

DEFINITIEF

TRANSITIEKOSTEN VAN
STELSELWIJZIGINGEN IN DE ZORG

Drs. René Goudriaan

Dr. Jan-Peter Heida

SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V.
Nieuwe Uitleg 24
2514 BR Den Haag

Den Haag, 23 januari 2015

Contactpersoon: René Goudriaan
E-mail: rene.goudriaan@sirm.nl
Telefoonnummer: 06 55 385 047

0 MANAGEMENTSAMENVATTING

0.1 INLEIDING

Politieke partijen hebben uiteenlopende ideeën over de inrichting van het zorgstelsel. De kosten en het tijdschema van een transitie naar een nieuw zorgstelsel zijn echter niet eenvoudig te bepalen, Literatuur over de transitiekosten van stelselwijzigingen is schaars. Dat bemoeilijkt voor het CPB de doorrekening van voorstellen op het terrein van de zorg in het kader van *Keuzes in Kaart*. Daarom hebben de ministers van Financiën en VWS de technische werkgroep *Zorgkeuzes in Kaart* ingesteld die onder andere stelselwijzigingen in de zorg onderzoekt. Op verzoek van deze werkgroep heeft SiRM een conceptueel kader voor de beoordeling van de transitiekosten van stelselwijzigingen opgesteld.

Analyses van stelselwijziging berusten doorgaans op vergelijking van de situatie in het oude evenwicht met die in het nieuwe evenwicht. De kosten van de transitie van het ene stelsel naar het andere stelsel blijven dan buiten beeld. De transitiekosten kunnen in sommige gevallen zodanig hoog zijn dat zij de baten van een stelselwijziging overtreffen.

Ons conceptueel kader bestaat uit de drie *fases* die in het transitieproces worden onderscheiden, de drie *partijen* op wie de transitiekosten betrekking hebben en de vier *typen transitiekosten* die voortvloeien uit de stelselwijziging.

0.2 DE DRIE FASES IN HET TRANSITIEPROCES

De transitie van het ene naar het andere stelsel bestaat uit verschillende fases, waarvan het begin en het einde niet altijd even scherp zijn te onderscheiden. In het conceptuele kader maken we onderscheid tussen de volgende drie fasen in het transitieproces:

- I. verstoring van het evenwicht;
- II. transitie;
- III. naar een nieuw evenwicht.

Fase I - verstoring van het evenwicht - heeft betrekking op de fase voorafgaande aan de feitelijke transitie. De aankondiging van een stelselwijziging en de daaruit voortvloeiende transitie leidt tot een verstoring van het bestaande evenwicht vanwege onzekerheid en/of anticipatie op de nieuwe situatie (bijvoorbeeld uitstel van investeringen). In fase II - de feitelijke transitie - worden de bestaande instituties afgebouwd of aangepast, en moeten nieuwe instituties worden opgebouwd (bijvoorbeeld de invoering van nieuwe regelgeving en een nieuwe toezichtstructuur). Na de feitelijke transitie heeft het stelsel tijd nodig om

in evenwicht te komen (fase III). Dan moeten partijen hun gedrag aanpassen aan de nieuwe wetten, regels en instituties, en leren werken in de nieuwe situatie. De nieuwe instituties leiden soms tot ongewenst gedrag, zoals geringere inspanningen van zorgaanbieders of zorgverzekeraars/zorginkopers. In fase III is dan bijvoorbeeld de productiviteit tijdelijk lager. De nieuwe toezichtstructuur moet dan nog zijn weg vinden bij de toezichthouders en bij de partijen op wie toezicht gehouden wordt.

0.3 DE DRIE BETROKKEN PARTIJEN BIJ DE TRANSITIE

Gedurende de drie fases van het transitieproces worden kosten gemaakt, die we toerekenen aan drie partijen:

1. de Rijksoverheid;
2. de zorgverzekeraar of inkoper van zorg;
3. de zorgaanbieder.

Het conceptuele kader berust op een keten van principaal-agentrelaties: de Rijksoverheid als agent van de burger, maar ook als de principaal van de zorgverzekeraar/zorginkoper, die weer principaal is van de zorgaanbieders, enzovoort. Kenmerkend voor principaal-agentrelaties is dat de principaal en de agent(en) niet altijd op één lijn zitten qua doelstellingen (*dissensus* in doelstellingen) en evenmin beschikken over dezelfde informatie over het productieproces (*informatieasymmetrie*).

De Rijksoverheid maakt kosten voor nieuwe wet- en regelgeving en het bijbehorende toezicht. Zorgverzekeraars/zorginkopers worden bij stelselwijzigingen geconfronteerd met de kosten van reorganisaties. Bij stelselwijzigingen moeten zorgaanbieders contracten afsluiten met andere zorgverzekeraars/zorginkopers of met meer of minder zorgverzekeraars/zorginkopers. Dit leidt onder meer tot nieuwe investeringen in ICT om de budgetten en de productie te verantwoorden.

0.4 DE VIER TYPEN TRANSITIEKOSTEN

Het transitieproces gaat gepaard met verschillende typen transitiekosten voor de drie betrokken partijen. Niet alle typen kosten zijn in alle drie fases van het transitieproces relevant. De volgende vier typen transitiekosten worden onderscheiden:

1. lopende kosten;
2. waardeoverdracht en -verandering;

3. onzekerheid;
4. gedragseffecten.

De transitiekosten zijn geordend van 'hard' van naar 'zacht: eerst de goed meetbare en concrete kosten en 'vervolgens de minder goed meetbare en minder concrete kosten. Daarnaast is sprake van een ordening van de kosten van de directe effecten van de stelselwijziging (1 en 2) naar de kosten van de reacties op de stelselwijziging (3 en 4).

De lopende kosten hebben betrekking op de kosten van de dagelijkse activiteiten die voortvloeien uit de stelselwijziging; bijvoorbeeld de opstelling van nieuwe wet- en regelgeving en ontwikkeling van nieuwe administratieve systemen. Bij de waardeoverdracht en -verandering gaat het om de kosten als gevolg van onteigening of waardeverandering van de huidige activa.

Stelselwijzigingen gaan gepaard met onzekerheid, die het gedrag van de betrokken veldpartijen beïnvloedt; bijvoorbeeld het aanhouden van extra financiële buffers door verzekeraars/zorginkopers en zorgaanbieders of uitstel van investeringen. De mate van onzekerheid neemt af in iedere volgende fase van het transitieproces. Stelselwijzigingen kunnen leiden tot gedragseffecten bij zorggebruikers, zorgverzekeraars/zorginkopers en zorgaanbieders. In de verschillende fasen van het transitieproces heeft dat kosten tot gevolg. Tot de gedragseffecten rekenen we ook de informatierents: de extra opbrengst die een agent (de verzekeraar/zorginkoper of de zorgaanbieder) ontleent aan de beschikbaarheid van informatie die niet wordt gedeeld met de principaal (de overheid of de zorginkoper). Door de superieure kennis van de kosten is de agent in staat om zijn informatievoordeel te verzilveren; bijvoorbeeld via een te hoge compensatie voor de overdracht van eigendomsrechten.

0.5 TEN SLOTTE

Wij hebben geprobeerd om het ontwikkelde conceptuele kader voldoende algemeen te maken. Daardoor is het naar onze mening toepasbaar op (vrijwel) alle stelselwijzigingen in de zorg. De bruikbaarheid en de volledigheid van het conceptuele kader hebben wij kwalitatief getoetst op drie mogelijke stelselwijzigingen: (1) een overheveling van de intramurale ouderenzorg uit de Wlz naar de Zvw of de Wmo, (2) de overgang van medisch specialisten naar een loondienstverband en (3) zorginkoop in de Zvw door (semi-)publieke regiokantoren in plaats van private zorgverzekeraars. Daaruit blijkt dat het conceptuele kader voldoende algemeen bruikbaar is om de transitiekosten van verschillende stelselwijzigingen in de zorg te analyseren en te beoordelen.

INHOUD

0	Managementsamenvatting.....	2
0.1	Inleiding.....	2
0.2	De drie fasen in het transitieproces.....	2
0.3	De drie betrokken partijen bij de transitie.....	3
0.4	De vier typen transitiekosten.....	3
0.5	Ten slotte.....	4
1	Inleiding.....	7
1.1	Aanleiding.....	7
1.2	Vraagstelling.....	7
1.3	Indeling.....	8
2	Conceptueel kader voor de transitiekosten van stelselwijzigingen in de zorg.....	9
2.1	Inleiding.....	9
2.2	De drie fasen in het transitieproces.....	10
2.2.1	Verstoring van het evenwicht.....	12
2.2.2	Transitie.....	12
2.2.3	Naar een nieuw evenwicht.....	13
2.3	De drie betrokken partijen bij de transitie.....	14
2.4	De vier typen transitiekosten.....	16
2.4.1	Lopende kosten.....	18
2.4.2	Waardeoverdracht en -verandering.....	18
2.4.3	Onzekerheid.....	22
2.4.4	Gedragseffecten.....	23
2.4.5	Referentieniveau voor de transitiekosten.....	23
2.5	Samenvattend overzicht.....	26
3	Toetsing van het conceptuele kader op een aantal stelselwijzigingen.....	27
3.1	Inleiding.....	27
3.2	Ouderenzorg naar ander domein.....	27
3.2.1	Fase I - Verstoring evenwicht.....	28
3.2.2	Fase II – Transitie.....	30
3.2.3	Fase III – Naar een nieuw evenwicht.....	33

3.3	Medisch specialisten in loondienst.....	35
3.3.1	Fase I - Verstoring evenwicht.....	35
3.3.2	Fase II - Transitie	36
3.3.3	Fase III - Naar een nieuw evenwicht	38
3.4	Zorginkoop door publieke regionale zorgkantoren	39
3.4.1	Fase I - Verstoring evenwicht.....	40
3.4.2	Fase II - Transitie	41
3.4.3	Fase III - Naar een nieuw evenwicht	45
4	Discussie	47
A	Bijlage: Statuten zorgverzekeraars.....	49
	Literatuur.....	52

1 INLEIDING

1.1 AANLEIDING

Politieke partijen hebben uiteenlopende ideeën over de inrichting van het zorgstelsel. De kosten en het tijdpad van een transitie naar een nieuw stelsel zijn allesbehalve eenvoudig te bepalen, maar vormen wel een belangrijk onderdeel van de beoordeling van het voorstel tot stelselwijziging. Daarom is het van belang na te denken over eventuele transities en de kosten daarvan naar alternatieve zorgstelsels.

In de evaluatie van *Keuzes in Kaart* (KiK) heeft het CPB geconstateerd dat het wenselijk is om het draagvlak voor de zorganalyses te vergroten. Het CPB heeft de volgende aanbeveling geformuleerd: ‘Verbetering van de analyse van voorstellen op het terrein van de zorg is mogelijk door meer onderzoek, instigatie en deelname aan expertgroepen op dit vlak, alsmede het aanbod om grote innovatieve hervormingen buiten de verkiezingsperiode om te analyseren.’

Tegen deze achtergrond hebben de ministers van VWS en Financiën in mei 2014 jaar de taakopdracht van de technische werkgroep Zorgkeuzes in Kaart aan de Tweede Kamer gestuurd. De technische werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van de ministeries van AZ, VWS, Financiën en EZ, en het CPB. De werkgroep onderzoekt onder andere brede stelselwijzigingen in de zorg en voedt het publieke debat over de ontwikkeling van het zorgstelsel.

De werkgroep heeft met het oog op de doorrekening van de effecten behoefte aan een analysekader voor de kosten van transities. De werkgroep is in het bijzonder geïnteresseerd in de organisatorische kosten van een stelselwijziging. Daarover is uit de literatuur weinig bekend. Het conceptuele kader dient als checklist bij de beoordeling van toekomstige stelselwijzigingen.

1.2 VRAAGSTELLING

De centrale vraag van het onderzoek luidt:

Welke elementen spelen een rol bij de transitie van het ene naar het andere zorgstelsel (of een deel daarvan), welke fases kunnen tijdens de transitie worden onderscheiden en wat zijn de verschillende categorieën transitiekosten?

In het voorliggende rapport stelt SiRM daarvoor een analysekader op. Dat kader wordt kwalitatief getoetst aan de hand van drie mogelijke stelselwijzigingen:

- Intramurale ouderenzorg naar de Wmo of de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- Medische specialisten in loondienst;
- Zorginkoop in de Zvw uitgevoerd door (semi-)publieke regionale zorgkantoren in plaats van private zorgverzekeraars.

1.3 INDELING

Het rapport heeft de volgende indeling. Hoofdstuk 2 behandelt het conceptuele kader voor de analyse van stelselwijzigingen in de zorg. Hoofdstuk 3 bevat een toetsing van het conceptueel kader voor de drie genoemde stelselwijzigingen. Hoofdstuk 4 sluit af met een discussie van de resultaten.

