of de zorg wel door een duurbetaalde specialist geleverd zal moeten worden. In die zin zal de huisarts als poortwachter in het Nederlandse systeem zeker blijven bestaan.

Nu is de snelle groei van de vraag naar zorg geen uniek Nederlands verschijnsel. Ook in een totaal ander stelsel als het engelse National Health Service zien we jaarlijkse uitgavengroei van circa zeven procent. Recent heeft de Engelse regering besloten deze groei af te vlakken tot een groei van nul procent per jaar.

Ook in Nederland vinden nu gesprekken plaats om de groei in te perken tot twee en een half procent per jaar. Verzekeraars zullen daarin via hun contractering van zorgverleners een sleutelrol moeten spelen. Via de route van die contractering kan ook een nieuwe ronde van concentratie en specialisatie in de ziekenhuiszorg gerealiseerd worden.

In tweeduizend zes is de keuze gemaakt voor een fors overgangsregime. Het resultaat is dat er nu nog steeds in alle sectoren twee bekostigingssystemen tegelijk in de lucht worden gehouden.

Dit levert kritiek op bij de voorstanders van de stelselwijziging, zij vinden dat het allemaal veel te langzaam gaat. Maar bovendien geeft het de tegenstanders van de stelselwijziging ruimte om te beargumenteren dat de stelselwijziging niet werkt.

Als we de implementatie zouden mogen overdoen, dan zou het mijn voorkeur zijn om dit vele malen sneller te realiseren. De bijeffecten van de implementatie duren nu veel te lang.

Een voorbeeld is de ex post verevening voor verzekeraars. Destijds waren er goede redenen om deze ex post verevening in te voeren. Maar nu leidt dit systeem ertoe dat het erg onaantrekkelijk voor de verzekeraars is om te investeren. Dit geldt ook voor het ziekenhuis, waar nog steeds gewerkt wordt met een budgetplafond en voor vrije beroepsbeoefenaars, zoals orthodontisten en apothekers. Wanneer deze zorgverleners een efficiency slag maken, wordt dit vervolgens één op één gekort op de tarieven. Dit is op zijn minst demotiverend en helpt in ieder geval niet mee om het ondernemerschap te stimuleren. Een belangrijke les voor de toekomst.

Een ander punt is ook vandaag onderbelicht gebleven: de rol van de patiënt zelf. Net als bij u in Duitsland is ook in Nederland het onderwerp eigen bijdragen een gevoelig onderwerp. Zo is toegang tot de huisarts nog steeds geheel zonder eigen bijdrage of eigen risico.

Kortom, veel dank dat ik hier enig inzicht heb mogen geven in de Nederlandse gezondheidszorg en de verschillen en overeenkomsten met uw systeem. Laten we van elkaar leren, zodat de gezondheidszorg in zowel Nederland als Duitsland op een goed gebouwd fundament kan blijven rusten.