2 CONCEPTUEEL KADER VOOR DE TRANSITIEKOSTEN VAN STELWIJZIGINGEN IN DE ZORG

2.1 INLEIDING

Bij stelselwijzigingen worden de transitiekosten vaak genegeerd of onderschat. Literatuur over de transitiekosten van stelselwijzigingen is schaars [Celsus, 2014] en heeft vooral een kwalitatief karakter.¹ De beperkte aandacht voor de transitiekosten is opvallend, omdat het succes of falen van veel stelselwijzigingen voor een belangrijk deel staat of valt met de omvang van de transitiekosten en de lengte van de transitieperiode. Die beperkte aandacht vloeit vermoedelijk voort uit de complexiteit van het probleem, omdat de transitiekosten veelal padafhankelijk zijn [OECD, 2010]. Daardoor berusten analyses van wijzigingen in stelsels doorgaans op comparatieve statica, waarin de welvaartseffecten van het nieuwe stelsel en het oude stelsel worden vergeleken. De kosten van de transitie van het ene stelsel naar het andere stelsel blijven dan buiten beeld. Deze kosten kunnen soms zodanig hoog zijn dat zij de contante waarde van de baten van de stelselwijziging overtreffen. Bovendien zijn de kosten vaak moeilijk te bepalen; bijvoorbeeld omdat de kosten als gevolg van politieke besluitvorming niet helder zijn [Krutilla, 2010 en Trebilcock, 2014].

In het voorliggende hoofdstuk schetsen we een algemeen kader voor de analyse van de transitiekosten van stelselwijzigingen in de zorg. Ons streven is om het conceptuele kader voldoende *algemeen* te maken, zodat het toepasbaar is op (vrijwel) alle stelselwijzigingen in de zorg. Dat betekent dat sommige onderdelen bij bepaalde stelselwijzigingen niet of minder van belang zijn dan bij andere stelselwijzigingen; zo hoeft er bijvoorbeeld bij sommige stelselwijzigingen geen compensatie voor verlies aan eigendomsrechten plaats te vinden en bij andere wel. Het geschetste conceptuele kader wordt in het volgende hoofdstuk toegepast op drie specifieke stelselwijzigingen in de zorg.

Het conceptuele kader wordt vormgegeven vanuit de drie *fases* die in het transitieproces worden onderscheiden, de drie *partijen* op wie de transitiekosten betrekking hebben en de vier *typen transitiekosten* die voortvloeien uit de stelselwijziging.

Het conceptuele kader is gebaseerd op een positieve analyse van het transitieproces. Dat betekent dat de transitiekosten niet alleen betrekking hebben op de noodzakelijke kosten (zoals nieuwe ICT-systemen om een nieuw stelsel te kunnen uitvoeren), maar op *alle* kosten die de partijen gedurende het transitieproces maken met inbegrip van minder

¹ Dat blijkt ook uit het feit dat deze literatuur vooral afkomstig is uit de domeinen law and economics en transactiekostentheorie.

noodzakelijke kosten die het gevolg zijn van reacties van belanghebbenden op de stelselwijziging (zoals tijdelijk lagere productiviteit vanwege onrust in de organisaties). De niet-monetaire kosten, zoals onzekerheid van burgers over stelselwijzigingen, blijven in de analyse buiten beschouwing.

Het kader berust op een *keten* van *principaal-agentrelaties*. De Rijksoverheid als agent van de burger, maar ook als de principaal van de zorgverzekeraar/ zorginkoper, die weer principaal is van de zorgaanbieders, enzovoort. Kenmerkend voor principaal-agentrelaties is dat de principaal en de agent(en) niet altijd op één lijn zitten qua doelstellingen (*dissensus* in doelstellingen) en evenmin beschikken over dezelfde informatie over het productieproces (*informatieasymmetrie*) [Jensen, 1976 en Arrow, 1985].

2.2 DE DRIE FASEN IN HET TRANSITIEPROCES

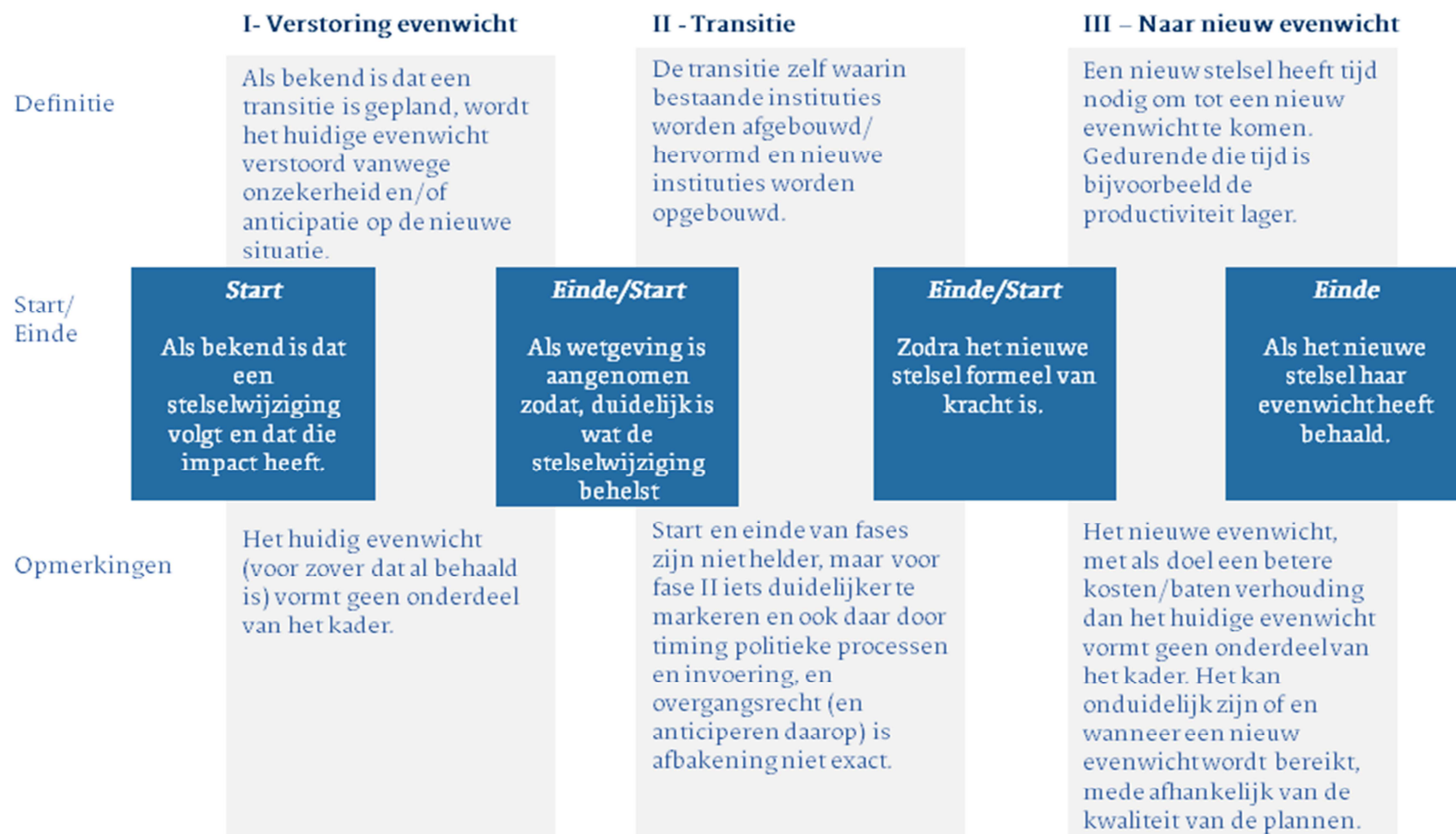
De transitie van het ene naar het andere stelsel bestaat uit verschillende fasen [Krutilla, 2010]. Het betreft het transitiepad van het oorspronkelijke structurele evenwicht in de oude situatie naar een nieuw structureel evenwicht na de stelselwijziging. In hoofdlijnen onderscheiden we de volgende drie fasen in het transitieproces (zie figuur 1):

- I. verstoring van het evenwicht;
- II. transitie;
- III. naar een nieuw evenwicht.

Het evenwicht in het huidige stelsel - voor zover dat al gerealiseerd is - blijft buiten de analyse van de transitiekosten. Het nieuwe evenwicht, met als doel onder meer een betere verhouding tussen baten en kosten, vormt evenmin een onderdeel van de analyse. Het gaat dus steeds om de *route* van het oorspronkelijke evenwicht naar het nieuwe evenwicht na de stelselwijziging en de daarmee gemoeide kosten.

Het begin en het einde van de fases zijn niet altijd even scherp te onderscheiden. Evenmin is het uitgesloten dat het beoogde nieuwe evenwicht nooit wordt bereikt; een voorbeeld is de mislukte poging tot een stelselwijziging in de curatieve zorg in het begin van de jaren negentig (Plan Simons). Deze stelselwijziging werd gedurende de transitiefase afgeblazen vanwege onder meer de koopkrachteeffecten en de uitvoeringsaspecten [Goudriaan, 1994 en TK, 1994]. De kwaliteit van het *ontwerp* van de stelselwijziging is een kritische factor bij het succes of falen van een stelselwijziging. Daarnaast blijkt uit de literatuur dat de lengte van de transitieperiode wordt beïnvloed door de mate waarin de 'slachtoffers' van de stelselwijziging worden gecompenseerd voor de gevolgen hiervan en actief worden betrokken bij het ontwerp van de stelselwijziging [Quinn, 1982 en OECD, 2010].

Figuur 1 Conceptueel kader voor de kosten van stelselwijzigingen: de drie fases in het transitieproces



2.2.1 Verstoring van het evenwicht

De eerste fase - verstoring van het evenwicht - heeft betrekking op de fase voorafgaande aan de feitelijke transitie. De aankondiging van een eventuele stelselwijziging en de daarmee gepaard gaande transitie leidt tot een verstoring van het bestaande evenwicht vanwege onzekerheid en/of anticipatie op de nieuwe situatie. Denk bijvoorbeeld aan uitstel van investeringen door zorgaanbieders of zorgverzekeraars/zorginkopers als een stelselwijziging in discussie is of aan vervroegd of uitgesteld claimgedrag van zorggebruikers als wijzingen in het verzekeringspakket of de eigen betalingen worden aangekondigd ('hamstergedrag'). Verder ontstaat onrust in organisaties als onzeker is of taken blijven bestaan en wordt gelobbyd om het besluitvormingsproces rond de stelselwijziging te beïnvloeden. Veldpartijen kunnen daarbij gebruik maken van hun informatievoorsprong om de kosten van een stelselwijziging te overdrijven en de baten te bagatelliseren.

De start van deze fase is moeilijk te bepalen. Maatschappelijke discussies over onhoudbaarheid van het bestaande systeem en voornemens voor aanpassingen, bijvoorbeeld in een Regeerakkoord, markeren de start van deze fase. Als einde van deze fase kan het aannemen van de wetten waarmee het systeem verandert, worden gekozen. Ook dat is echter vaak niet eenduidig te markeren, aangezien voor een stelselwijziging vaak verscheidene wetten moeten worden aangepast. Hoe dan ook, is, nadat de benodigde wetten en invoeringswetten zijn aangenomen, duidelijk geworden wat de stelselwijziging behelst. Daarmee begint de tweede fase: de transitie.

2.2.2 Transitie

Gedurende de tweede fase - de feitelijke transitie - worden de bestaande instituties afgebouwd of aangepast en moeten nieuwe instituties worden opgebouwd. Voorbeelden zijn de invoering van nieuwe regelgeving inclusief het overgangsrecht, een nieuwe toezichtstructuur en een nieuwe bekostigingssystematiek.

Het einde van deze fase vindt plaats op het moment dat de wijzigingen ingaan. Deze fase speelt zich dus af terwijl de oude inrichting van het stelsel nog werkt, maar al wel bekend is hoe de nieuwe inrichting er uit gaat zien. Partijen moeten leren hoe het nieuwe stelsel gaat werken.

Stelselwijzigingen kunnen leiden tot gedragseffecten; bijvoorbeeld omdat zorgaanbieders reageren op veranderingen in de bekostiging door een aanpassing van hun declaratiegedrag, zoals bij de invoering van DBC's in 2005 en de nieuwe huisartsenbekostiging in 2006. Tijdens deze transitiefase vinden er ook onder meer

aanpassingen van de ICT-systemen plaats, moet er personeel afvloeien of worden aangenomen, moeten bestaande contracten worden ontbonden en nieuwe contracten worden afgesloten, enzovoort.

2.2.3 Naar een nieuw evenwicht

Na de feitelijke transitie heeft het stelsel tijd nodig om in evenwicht te komen. Dit is de derde fase van de transitie. Partijen moeten hun gedrag aanpassen aan de nieuwe wetten, regels en instituties, en daarnaast leren werken in de nieuwe situatie (leereffecten). Soms kunnen de nieuwe instituties leiden tot ongewenst gedrag in de vorm van geringere inspanningen van de zorgaanbieders of de zorgverzekeraars/zorginkopers. Gedurende deze fase is dan bijvoorbeeld de productiviteit tijdelijk lager. De nieuwe toezichtstructuur moet dan nog zijn weg vinden; zowel bij de toezichthouders als bij de partijen op wie toezicht gehouden wordt. In deze fase kunnen zorgaanbieders of zorgverzekeraars de kaders ook te nauw interpreteren om daarmee de juridische risico's voor compliance te managen. Dat kan juist ten koste gaan van gewenst ondernemerschap. Ook moeten de nieuwe prikkels in de bekostiging nog door de betrokkenen worden onderkend en voor zover ze ongewenst zijn, worden weggenomen. Gebouwen kunnen tijdelijk leeg staan en een deel van het gewezen personeel is mogelijk tijdelijk werkloos.

Ten slotte moet de informatiestroom waarop nieuwe toezichthouders hun beslissingen dienen te baseren nog op gang komen. Daardoor bestaan voor zorgaanbieders of zorgverzekeraars/zorginkopers in deze fase mogelijkheden om hun informatievoordelen te verzilveren (informatierents, zie paragraaf 2.4.4).

Het verloop van de kosten in deze de fase bestaat grofweg uit twee gedeelten:

- De extra kosten die in deze fase gemaakt worden, omdat de stelselwijziging ook na de transitiefase nog tijdelijk kosten met zich meebrengt.
- De daling van de kosten aan het einde van de transitiefase naar het evenwicht in het nieuwe stelsel; dus de mate waarin de kosten nog tijdelijk hoger zijn dan de te verwachten kosten in het nieuwe evenwicht.² Vanaf het moment dat de kosten lager zijn dan in het oude evenwicht, levert het nieuwe stelsel een voordeel op. Dit moment is echter zeer moeilijk te bepalen.

Het einde van deze fase is niet eenduidig te markeren. Het hangt mede af van de 'kwaliteit' van het ontwerp van het nieuwe stelsel of er überhaupt een nieuw evenwicht wordt

² Denk bijvoorbeeld aan de eerste jaren na invoering van de Zvw. Toen richtte de aandacht van de zorgverzekeraars zich in eerste instantie vooral op de interne kwesties (verwerken van fusies e.d.), voordat zorgverzekeraars steeds meer aandacht aan de zorginkoop gingen besteden.

bereikt. Zo kan het jaren duren voordat juridische procedures als gevolg van conflicterende uitleg van nieuwe wet- en regelgeving zijn afgerond of voordat de veldpartijen hun nieuwe rollen adequaat hebben opgepakt.

2.3 DE DRIE BETROKKEN PARTIJEN BIJ DE TRANSITIE

Gedurende de drie fases van het transitieproces worden in de keten van principaal-agentrelaties kosten gemaakt. Deze transitiekosten rekenen we toe aan drie partijen (figuur 2):

1. de Rijksoverheid;
2. de verzekeraar of inkoper van zorg;
3. de zorgaanbieder.

Kenmerkend voor ons conceptuele kader is een keten van principaal-agentrelaties: tussen de maatschappij en de Rijksoverheid, tussen de Rijksoverheid en de zorgverzekeraars/zorginkopers en tussen de zorgverzekeraars/zorginkopers en de zorgaanbieders.

De Rijksoverheid maakt kosten voor nieuwe wet- en regelgeving en het bijbehorende toezicht. Het betreft primair de kosten van (extra) ambtelijke inspanningen en de eventuele inhuur van externe adviseurs. Bij elke stelselwijziging is immers een aanpassing van de wet- en regelgeving nodig. Daarnaast vergt een stelselwijziging doorgaans ook een aanpassing van de bekostigingssystematiek en de structuur van het toezicht.

Zorgverzekeraars/zorginkopers worden bij stelselwijzigingen geconfronteerd met de kosten van reorganisaties. Dat geldt bijvoorbeeld wanneer de uitvoering van de Zvw niet langer door private verzekeraars geschiedt maar door publieke ZBO's of wanneer bepaalde delen van de langdurige zorg niet langer worden uitgevoerd door de zorgkantoren, maar door de gemeenten. Dan moeten onder meer nieuwe ICT-systemen worden ontwikkeld en bestaande ICT-systemen worden ontvlochten, en moet daarnaast personeel afvloeien of omgeschoold worden.

Bij stelselwijzigingen moeten zorgaanbieders contracten afsluiten met andere zorgverzekeraars/zorginkopers of met meer/minder zorgverzekeraars/zorginkopers. Dit leidt onder meer tot nieuwe investeringen in ICT om de budgetten en de productie te verantwoorden.

Figuur 2 Conceptueel kader voor de kosten van stelselwijzigingen: de drie partijen aan wie kosten worden toegerekend

Organisaties	<p><i>Maatschappij</i></p> <p><i>Niet-monetaire effecten gedurende de transitie, zoals kosten van (gepercipieerde) onzekerheid.</i></p> <p><i>Deze kosten worden alleen als PM-post meegenomen in het kader.</i></p>	<p>Rijksoverheid</p> <p>Kosten die de rijksoverheid moet maken, zoals het wetgevingsproces, advieskosten, kosten voor toezicht en voorlichting over nieuwe stelsel.</p>	<p>Zorg verzekeren/inkopen</p> <p>Kosten die zorgverzekeraars/gemeenten moeten maken, zoals aanpassing van ICT-systeem, inrichting inkoop van zorg en reorganisaties.</p>	<p>Zorg leveren</p> <p>Kosten die zorgaanbieders moeten maken; bijvoorbeeld met meer/minder zorgverzekeraars contracteren, en investeren in ICT-systemen voor verantwoording budget/productie.</p>
Mensen		<p><i>Burger</i></p> <p><i>Kosten die de burger in het nieuwe stelsel maakt, kosten die waarschijnlijk de eerste keer meer inspanning vergen, zoals begrip wat wel/niet in pakket zit.</i></p>	<p><i>Verzekerde</i></p> <p><i>Kosten die de polishouder moet maken, zijn de eerste keer wellicht hoger zoals polissen kiezen.</i></p>	<p><i>Zorggebruiker</i></p> <p><i>Kosten die de zorggebruiker moet maken; bijvoorbeeld eigen betalingen of reiskosten.</i></p>

Naast deze drie partijen onderscheidt de figuur (gecursiveerd) nog een vierde partij die wordt geconfronteerd met de transitiekosten van een stelselwijziging: de maatschappij. Bij deze partij slaan niet-monetaire effecten neer die te maken hebben met gepercipieerde onzekerheden ten gevolge van een stelselwijziging in de samenleving. Deze kosten vormen een pro-memoriepост in onze analyse, waaraan we verder geen aandacht meer schenken.

Naast de actoren overheid, zorgverzekeraar/zorginkoper en zorgaanbieder staan steeds mensen in hun verschillende rollen (cursief). Het betreft mensen in hun rol van burger (tegenover de Rijksoverheid), verzekerde (tegenover de zorgverzekeraar/zorginkoper) en zorggebruiker (tegenover de zorgaanbieder). De (extra) kosten die mensen in deze drie rollen door de stelselwijziging maken, blijven in de analyse verder buiten beschouwing. Deze zijn hier alleen voor de volledigheid genoemd, omdat het niet-monetaire kosten betreft dan wel kosten die al zijn geboekt bij de andere drie onderscheiden partijen.

2.4 DE VIER TYPEN TRANSITIEKOSTEN

De drie fasen van het transitieproces gaan gepaard met verschillende typen transitiekosten voor de drie betrokken partijen. Niet alle typen kosten zijn in alle fasen van het transitieproces relevant. Dat is mede afhankelijk van de aard van de stelselwijziging. In het conceptuele kader onderscheiden we in de drie transitiefases de volgende vier typen transitiekosten:

1. lopende kosten;
2. waardeoverdracht en -verandering;
3. onzekerheid;
4. gedragseffecten.

Deze vier typen kosten zullen we hierna kort toelichten (zie figuur 3). De transitiekosten zijn geordend van 'hard' van naar 'zacht': eerst de goed meetbare en concrete kosten en ten slotte de minder goed meetbare en minder concrete kosten. Daarnaast is sprake van een ordening van de kosten van de directe effecten van de stelselwijziging (1 en 2) naar de kosten van de reacties op de stelselwijziging (3 en 4). Dat betekent dat de afbakening tussen de laatste twee typen transitiekosten niet altijd even scherp is, omdat ze in alle gevallen het gevolg zijn van het gedrag van de betrokken partijen.

Figuur 3 Conceptueel kader voor de kosten van stelselwijzigingen: vier typen transitiekosten

Lopende kosten	Kosten die gepaard gaan met de dagelijkse gang van zaken, zoals opstellen nieuwe wet- en regelgeving, houden van toezicht, communicatie over polissen, aanpassing administratieve systemen.	Uitgaven aan organisatie, reorganisatiekosten
Waardeoverdracht en -verandering	Kosten van onteigening voor bijvoorbeeld het afkopen van goodwill, bedrijfswaarde of contracten en van versnelde afschrijvingen omdat bepaalde activa niet meer nodig zijn.	Uitgaven afkopen i.v.m. onteigening, boek-/marktwaarde, afschrijvingen
Onzekerheid	Kosten die voortkomen uit het rekeninghouden met onzekere situatie, zoals het (tijdelijk) aanleggen van extra kapitaalbuffers en uitstellen van investeringen vanwege onzekerheid.	Kapitaallasten voor buffers, impact uitstel investeringen en lage productiviteit
Gedragseffecten	Kosten die het gevolg zijn van gedragseffecten/ gaming bij zorggebruikers (bijv. claimgedrag), zorgaanbieders (bijv. tegenkracht aan zorginkoop, versnellen/vertragen investeringen) en informatierents doordat sommige partijen (tijdelijk) een sterke informatiepositie weten te benutten (informatieasymmetrie).	Schatting van verschuiving en/of extra gebruik en extra kosten voor overheid door te hoge compensatie (maar opbrengsten voor andere partij).

2.4.1 Lopende kosten

De lopende kosten hebben betrekking op de kosten van de dagelijkse activiteiten die voortvloeien uit de stelselwijziging. Bij de Rijksoverheid gaat het onder meer om de opstelling van nieuwe wet- en regelgeving, de invoering van een nieuwe structuur voor het toezicht, een nieuwe bekostigingssystematiek en voorlichting aan de burgers die te maken krijgen met de stelselwijziging. Bij de zorgverzekeraars/zorginkopers betreft het bijvoorbeeld de ontwikkeling van nieuwe administratieve systemen voor de uitvoering, de verantwoording en de communicatie over het verzekerde pakket, het sluiten van nieuwe contracten met zorgaanbieders en de reorganisatiekosten. Bij de zorgaanbieders hebben de lopende kosten onder andere betrekking op nieuwe administratieve systemen, nieuwe contracten met zorgverzekeraars/zorginkopers en eventuele reorganisatiekosten.

De aanpassing van de structuur van het toezicht hangt af van de aard van de stelselwijziging. Als het stelsel meer in het publieke domein komt, kan het toezicht in beginsel verminderen, omdat dan sprake is van 'interne productie' binnen de publieke sector. Dan bestaat minder dissensus in doelstellingen en minder informatieasymmetrie tussen overheid en de uitvoerende publieke organisaties dan bij uitvoering door private organisaties (minder principaal-agentproblemen en dus lagere transactiekosten). Daar staat in dat geval echter tegenover dat de verminderde concurrentie of de afwezigheid daarvan doorgaans tot hogere productiekosten leidt en daarmee juist om meer toezicht vraagt; bijvoorbeeld benchmarking om concurrentie te simuleren.

Voor een stelselwijziging in de andere richting - van publiek naar privaat - geldt juist het omgekeerde. Dan is enerzijds meer toezicht nodig vanwege de principaal-agentproblemen, maar anderzijds zorgt de toegenomen concurrentie voor lagere productiekosten; dit laatste vermindert de noodzaak tot toezicht. De kosten van toezicht door de overheid gaan gepaard met kosten voor compliance bij de zorgaanbieders of zorgverzekeraars/zorginkopers.

De lopende kosten kunnen eenmalig of jaarlijks terugkerende kosten zijn. Kosten voor afvloeiingsregelingen zijn bijvoorbeeld eenmalig, terwijl kosten voor extra inzet van personeel en middelen om in het nieuwe stelsel te leren werken ieder jaar in een fase worden gemaakt.

2.4.2 Waardeoverdracht en -verandering

Deze kostenpost heeft betrekking op de kosten als gevolg van onteigening of waardeverandering van de huidige activa. Ten eerste betreft deze post een compensatie voor de overdracht van eigendomsrechten op een toekomstige inkomensstroom en de

afkoop van bestaande contracten. Ten tweede omvat de post de kosten van versnelde afschrijvingen, omdat bepaalde activa na de stelselwijziging niet langer meer nodig zijn. Het gaat voornamelijk om eenmalige kosten.

Als een stelselwijziging leidt tot een verandering in de eigendomsrechten, vindt veelal een compensatie voor de onteigening plaats; bijvoorbeeld afkoop van goodwill als medisch specialisten verplicht in loondienst treden of een eventuele compensatie voor zorgverzekeraars als deze niet langer de Zvw mogen uitvoeren. Dergelijke compensaties spelen in de praktijk vooral een rol bij stelselwijzigingen van privaat naar publiek. Bij een stelselwijziging van publiek naar privaat zijn dergelijke compensaties minder vaak aan de orde.

Om de kosten van compensatie te bepalen, moeten vier vragen worden beantwoord (figuur 4):

1. Is de onderneming een private onderneming of een publiekrechtelijke instelling?
2. Heeft een private onderneming recht op compensatie als diens markt wordt ontnomen?
3. Wat is de waarde van de private onderneming?
4. Wat wordt gedaan met de compensatie?

1. Is de onderneming een private onderneming of een publiekrechtelijke instelling?

Private ondernemingen moeten mogelijk worden gecompenseerd als hun markt wegvalt of sterk wordt aangepast. Als de partijen die geraakt worden door de stelselwijziging kunnen worden aangemerkt als een publiekrechtelijke instelling, is compensatie door de overheid niet nodig. De middelen kunnen dan worden ingezet in het nieuwe stelsel. Deze vraag is niet altijd eenduidig te beantwoorden en kan aanleiding zijn tot langdurige juridische trajecten. Of een onderneming als publiekrechtelijke instelling wordt aangemerkt, hangt onder meer af van de mate waarin de overheid financiert, de bedrijvigheid bepaalt en toezicht houdt.

2. Heeft een private onderneming recht op compensatie als de overheid de bedrijvigheid onmogelijk maakt?

Als blijkt dat de geraakte partijen private ondernemingen zijn, moet worden bepaald of die ondernemingen recht hebben op een vergoeding vanwege onteigening. Hiervoor gelden twee scenario's:

- *Geen compensatie.* Ook verregaande aanpassingen van de markt waarop een partij actief is, behoren tot het ondernemersrisico; ook als dat het gevolg is van overheidsingrijpen. Meestal worden ondernemingen daarvoor niet gecompenseerd. Denk bijvoorbeeld aan het liberaliseren van de markten voor notarissen en taxi's, en

voor netwerksectoren zoals post, telecom, elektriciteit en gas. Mogelijk geldt dit ook voor de meest drastische aanpassing: het onmogelijk maken van die markt. Ook de woningcorporaties worden niet gecompenseerd voor veranderingen in de wet- en regelgeving. Het betreft weliswaar private ondernemingen, maar hun startvermogen en opgebouwde vermogen uit volkshuisvestelijke taken, hoort tot het zogenaamde maatschappelijk vermogen. Een woningcorporatie die uit het stelsel van toegelaten instellingen wil stappen, mag het maatschappelijk gebonden kapitaal niet meenemen. Een eventueel batig saldo valt toe aan het Centraal Fonds Volkshuisvesting (CFV) en niet aan de Staat. Het vermogen blijft op deze wijze altijd binnen de volkshuisvesting [Enquêtecommissie, 2014].

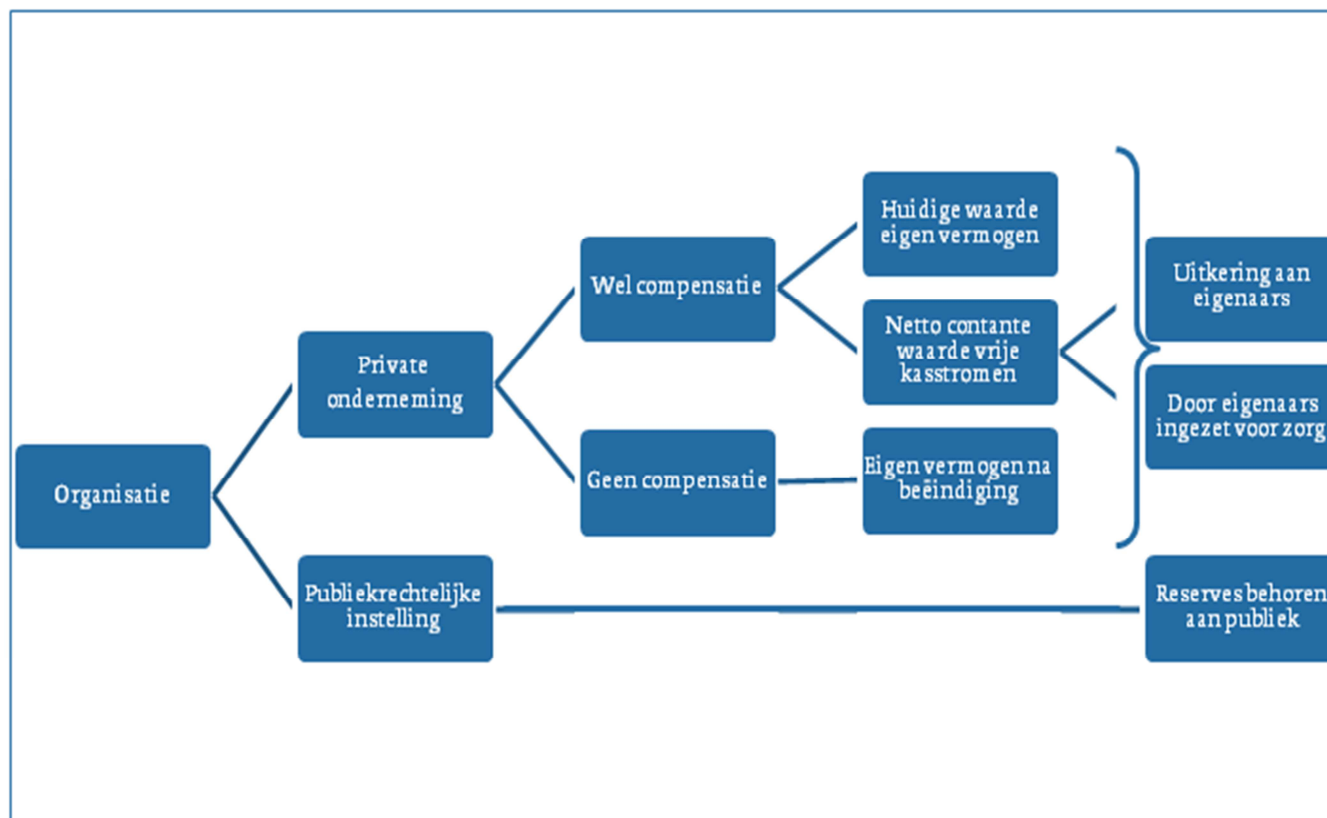
- *Wel compensatie.* De rechtbank Den Haag heeft het verbod op pelsdierfokkerij buiten werking gesteld, omdat er niet is voorzien in een adequate compensatie voor de pelsdierfokkers [Rechtbank Den Haag, 2014]. Zij zouden per 2024 hun bedrijvigheid moeten beëindigen en mogen tot die tijd hun bedrijf niet uitbreiden of overdragen. De minister van Economische Zaken heeft beroep aangetekend en gaat er van uit dat de bedrijven door de lange overgangperiode voldoende tijd hebben om hun investeringen terug te verdienen [TK, 2014]. Mogelijk moet bij (snelle) invoering van een stelselwijziging in de zorg dus wel een compensatie aan zorgaanbieders of zorgverzekeraars worden gegeven.

3. *Wat is de waarde van de te compenseren onderneming?*

Stel dat private ondernemingen inderdaad recht hebben op compensatie. Wat is dan de waarde van de onderneming die gecompenseerd moet worden? We bepalen hiervoor een onder- en bovengrens:

- *Bovengrens:* De waarde van een bedrijf wordt doorgaans bepaald op basis van de netto contante waarde van de verwachte toekomstige vrije kasstromen [Koller, 2010]. Als schatting voor de vrije kasstroom wordt de omzet plus afschrijvingen minus investeringen genomen. Deze kasstroom wordt gedisconteerd met de gewogen gemiddelde vermogenskostenvoet (WACC voor weighted average cost of capital. [ACM, 2013]). De WACC is niet gelijk aan de disconteringsvoet in een Maatschappelijke Kosten Baten Afweging [RIVM, 2014]. Het gaat hier immers in dit geval om de kosten van het financieren van een bedrijf. De waarde kan worden berekend voor enkele scenario's waarin bijvoorbeeld de verwachte groei en/of winstmarges worden aangepast.

Figuur 4 Vier vragen over compensatie en besteding van middelen



Middelen niet meer ingezet voor zorg.

Middelen worden ingezet voor zorg. Leden van coöperatie/onderlinge beslissen o.b.v. statuten.

Middelen vallen toe aan de overheid die beslist wat er mee te doen.

- *Ondergrens:* De ondergrens van de hiervoor bepaalde waarde van een bedrijf ligt mogelijk onder de liquidatiewaarde. Als ruwe schatting voor de liquidatiewaarde kan het eigen vermogen van de te compenseren onderneming genomen worden. Dat nemen we dan als ondergrens van de waarde. Daarbij wordt er van uit gegaan dat extra kosten om de resterende verplichtingen af te wikkelen, wel worden gecompenseerd (deze worden geboekt onder de lopende kosten). Zodoende blijft het eigen vermogen over bij beëindiging van de bedrijvigheid. Als een private onderneming niet hoeft te worden gecompenseerd kan er minder vermogen overblijven, omdat de afwikkeling van de bestaande verplichtingen mogelijk gedeeltelijk ten laste gaat van het eigen vermogen.

4. *Wat wordt gedaan met de compensatie?*

Indien een door de stelselwijziging geraakte partij inderdaad een private onderneming is die wordt gecompenseerd, krijgen de eigenaren de beschikking over geld. Het is afhankelijk van de statuten van hun organisatie wat ze met dat geld kunnen doen. Mogelijk wordt het uitgekeerd aan de aandeelhouders of besteed aan een door de leden van een coöperatie vastgesteld doel, of een in de statuten van een stichting vastgelegd doel. Een deel van die doelen zijn mogelijk onderdeel van de zorg. Als dat zorg betreft die onder de Zvw is gedekt, hoeft dat deel van de compensatie niet meegerekend te worden bij de kosten van de stelselwijziging.

2.4.3 Onzekerheid

De voorgaande twee typen transitiekosten zijn het directe gevolg van de stelselwijziging. De andere twee typen transitiekosten zijn vooral kosten die gemoeid zijn met de reacties op de stelselwijziging van de betrokken partijen. Daarbij speelt het gedrag van de betrokken partijen een belangrijke rol.

Stelselwijzigingen gaan in de regel gepaard met onzekerheid, zowel over het verloop van het politieke proces als over de toekomst. Die onzekerheden beïnvloeden het gedrag van de betrokken veldpartijen. Ze nopen bijvoorbeeld tot het aanhouden van extra financiële buffers door verzekeraars/zorginkopers en zorgaanbieders. Voorts bestaat het risico dat noodzakelijke investeringen wegens de onzekerheden worden uitgesteld. De mate van onzekerheid neemt af in iedere volgende fase.

1. *Uitstel van noodzakelijke investeringen*

Het uitstel van noodzakelijke investeringen kan leiden tot efficiëntieverliezen in de nabije toekomst. Ook kunnen verzekeraars of zorgaanbieders met het oog op de onzekerheid alvast overgaan tot ontslag van personeel.

2. *Aanhouden extra financiële buffers*

Organisaties houden vanwege onzekerheid extra financiële buffers aan. Met het aanhouden van extra financiële buffers zijn kosten gemoeid. Immers, het rendement op de buffers is laag omdat

de buffers liquide of zeer snel liquide te maken moet zijn, terwijl het is aangetrokken als risicodragend kapitaal. De kosten van het kapitaal schatten we op basis van het verschil tussen de kosten van eigen vermogen en van de risicovrije rente.

De kosten als gevolg van onzekerheid zijn meestal jaarlijks terugkerende kosten.

2.4.4 Gedragseffecten

Stelselwijzingen hebben gedragseffecten tot gevolg in de verschillende fasen van het transitieproces, zowel gewenste als minder gewenste effecten. Deze gedragseffecten treden op bij zorggebruikers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars/zorginkopers en hebben kosten tot gevolg in de verschillende fasen van het transitieproces. Op (dreigende) aanpassingen van eigen betalingen of veranderingen in het verzekerde pakket reageren zorggebruikers bijvoorbeeld met uitgesteld of vervroegd claimgedrag ('hamsteren'). Zorgaanbieders kunnen op een (dreigende) verandering in het verzekeringsstelsel van privaat naar publiek reageren door meer tegenkracht te ontwikkelen bij de zorginkoop, terwijl zorgverzekeraars hun inspanningen op het gebied van de zorginkoop mogelijk verminderen. Eventueel kunnen beide partijen ook de timing van hun investeringen aanpassen als zij daar voordeel in zien. Zorgaanbieders reageren daarnaast op veranderingen in de bekostiging door een aanpassing van hun declaratiegedrag, zoals bij de invoering van DBC's in 2005 en de nieuwe huisartsenbekostiging in 2006.

Informatierents rekenen we eveneens tot gedragseffecten. Daaronder verstaan we de extra opbrengsten die een agent (de verzekeraar/zorginkoper of de zorgaanbieder) ontleent aan de beschikbaarheid van informatie die niet wordt gedeeld met de principaal (de overheid of de zorginkoper). De agent heeft doorgaans betere informatie over zijn kosten en opbrengsten dan de principaal. Door bijvoorbeeld te doen alsof hij hoge kosten heeft of door aanhouden van slack in de organisatie, kan de agent ervoor zorgen dat de principaal een hogere vergoeding betaalt dan wanneer deze zou weten wat de werkelijke efficiënte kosten zouden zijn. Door de superieure kennis van de kosten is de agent in staat om zijn informatievoordeel te verzilveren. Bij een stelselwijziging betekent dit dat de kans groot is dat de overheid de compensatie voor de overdracht van eigendomsrechten te hoog vaststelt en dat er tijdelijk te hoge prijzen worden betaald.

De kosten vanwege gedragseffecten komen jaarlijks terug gedurende de periode dat de gedragseffecten impact hebben.

2.4.5 Referentieniveau voor de transitiekosten

De transitiekosten moeten worden vergeleken met een referentieniveau. Vooral in fase III (naar nieuw evenwicht) is dat lastig te bepalen. In fase I en II (verstoring van het evenwicht en transitie)

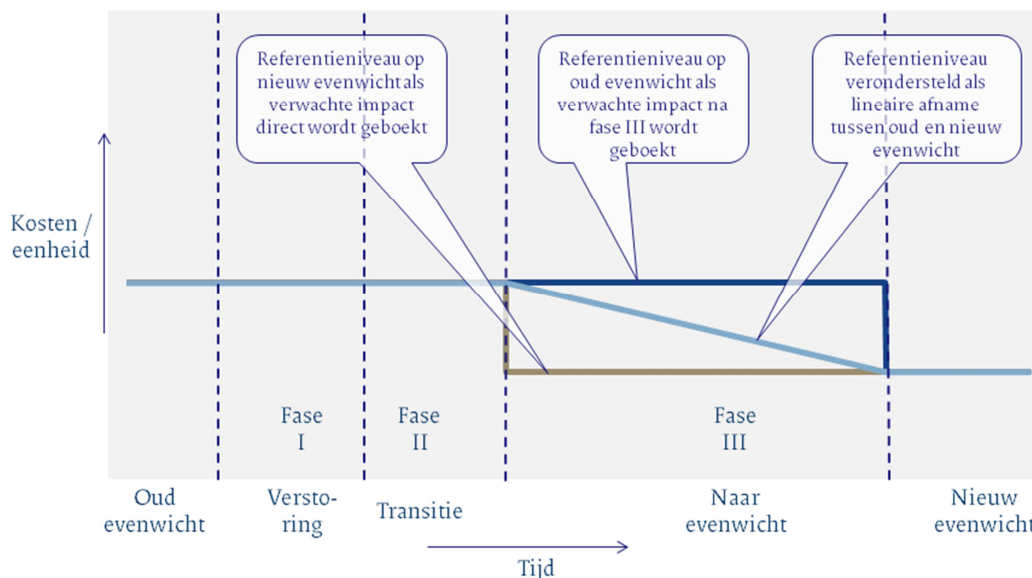
is het referentieniveau het oude kostenniveau, eventueel gecorrigeerd voor langjarige trendmatige groei. Die groei is samengesteld uit de ontwikkeling van de vraag naar zorg en de productiviteitsverandering.

Gemakshalve nemen we hier aan dat een stelselwijziging in de evenwichtssituatie leidt tot lagere kosten per eenheid product of tot lagere kosten in totaal (inputoriëntatie), omdat de transitiekosten in ons onderzoek centraal staan. Een stelselwijziging kan ook resulteren in een hogere productie of meer kwaliteit per ingezette euro dan wel tot een hogere productie of meer kwaliteit in totaal (outputoriëntatie). Dit is zonder problemen in het conceptuele kader in te passen.

De referentiekosten in fase III hangen af van hoe de impact van de stelselwijziging wordt geboekt (figuur 5).

1. Worden de lagere kosten direct geboekt, dan is het referentieniveau van de kosten gelijk aan die in het nieuwe evenwicht. Alle transitiekosten komen daar bovenop en moeten dan worden meegerekend.
2. Worden de lagere kosten pas geboekt aan het einde van fase III, dan is het referentieniveau van de kosten gelijk aan die in het oude evenwicht.
3. Als wordt uitgegaan van een (lineaire of procentuele) afname van de kosten tussen de twee evenwichten, kan dat niveau dienen als referentieniveau.

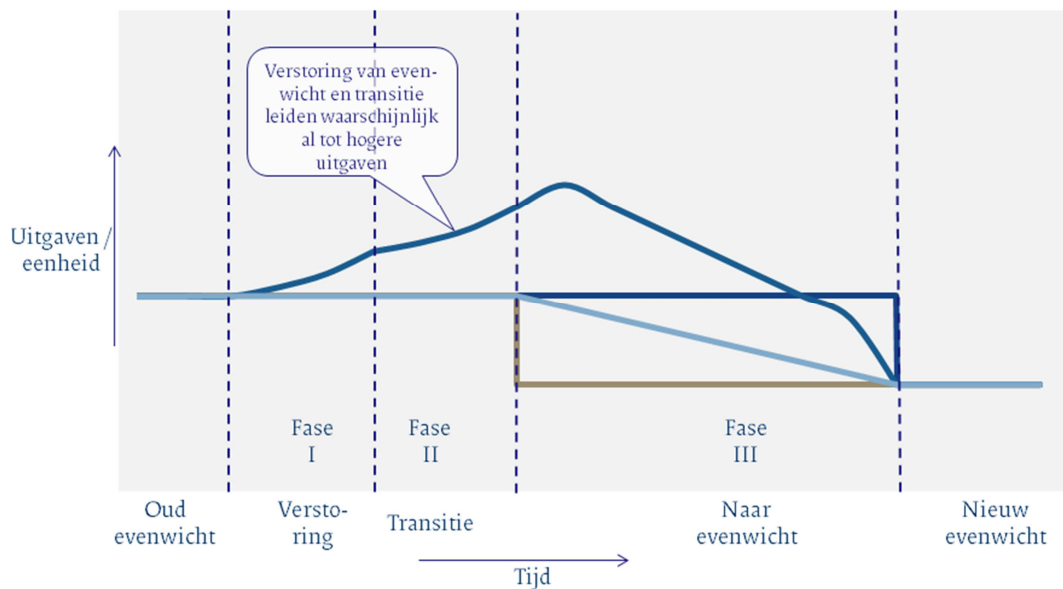
Figuur 5 Schematische voorstelling van het verloop van de kosten per eenheid gedurende een stelselwijziging



In de laatste twee varianten wordt een deel van de transitiekosten betaald uit de daling van de kosten naar het nieuwe evenwicht. Als de stelselwijziging snel genoeg tot lagere kosten leidt, kunnen de transitiekosten uit fase III daar gedeeltelijk uit betaald worden. Overigens zijn beide referentieniveaus moeilijk vast te stellen.

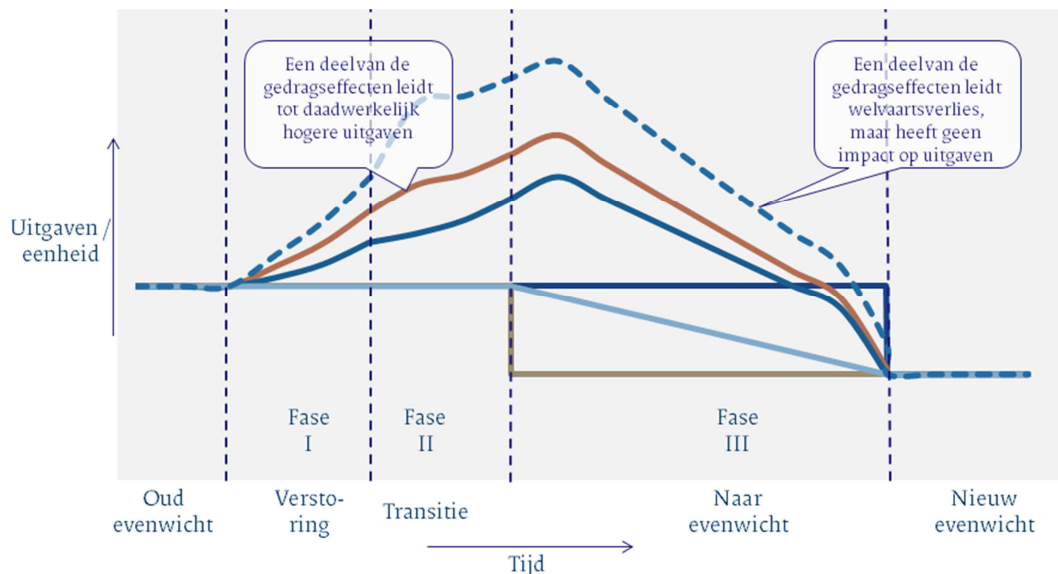
Niet alle kosten kunnen uit de daling van het referentieniveau betaald worden. In fase I (verstoring evenwicht) en fase II (transitie) liggen de kosten nog op het oude evenwichtsniveau terwijl er wel al kosten voor de stelselwijziging worden gemaakt (figuur 6). Die kosten bestaan uit concrete uitgaven die in principe achteraf kunnen worden gemeten en vooraf kunnen worden geschat, zoals de lopende kosten, de waardeoverdracht en -verandering, en de kosten voor het tijdelijk aanhouden van extra kapitaalbuffers.

Figuur 6 Schematische voorstelling van het verloop van de kosten per eenheid gedurende een stelselwijziging rekening houdend met de kosten voor de stelselwijziging



Daarnaast treden er nog gedragseffecten op (figuur 7). Die zijn moeilijk te meten en schatten. De gedragseffecten vallen uiteen in extra kosten en welvaartsverlies. We nemen aan dat de gedragseffecten leiden tot een lagere productiviteit. Bij een gelijk budget leidt dat in eerste instantie tot een lagere productie. Hoogstwaarschijnlijk wordt een deel daarvan gecompenseerd door meer geld vrij te maken voor de zorg. Het resterende deel leidt tot welvaartsverlies, althans, voor zover het werkelijke vraag naar zorg betreft en die vraag niet het gevolg is van bijvoorbeeld aanbodgeïnduceerde zorgvraag.

Figuur 7 Schematische voorstelling van het verloop van de kosten per eenheid gedurende een stelselwijziging rekening houdend met de kosten voor de stelselwijziging en de gedragseffecten



2.5 SAMENVATTEND OVERZICHT

In het conceptuele kader voor de kosten van stelselwijziging hebben we drie fasen onderscheiden: de verstoring van het evenwicht, de transitie en het pad naar een nieuw evenwicht. Voor *elk* van de drie transitiefasen maken we gebruik van het volgende schema waarmee de vier typen kosten systematisch in kaart worden gebracht voor de drie betrokken partijen bij de stelselwijziging (figuur 8).

Figuur 8 Samenvatting conceptueel kader voor de transitiekosten van stelselwijzigingen

	Rijksoverheid	Zorg verzekeren/ inkopen	Zorg leveren
Lopende kosten			
Waardeoverdracht en -verandering			
Onzekerheid			
Gedragseffecten			

De vier soorten kosten worden systematisch in kaart gebracht voor de drie groepen actoren in de zorgmarkt.
Deze 4 x 3 matrix wordt voor alle drie fasen van het transitieproces ingevuld

3 TOETSING VAN HET CONCEPTUELE KADER OP EEN AANTAL STELSELWIJZIGINGEN

3.1 INLEIDING

In het voorliggende hoofdstuk toetsen we de bruikbaarheid en de volledigheid van het conceptuele kader uit het voorgaande hoofdstuk op drie stelselwijzingen:

1. een overheveling van de intramurale ouderenzorg uit de Wlz naar de Zvw of de Wmo;
2. de overgang van de medisch specialisten naar een loondienstverband;
3. zorginkoop in de Zvw door (semi-)publieke regiokantoren in plaats van private zorgverzekeraars.

De toetsing van het conceptuele kader voor de stelwijzigingen heeft een globaal en kwalitatief karakter. Alleen de bruikbaarheid en de volledigheid van het kader wordt getoetst.

3.2 OUDERENZORG NAAR ANDER DOMEIN

Bij de overheveling van de intramurale ouderenzorg uit de Wlz worden twee varianten onderscheiden:

- a. overheveling naar de Zvw met risicodragende uitvoering door de zorgverzekeraars;
- b. overheveling naar de Wmo en risicodragende uitvoering door de gemeente.

Beide varianten worden niet in detail besproken. We richten ons steeds op de overeenkomsten en de verschillen tussen beide varianten. De analyse berust op een toepassing van het conceptuele kader uit het voorgaande hoofdstuk. Een deel van de cellen blijft soms leeg, omdat deze niet relevant of van ondergeschikt belang zijn voor de deze stelselwijziging. In de analyse veronderstellen we dat varianten a en b niet gepaard gaan met een scheiding tussen wonen en zorg (hoewel dat uiteraard ook in ons conceptuele kader kan worden ingepast).³ De intramurale ouderenzorg wordt integraal overgeheveld

³ De wooncomponent kan eventueel niet-risicodragend worden overgeheveld (vergelijk de vaste kosten in het risicovereveningssysteem in de Zvw).

en maakt in variant a deel uit van de verzekerde zorg in de Zvw en is in variant b onderdeel van de Wmo.

In variant a is de transitie beperkter van omvang dan in variant b. Dat komt ten eerste doordat de uitvoering van de intramurale ouderenzorg binnen het domein van de zorgverzekeraars blijft en tweede doordat de intramurale ouderenzorg in hetzelfde domein terecht komt als de extramurale ouderenzorg (Ve-V in de Zvw). Het huidige schot in de financiering vervalt. De effecten van deze stelselwijziging zijn het grootst voor de twee zorgverzekeraars die geen zorgkantoor exploiteren. In variant b verschuift de uitvoering van de intramurale ouderenzorg naar het gemeentelijk domein. Het schot in de financiering van de ouderenzorg wordt verplaatst van de Wlz naar de Wmo. De intramurale ouderenzorg wordt een voorziening in plaats van verzekerde zorg.

3.2.1 Fase I - Verstoring evenwicht

Figuur 9 toont de verstoring van het evenwicht bij de overheveling van de ouderenzorg naar de Zvw. Figuur 10 doet hetzelfde maar dan voor de overheveling van de ouderenzorg naar de Wmo. In fase I komen de acties van de Rijksoverheid en reacties van de zorgverzekeraars/zorgverzekeraars en de zorgaanbieders.

Figuur 9 Fase I – Verstoring evenwicht bij overheveling ouderenzorg naar de Zvw

	Rijksoverheid	Zorg verzekeren/inkopen	Zorg leveren
Lopende kosten	Opstelling nieuwe wet- en regelgeving, uitbreiding risicovereveningsmodel, aanpassing toezicht.		
Waardeoverdracht en -verandering			
Onzekerheid	Meer personeelsverloop bij CIZ en tijdelijk lagere productiviteit, maar tegelijkertijd vergroot beroep op CIZ.	Extra kapitaalbuffers. Eventueel uitstel investering in ICT (zowel bij zorgkantoren als bij verzekeraars)	Extra kapitaalbuffers. Uitstel investeringen.
Gedragseffecten		Meer inspanningen bij zorginkoop door zorgkantoren, omdat verzekeraars deze taken risicodragend moeten gaan uitvoeren. Eventueel overdriving van kosten van taakverschuiving.	Prikkel om nieuwe zorggebruikers versneld te indiceren.

Figuur 10 Fase I – Verstoring evenwicht bij overheveling ouderenzorg naar de Wmo

	Rijksoverheid	Zorgverzekeren/inkopen	Zorgleveren
Lopende kosten	Opstelling nieuwe wet- en regelgeving, uitbreiding verdeelmodel, afbouw toezicht.		
Waardeoverdracht en -verandering	Aanzet tot vaststelling compensatie voor vervallen taken zorgkantoren.		
Onzekerheid	Meer personeelsverloop bij CIZ en NZa. Tijdelijk lagere productiviteit, maar tegelijkertijd vergroot beroep op CIZ.	Uitstel investering in ICT bij zorgkantoren.	Extra kapitaalbuffers. Uitstel investeringen.
Gedragseffecten		Vermindering inspanningen zorginkoop bij zorgkantoren. Overdrijving kosten van afbouw taken.	Prikkel om nieuwe zorggebruikers versneld te indiceren. Meer tegenkracht bij zorginkoop.

Lopende kosten

In beide varianten moet de overheid nieuwe wet- en regelgeving opstellen en het toezicht aanpassen. Dat is vermoedelijk in variant b iets ingrijpender dan in variant a. Voorts moet in variant a het risicovereveningsmodel worden uitgebreid met intramurale ouderenzorg, terwijl in variant b het verdeelmodel voor Wmo moet worden uitgebreid met intramurale ouderenzorg. Dat laatste is iets minder gecompliceerd dan het eerste, omdat het risicovereveningsmodel op verzekerdenniveau (of subgroepniveau) voor een goede aansluiting tussen middelen en kosten moet zorgen vanwege het tegengaan van prikkels voor risicoselectie. In variant b hoeft daarentegen alleen op gemeenteniveau een goede aansluiting tussen middelen en kosten te worden gerealiseerd (omdat er geen mogelijkheid is voor risicoselectie).

Waardeoverdracht en -verandering

In variant a hoeft er waarschijnlijk geen compensatie aan de verzekeraars plaats te vinden, omdat de uitvoering in het domein van de verzekeraars blijft. Bij een verschuiving naar het gemeentelijk domein kan er wellicht sprake zijn van een compensatie voor de weggevallen taken van het zorgkantoor.

Onzekerheid

Vanwege het vervallen van een deel van de taken van het CIZ (indicatiestelling) kan er tijdelijk meer personeelsverloop bij het CIZ optreden met een lagere productiviteit als gevolg. Tegelijkertijd kan het beroep op het CIZ tijdelijk toenemen omdat zorggebruikers

nog snel een indicatie willen verkrijgen voordat het nieuwe stelsel in werking treedt. Dit effect is naar verwachting het grootst in variant b, omdat dan het recht op verzekerde zorg vervalt. In variant b vervalt mogelijk een deel van de taken van de NZa door de overheveling naar het gemeentelijk domein. Dat kan eveneens tijdelijk leiden tot meer personeelsverloop en een lagere productiviteit bij deze organisatie.

Zorgverzekeraars zullen vanwege de verwachte uitbreiding van het verzekeringspakket en de daarmee gepaard gaande onzekerheid hun kapitaalbuffers verhogen in variant a. Daarnaast kunnen de zorgverzekeraars/zorgkantoren tijdelijk hun investeringen in ICT temporiseren. In variant b zullen zorgkantoren het sterkst op de rem gaan staan bij de investeringen in ICT.

Zorgaanbieders kunnen in beide varianten vanwege de onzekerheid overwegen om extra kapitaalbuffers aan te leggen en investeringen uit te stellen.

Gedragseffecten

In variant a gaan zorgkantoren zich extra inspannen bij de zorginkoop, omdat zorgverzekeraars deze taak na de invoering van het nieuwe stelsel risicodragend moeten uitvoeren. Daar staat tegenover dat zorgkantoren in variant b zich juist minder actief gaan opstellen bij de zorginkoop, omdat deze taak overgaat naar de gemeenten. Zelf hebben ze geen baat meer bij een efficiënte zorginkoop. Ook als zorgkantoren zich omvormen tot dienstverleners die namens gemeenten zorg inkopen, of gemeenten daarbij ondersteunen, hebben zij een prikkel om niet efficiënt in te kopen. Zij kunnen dan later immers voor de gemeenten besparingen inboeken.

Het ligt voor de hand dat zorgaanbieders alvast de sanering van hun personeelsbestand en hun gebouwsituatie ter hand zullen nemen als reactie op de aanstaande stelselwijziging. In variant b zullen zorgaanbieders meer tegenkracht bieden bij de zorginkoop vanwege de verminderde inspanningen van het zorgkantoor.

In beide varianten is het denkbaar dat zorgkantoren de kosten van de stelselwijziging (ICT-systemen) overdrijven vanwege de potentiële informatierents.

3.2.2 Fase II – Transitie

Figuur 11 en figuur 12 brengen de transitiefase bij de overheveling van de ouderenzorg naar respectievelijk de Zvw en de Wmo in beeld. In deze fase zijn voor alle partijen de lopende kosten een belangrijke kostencomponent.

Figuur 11 Fase II – Transitie bij overheveling ouderenzorg naar de Zvw

	Rijksoverheid	Zorg verzekeren/inkopen	Zorg leveren
Lopende kosten	Kosten aanpassing risicoverevening met tijdelijk ex-post compensaties. Kosten aanpassing toezichtstructuur. Kosten overgangsrecht. Compensatie zorgverzekeraars zonder zorgkantoor. Reorganisatiekosten CIZ. Publiekscampagnes en ondersteuning veldpartijen.	Aanpassing systemen/nieuwe contracten. Vooral initieel extra kosten voor zorgverzekeraars zonder zorgkantoor. Reorganisatiekosten. Communicatie over polissen.	Nieuwe systemen/nieuwe contracten. Sanering personeelsbestand en gebouwsituatie.
Waardeoverdrachten – verandering	Versnelde afschrijvingen bij CIZ.	Versnelde afschrijvingen ICT bij zorgkantoor.	
Onzekerheid		Tijdelijk hogere premies	Aanpassingskosten nieuwe situatie. Terughoudendheid bij nieuwe investeringen.
Gedragseffecten		Sterkere focus op zorginkoop met meer nadruk op extramurale zorg. Benutting informatievoorsprong om hogere compensatie af te dwingen (kosten voor overheid).	Meer nadruk op aanbod van extramurale zorg.

Figuur 12 Fase II – Transitie bij overheveling ouderenzorg naar de Wmo

	Rijksoverheid	Zorg verzekeren/inkopen	Zorg leveren
Lopende kosten	Kosten aanpassing verdeelsystematiek Gedeeltelijke afbouw taken NZa. Reorganisatiekosten CIZ. Kosten overgangsrecht. Publiekscampagnes, en ondersteuning gemeenten, zorgaanbieders en diëntenorganisaties (via subsidies e.d.).	Nieuw ICT-systemen/nieuwe contracten. Aanstelling Wmo. Aantrekken nieuwe deskundigheid. Reorganisatiekosten. Communicatie over 'nieuwe' zorg.	Nieuwe systemen/nieuwe contracten. Hogere administratieve lasten door aanbesteding. Sanering personeelsbestand en gebouwsituatie.
Waardeoverdrachten – verandering	Versnelde afschrijvingen bij CIZ en deels ook bij NZa.	Versnelde afschrijvingen ICT bij zorgkantoor.	
Onzekerheid		Extra personeel voor aansturing zorgaanbieders en verantwoording.	Aanpassingskosten nieuwe situatie. Terughoudendheid bij nieuwe investeringen.
Gedragseffecten		Scherpe inkoop van intramurale zorg omdat de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor de extramurale zorg. Benutting informatievoorsprong zorgkantoren om hogere compensatie af te dwingen (kosten voor overheid).	Meer nadruk aanbod van extramurale zorg. Gebruik informatievoorsprong t.o.v. gemeenten.

Lopende kosten

De Rijksoverheid maakt kosten voor de aanpassing van het risicovereveningsmodel dan wel het verdeelmodel. In beide varianten is in de transitiefase vermoedelijk sprake van een ingroeitraject voor de financiële risico's. Mogelijk ontvangen zorgverzekeraars die geen zorgkantoor exploiteren, een aanvullende compensatie voor de inrichting van hun nieuwe taken in variant a. Met de aanpassing van de toezichtstructuur zijn kosten gemoeid. In variant b vervalt een deel van de taken van de huidige toezichthouder; dit leidt tot reorganisatiekosten bij de NZa. In beide varianten worden kosten gemaakt voor de reorganisatie van het CIZ. Daarnaast moeten publiekscampagnes worden gevoerd om het publiek te informeren over de gevolgen van de stelselwijziging.

Zorgverzekeraars moeten in variant a hun ICT-systemen aanpassen en nieuwe contracten sluiten. Dit vergt vooral voor de zorgverzekeraars zonder zorgkantoor extra inspanningen. De aanpassing aan de nieuwe situatie vergt leereffecten. Zorgverzekeraars moeten bovendien over hun nieuwe polissen communiceren met hun verzekerden. Daarnaast zijn er met de reorganisatie van het zorgkantoor kosten gemoeid. Die zijn in variant a vermoedelijk beperkter dan in variant b. Gemeenten moeten in hun rol van zorginkoper in variant b investeren in ICT-systemen, nieuwe deskundigheid aantrekken voor de indicatiestelling en de zorginkoop, contracten voor Wmo-zorg Europees aanbesteden en over de nieuwe zorgtaken communiceren met hun burgers. De nieuwe situatie vergt grote leereffecten bij de gemeenten.

Zorgaanbieders moeten in beide varianten hun ICT-systemen aanpassen voor de veranderingen in het declaratieverkeer. Daarnaast moeten nieuwe contracten worden afgesloten. In variant b hebben zorgaanbieders te maken met hogere administratieve lasten vanwege de Europese aanbesteding door de gemeenten.

Waardeoverdracht en -verandering

De Rijksoverheid moet versneld afschrijven bij het CIZ en wellicht ook deels bij het NZa in variant b. Zorgkantoren moeten in beide varianten hun huidige ICT-systemen versneld afschrijven.

Onzekerheid

In variant a zullen zorgverzekeraars vanwege de onzekerheid mogelijk tijdelijk hogere premies vragen om hun kapitaalbuffers te versterken. In variant b hebben gemeenten tijdelijk extra personeel nodig vanwege onzekerheid over de aansturing en de verantwoording van zorgaanbieders.

Zorgaanbieders maken in beide varianten aanpassingskosten voor de nieuwe situatie in verband met onzekerheid over de acties van zorgverzekeraars of gemeenten. Investeringskosten zullen vermoedelijk worden vertraagd.

Gedragseffecten

Naar verwachting zullen zorgverzekeraars in variant a tijdens fase II en III veel aandacht geven aan de zorginkoop om het beroep op intramurale zorg terug te dringen ten gunste van extramurale zorg. In variant b zullen gemeenten tijdens fase II en III ook scherp intramurale zorg inkopen, omdat de kosten van de extramurale zorg niet ten laste van de gemeenten maar van de zorgverzekeraars komen. Gegeven de leereffecten ontstaan er mogelijk tijdelijk onevenwichtigheden tussen zorgvraag en zorgaanbod.

Zorgaanbieders zullen in beide varianten, mede als reactie op de verscherpte zorginkoop, inzetten op de sanering van hun personeelsbestand en hun gebouwensituatie. Deze kosten zien we terug bij de lopende kosten. Ook zij zullen zich noodgedwongen meer richten op het leveren van extramurale zorg.

In beide varianten zullen zorgkantoren proberen om hun informatievoorsprong te benutten door een hogere compensatie voor de vervallen taken af te dwingen. In variant b zullen zorgaanbieders proberen gebruik te maken van hun informatievoorsprong ten opzichte van de gemeenten.

3.2.3 Fase III – Naar een nieuw evenwicht

Figuur 13 en figuur 14 tonen de fase naar een nieuw evenwicht voor de overheveling van de ouderenzorg naar respectievelijk de Zvw en de Wmo. In fase III zijn vooral de reacties van de zorgverzekeraars/zorginkopers en de zorgaanbieders van belang.

Figuur 13 Fase III – Naar een nieuw evenwicht bij overheveling ouderenzorg naar de Zvw

	Rijksoverheid	Zorgverzekeren/inkopen	Zorgleveren
Lopende kosten	Nieuw risicovereveningsmodel operationeel. Afbouw ex-post compensaties. Gewijzigde toezichtstructuur operationeel. Taken CIZ deels afgebouwd.		
Waarde overdracht en verandering		Gedeeltelijk beëindiging taken zorgkantoor.	
Onzekerheid		Tijdelijk lagere productiviteit door stelselwijziging. Pas op de plaats vanwege afschaffing ex-post compensaties.	
Gedragseffecten		Sterkere focus op zorginkoop met meer nadruk op extramurale zorg. Informatierents vallen weg.	Hogere productiviteit/lagere kosten. Meer nadruk op extramurale zorg.

Figuur 14 Fase III – Naar een nieuw evenwicht bij overheveling ouderenzorg naar de Wmo

	Rijksoverheid	Zorg verzekeren/inkopen	Zorg leveren
Lopende kosten	Nieuw verdeelmodel operationeel. Afbouw toezicht. Taken CIZ en NZa deels afgebouwd.	Leereffecten uitvoering.	Leereffecten uitvoering.
Waarde overdracht en verandering		Gedeeltelijk beëindiging taken zorgkantoor.	
Onzekerheid		Tijdelijk lagere productiviteit door stelselwijziging. Pas op de plaats vanwege afschaffing vangnetten.	
Gedragseffecten		Sterke focus op zorginkoop (aanbesteding). Afbouw intramurale capaciteit en afwenteling op verzekeraars. Informatierents zorgkantoren vallen weg.	Hogere productiviteit/lagere kosten. Meer nadruk op extramurale zorg. Informatierents vallen weg.

Lopende kosten

In deze fase zijn het nieuwe risicovereveningsmodel c.q. het nieuwe verdeelmodel operationeel. Ingroeitrajecten voor de financiële risico's zijn grotendeels afgebouwd. De nieuwe toezichtstructuur is operationeel (variant a). Het toezicht (NZa) is deels afgebouwd (variant b). In beide varianten is een deel van de taken van het CIZ afgebouwd.

Waardeoverdracht en -verandering

De taken van het zorgkantoor zijn deels beëindigd.

Onzekerheid

Onzekerheden leiden tijdelijk tot een lagere productiviteit en een pas op de plaats vanwege de toegenomen financiële risico's.

Gedragseffecten

In beide varianten vindt een scherpe focus plaats op de inkoop van intramurale zorg. Verzekeraars richten zich ook sterk op de inkoop van extramurale zorg om het beroep op de dure intramurale zorg terug te dringen. In beide varianten proberen zorgverzekeraars/zorginkopers om de intramurale capaciteit te verminderen.

Zorgaanbieders verhogen hun productiviteit en verlagen hun kosten. Ze richten zich sterker op het aanbod van extramurale zorg. De informatierents van de zorgkantoren vallen weg. Dat geldt ook voor de informatierents van de zorgaanbieders in variant b.

3.3 MEDISCH SPECIALISTEN IN LOONDIENTST

Een mogelijke stelselwijziging betreft het in loondienst nemen van medisch specialisten. In de analyse veronderstellen we dat alle medisch specialisten in loondienst gaan en abstraheren we van juridische problemen. Uiteraard zijn er ook andere modaliteiten denkbaar, die eveneens in het conceptuele kader kunnen worden ingepast.

Op dit moment is ongeveer twee derde van de medisch specialisten, ofwel ruim 6.000, vrijgevestigd [NVZ, 2013]. Voorstanders van het in loondienst nemen van alle medisch specialisten verwachten dat daardoor de medisch specialistische zorg beter geoptimaliseerd kan worden, omdat de doelstellingen van ziekenhuizen en medisch specialisten dan beter te harmoniseren zouden zijn.

In dit voorbeeld is een extra principaal/agentstap ingevoegd. Het ziekenhuis is de agent die in opdracht van de zorgverzekeraar zorg levert. Op haar beurt koopt het ziekenhuis diensten in bij de medisch specialisten. Het kader is voor deze analyse uitgebreid, zodat de keten is: Rijksoverheid, zorgverzekeraar, ziekenhuis, medisch specialist.

3.3.1 Fase I - Verstoring evenwicht

In fase I is de impact van het voornemen om medisch specialisten in loondienst te nemen, waarschijnlijk het hoogste bij de medisch specialisten zelf (figuur 15).

Figuur 15 *Fase I – Verstoring evenwicht bij medisch specialisten in loondienst*

	Rijksoverheid	Zorgverzekeren	Zorg leveren en medisch specialisten inkopen (ziekenhuis)	Zorg leveren (medisch specialist)
Lopende kosten	Ontwerpbenodigde wet- en regelgeving. Juridisch advies.			Lobby om wet- en regelgeving te beïnvloeden.
Waarde overdrachten verandering				Daling waarde van aandeel in maatschap.
Onzekerheid			Terughoudend met nieuwe samenwerkingsverbanden zoals ZBC's	Terughoudend met nieuwe initiatieven en investeringen. Minder nieuwe instroom in maatschappen.
Gedragseffecten				Mogelijk stijging van productie i.v.m. waarde goodwill.

Lopende kosten

In fase I moet de overheid de wet- en regelgeving opstellen. De meest geraakte groep, de medisch specialisten, zullen naar verwachting lobbyen om deze aanpassing te beïnvloeden.

Waardeoverdracht en -verandering

Gedurende deze fase neemt de waarde van het medisch specialistisch bedrijf af. Enerzijds vanwege verwachte afname van de toekomstige kasstromen en anderzijds vanwege hogere discontering in een onzekere situatie.⁴ Dit heeft overigens geen impact op het budgettaire kader zorg, maar wel op de mogelijke compensatie in de volgende fase.

Onzekerheid

Vanwege onzekerheid over de uiteindelijke positie van de medische specialist vis-à-vis het bestuur van het ziekenhuis kunnen investeringen en projecten vertraagd worden; bijvoorbeeld nieuwe investeringen in diagnose- en operatiecapaciteit, omdat niet duidelijk is welke specialismen het belangrijkste zullen worden voor het ziekenhuis, of in projecten voor kwaliteitsverbetering, omdat de verdeling van de verantwoordelijkheid voor kwaliteit nog niet eenduidig is.

Mogelijk is er ook tijdelijk minder instroom in maatschappen van medisch specialisten, omdat nieuwe medisch specialisten willen afwachten tot de situatie helderder is. Zij werken dan tijdelijk in loondienst van maatschappen.

Gedragseffecten

Als dat tot een hoger inkomen leidt, kan er een (tijdelijke) prikkel zijn om meer te produceren. Daarmee kan een hoger verdienvermogen en een hogere waarde van de maatschap worden aangetoond, wat mogelijk de eventuele compensatie verhoogt. Overigens is deze prikkel diffuus. Het inkomen van een maatschap wordt door het collectief van maatschappen bepaald. In de verdeelsleutel kunnen de gedeclareerde werkzaamheden wel meespelen. Bovendien wordt het totale budget bepaald door afspraken van het ziekenhuis met de zorgverzekeraar.

3.3.2 Fase II - Transitie

Gedurende de transitiefase zijn ook veel werkzaamheden door ziekenhuizen nodig en moet de overheid de medisch specialisten mogelijk compenseren vanwege het verlies van de 'goodwill' (figuur 16).

⁴ De waarde zou in 2014 bijvoorbeeld 10 à 15% zijn gedaald vanwege onzekerheid over de toekomst van het medisch specialistische bedrijf en de fiscale status [Caraad, 2014].

Figuur 16 Fase II – Transitie bij medisch specialisten in loondienst

	Rijksoverheid	Zorg verzekeren	Zorg leveren en medisch specialisten inkopen (ziekenhuis)	Zorg leveren (medisch specialist)
Lopende kosten	Invoering benodigde wet- en regelgeving. Kosten overgangsrecht.		In dienst nemen medisch specialisten (admin, juridisch, HR etc). Aanpassing administratieve organisatie Overnemen / Afspraken maken over personeel in dienst van maatschappen Leereffecten nieuwe situatie.	Overnemen / Afspraken maken over personeel in dienst van maatschappen. Leereffecten nieuwe situatie.
Waarde overdracht en -verandering	Afkopen van goodwill medisch specialisten (verhoudingsgewijs grote post). Administratieve lasten afkopen goodwill.			
Onzekerheid			Opbouwen extra eigen vermogen i.v.m. toename kostenbasis en vasthouden solvabiliteit.	
Gedragseffecten				Mogelijk stijging van productie i.v.m. vaststelling waarde goodwill. Mogelijke daling productie door aandacht naar stelselwijziging.

Lopende kosten

Nieuwe lopende kosten in fase II zijn de benodigde aanpassingen van administratieve systemen bij zorgverzekeraars en ziekenhuizen.

Ziekenhuizen moeten daarnaast kosten maken op de personeelsafdeling om de medisch specialisten en het personeel dat voorheen in dienst was van maatschappen in dienst te nemen. Daarbij komt veel kijken: inschaling, afspraken over roosters, opleidingen, pensioenen, bonussen, prestatieafspraken et cetera.

In deze fase beginnen organisaties te investeren in het leren werken onder het nieuwe stelsel. Daar zijn kosten mee gemoeid; in deze fase betreft het vooral voorlichting en training.

Waardeoverdracht en -verandering

Mogelijk moet de overheid in deze fase de ‘goodwill’ van medisch specialisten compenseren. De waarde daarvan hangt mede af van het ontwerp van de stelselwijziging. Ook kan worden beargumenteerd dat de aanpassing van wet- en regelgeving onderdeel is van het ondernemersrisico en dus al is verdisconteerd in de waarde van het medisch specialistische bedrijf. Het valt te verwachten dat de compensatie voor de waardeoverdracht onderwerp zal zijn van een langdurig juridisch dispuut. Indien compensatie gegeven moet worden, is de compensatie waarschijnlijk een hoge kostenpost bij deze stelselwijziging. Bovendien zijn er ook administratieve lasten mee gemoeid; zo

moeten er contracten worden afgesloten met individuele medisch specialisten en/of maatschappen en is wellicht een fonds nodig om de compensatie voor verloren 'goodwill' af te wikkelen.

Onzekerheid:

De ziekenhuizen hebben nu een groter personeelsbestand en lopen meer risico in het nieuwe evenwicht. Zij zullen extra vermogen moeten aanhouden om de solvabiliteit op peil te brengen. Voor ziekenhuizen wordt die meestal berekend als aandeel van de omzet. Het kost geld om dat te organiseren en het leidt tot hogere kapitaallasten.

Gedragseffecten:

Evenals in fase I is mogelijk sprake van een verdere toename van de productie om de waarde van de maatschap te verhogen of nog wat extra inkomen te verwerven zo lang dat nog kan. Anderzijds kan de productie tijdelijk juist ook lager zijn, omdat er veel aandacht uitgaat naar de stelselwijziging, wat de productiviteit kan verminderen.

3.3.3 Fase III - Naar een nieuw evenwicht

Deze fase heeft een duidelijke impact op alle partijen met uitzondering van de zorgverzekeraars (figuur 17).

Figuur 17 Fase III – Naar een nieuw evenwicht bij medisch specialisten in loondienst

	Rijksoverheid	Zorgverzekeren	Zorgleveren en medisch specialisten inkopen (ziekenhuis)	Zorgleveren (medisch specialist)
Lopende kosten	<p>Toezicht houden op implementatie wet- en regelgeving.</p> <p>Voeren van juridische procedures.</p>		<p>Betrekken medisch specialisten bij onderhandelingen</p> <p>Voeren van juridische, arbeidsrechtelijke procedures.</p> <p>Leereffecten nieuwe situatie.</p>	<p>Voeren van juridische procedures.</p> <p>Leereffecten nieuwe situatie.</p>
Waarde overdracht en -verandering				
Onzekerheid			Aanhouden extra eigen vermogen totdat evenwicht is bereikt.	
Gedragseffecten			Nog niet efficiënt inzetten van medisch specialisten vanwege gebrekaan inzicht in inzet en prestatie.	Mogelijk daling productie i.v.m. minder financiële prikkels.

Lopende kosten

De overheid moet het toezicht op de medisch specialisten aanpassen. Vaak volgen juridische procedures vanwege geschillen over uitleg van de nieuwe wet- en regelgeving of vanwege verschillen van inzicht over de te compenseren 'goodwill'. Ook kunnen er juridische procedures volgen over de arbeidscontracten die ziekenhuizen afsluiten met medisch specialisten.

De zorgverzekeraars en de ziekenhuizen zullen de medisch specialisten op nieuwe manieren betrekken bij het contracteren van zorg. Dit wordt nu ook al gedaan, maar nog vaak op afstand en met een delegatie van de medische staf in plaats van per patiëntensegment, wat bij een meer bedrijfsmatige aanpak zou worden verwacht.

Er treden veel leereffecten op in deze fase. Dat leidt tijdelijk tot een lagere productiviteit.

Waardeoverdracht en -verandering

In deze fase speelt de compensatie voor waardeoverdracht en -verandering geen rol meer, hoewel het juridische dispuut uit de voorgaande fase nog voort kan gaan.

Onzekerheid

Gedurende deze fase houden ziekenhuizen waarschijnlijk meer eigen vermogen aan en doen zij reserveringen om arbeidsconflicten op te lossen. In deze fase zijn er waarschijnlijk meer conflicten, waaronder arbeidsconflicten, dan in de evenwichtssituatie.

Gedragseffecten

Ziekenhuizen kunnen tijdelijk de medisch specialisten nog niet efficiënt inzetten vanwege het ontbreken van informatie over inzet en effectiviteit. Deze informatie over de prestaties van individuele medisch specialisten wordt nu niet altijd volledig gedeeld met het ziekenhuis. De informatiestroom moet dus op gang komen. Medisch specialisten zullen vermoedelijk hun productie terugschroeven, omdat de prestatieprikkels zijn verdwenen.

3.4 ZORGINKOOP DOOR PUBLIEKE REGIONALE ZORGKANTOREN

Deze mogelijke stelselwijziging heeft betrekking op de zorginkoop in de Zvw. De private, landelijke zorgverzekeraars worden in deze variant vervangen door (semi-)publieke regionale zorgkantoren. Concurrentie op de verzekeringsmarkt wordt in deze stelselwijziging ongedaan gemaakt, omdat voor een regionale sturing wordt gekozen [zie ook CPB, 2012; AZ, 2010]. De regionale zorgkantoren zijn uitvoerende organen van de overheid en geen organisaties met winstoogmerk. Een minder vergaande stelselwijziging is een variant waarin wordt gekozen voor semi-publieke uitvoerders die als landelijk opererende ziekenfondsen met elkaar concurreren. Dat laat onverlet dat de overgang van een privaatrechtelijk naar een publiekrechtelijk verzekeringsstelsel ook in dit geval

gepaard gaat met transitiekosten. In onze analyse houden we geen rekening met veranderingen in de premieheffing en houden we het verzekeringskarakter van de Zvw in stand. We beperken ons in de analyse tot de meest vergaande variant met regionale zorginkoop door publieke zorgkantoren. In deze variant wordt het huidige risicovereveningsmodel vervangen door een verdeelmodel voor de vaststelling van de regionale budgetten. Er hoeft immers alleen op regioniveau een goede aansluiting tussen middelen en kosten te worden gerealiseerd (omdat er in tegenstelling tot het huidige stelsel met concurrerende zorgverzekeraars geen mogelijkheid bestaat voor risicoselectie).

3.4.1 Fase I - Verstoring evenwicht

Figuur 18 toont de verstoring van het evenwicht wanneer de plannen voor de wijzigingen in de zorginkoop bekend worden gemaakt. Deze plannen leiden tot reacties van de zorgverzekeraars, en ook van de zorgaanbieders.

Figuur 18 Fase I – Verstoring evenwicht bij zorginkoop naar regionale zorgkantoren

	Rijksoverheid	Zorgverzekeren/inkopen	Zorgleveren
Lopende kosten	Opstellen nieuwe wet- en regelgeving, nieuwe bekostiging, en nieuw toezicht.	Inhuren lobbyisten en juridische adviseurs. Meer personeelsverloop.	
Waardeoverdracht en -verandering		.	
Onzekerheid		Aanleggen extra kapitaalbuffers. Uitstel van investeringen.	Aanleggen extra kapitaalbuffers. Uitstel van investeringen.
Gedragseffecten		Vermindering inspanningen zorginkoop en strategisch gedrag zorgverzekeraars. Tijdelijk lagere productiviteit Overdrijving van uitvoeringskosten, inspanningen en kosten reorganisatie door verzekeraars.	Meer tegenkracht zorgaanbieders bij zorginkoop. Tijdelijk lagere productiviteit

Lopende kosten

De lopende kosten slaan in deze fase vooral neer bij de overheid. Er wordt wet- en regelgeving ontworpen, evenals een nieuwe toezichtstructuur en een nieuwe verdeelsystematiek.⁵ Dit geschiedt mede op basis van diverse uitbestede onderzoeken. De kosten hiervoor zijn waarschijnlijk relatief klein vergeleken met andere kostenposten.

⁵ Vervanging van het risicovereveningsmodel door een nieuwe verdeelsystematiek is overigens niet strikt noodzakelijk. In de huidige situatie worden de berekende middelen per verzekerde opgeteld naar het niveau van de zorgverzekeraar. In de nieuwe situatie kunnen de met de risicoverevening berekende middelen per verzekerde worden opgeteld naar het niveau van de regio.

Waardeoverdracht en -verandering

In deze fase is er nog geen sprake van majeure kosten voor waardeoverdracht en -verandering.

Onzekerheid

Vanwege onzekerheid zullen zorgverzekeraars tijdelijk grotere kapitaalbuffers aanhouden dan strikt noodzakelijk is. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars hun investeringen in ICT temporiseren. Mogelijk ontstaat ook meer personeelsverloop.

Zorgaanbieders zoals ziekenhuizen, GGZ instellingen en eerstelijns zorgaanbieders doen nu zaken met alle zorgverzekeraars. In een regionaal stelsel doen zij dat maar met één zorginkoper. Het aandeel van de dominante zorgverzekeraar bedraagt typisch circa 60%. Omdat niet duidelijk is hoe de regionale zorginkoper zal gaan acteren, zullen zorgaanbieders ook hun solvabiliteit verhogen en mogelijk investeringen uitstellen.

Gedragseffecten,

Vanwege gedragseffecten waaronder informatierents en minder inspanningen bij de zorginkoop, zal de sector tijdelijk minder productief zijn. Dat geldt zowel voor zorgverzekeraars als zorgaanbieders.

3.4.2 Fase II - Transitie

Figuur 19 toont de transitiefase van de zorginkoop, waarin de meeste kosten gemaakt.

Figuur 19 *Fase II – Transitie van zorginkoop naar regionale zorgkantoren*

	Rijksoverheid	Zorg verzekeren/inkopen	Zorg leveren
Lopende kosten	Kosten overgang naar nieuwe eenvoudigere budgettoedeling en nieuwe toezichtstructuur. Kosten overgangsrecht. Publiekscampagnes en ondersteuning veldpartijen.	Nieuwe systemen/nieuwe contracten bij zorgkantoren. Kosten reorganisaties, waaronder afvloeiing van personeel bij zorgverzekeraars. Leereffecten nieuwe situatie.	Nieuwe systemen/nieuwe contracten. Leereffecten nieuwe situatie.
Waardeoverdracht en -verandering	Bepaling compensatie zorgverzekeraars voor goodwill/bedrijfswaarde.	Versnelde afschrijvingen. Afkkoop bestaande contracten. Eventuele compensatie voor bedrijfswaarde en waardedaling activa	Beëindiging bestaande contracten.
Onzekerheid		Inhuur tijdelijk personeel. Tijdelijk lagere productiviteit.	Aanpassingskosten nieuwe situatie.
Gedragseffecten		Verdere vermindering inspanningen zorginkoop. Benutting informatievoorsprong zorgverzekeraars om hogere compensatie af te dwingen (kosten voor overheid).	Meer tegenkracht bij zorginkoop. Benutting informatievoorsprong om betere contracten af te dwingen (kosten voor overheid).

Lopende kosten

Meestal gaat een nieuw stelsel gepaard met een andere administratieve inrichting. Dit leidt tot hoge kosten bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De AO/IC inrichting is zeer specifiek voor de zorgverzekeraars en een belangrijke kostenpost [NZa, 2012]. Het is niet duidelijk voor welk bedrag de ICT-systemen van zorgverzekeraars op de balans staan en wat het schema voor vernieuwing is. Voor banken is aangetoond dat implementatie van nieuwe regulering tijdelijk tot dubbele kosten leidt [Elliehausen, 2000]. De regionale zorgkantoren nemen de zorginkoop over van de zorgverzekeraars. Ze moeten nieuwe contracten afsluiten en investeren in nieuwe ICT-systemen dan wel de bestaande ICT-systemen van de zorgverzekeraars overnemen.

Als daarnaast ook zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen en GGZ-instellingen, hun systemen moeten aanpassen, levert dat eveneens extra kosten op.

Voor de Rijksoverheid resulteren de kosten van de overgang naar een nieuwe eenvoudigere budgettoedeling en de nieuwe toezichtstructuur.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten leren hoe het nieuwe stelsel werkt. Daarvoor zullen zij in deze fase al kosten maken; bijvoorbeeld voor onderzoek en advies.

Waardeoverdracht en -verandering

Met de transitie van zorginkoop naar een publiek regiokantoor, wordt de huidige bedrijvigheid van zorgverzekeraars in de Zvw beëindigd. Mogelijk moeten zij daarvoor worden gecompenseerd. In hoofdstuk 2 zijn hiervoor vier vragen geformuleerd. In de context van het huidige probleem luiden deze:

1. Is de zorgverzekeraar een private onderneming of een publiekrechtelijke instelling?
2. Heeft een private onderneming recht op compensatie als diens markt wordt ontnomen?
3. Wat is de waarde van de zorgverzekeraar?
4. Wat wordt gedaan met de compensatie?

1. Is de zorgverzekeraar een private onderneming of een publiekrechtelijke instelling?

Indien de zorgverzekeraars private ondernemingen zijn, moeten zij mogelijk worden gecompenseerd als de zorginkoop zal worden uitgevoerd door publieke regiokantoren. Als de zorgverzekeraars worden aangemerkt als een publiekrechtelijke instelling, is compensatie door de overheid niet nodig. Zorgverzekeraars zijn in beginsel private ondernemingen. Vanwege de onzekerheden die eigen zijn aan een majeure stelselwijziging verdient het aanbeveling om met scenario's te werken. Daarom werken we volledigheidshalve ook een scenario uit waarin een zorgverzekeraar wordt gezien als publiekrechtelijke instelling. In dat geval is het minder aannemelijk dat compensatie nodig is. Dat betreft wellicht een scenario met een heel kleine kans, maar de impact daarvan is majeur. Vandaar dat we aan dit scenario kort aandacht schenken. Indien er immers onduidelijkheid bestaat over de status van een zorgverzekeraar, zijn de eventuele

kosten vanwege een compensatie voor het beëindigen van de bedrijvigheid van zorgverzekeraars onzeker. Het oordeel of een zorgverzekeraar een publieke of private onderneming is, vergt in dat geval wellicht een langdurig juridisch traject.

Private onderneming

De Europese commissie heeft het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel aangemerkt als privaat stelsel [TK 2004]. De zorgverzekeraars zijn private partijen die opereren in een privaat stelsel en onderling concurreren op de zorgverzekeringsmarkt.

De aanbieders van zorgverzekeringen zijn voortgekomen uit particuliere zorgverzekeraars en ziekenfondsen. De ziekenfondsen mochten hun opgebouwde reserves behouden onder twee voorwaarden die tot en met 31-12-2015 gelden: (1) uitvoering van de Zorgverzekeringswet zonder winstoogmerk en (2) geen uitkeringen aan aandeelhouders, leden of anderen. Na 31-12-2015 mogen zowel de voormalige ziekenfondsen als andere zorgverzekeraars een winstoogmerk hebben. Het betreft dan private ondernemingen bij wie door een stelselwijziging de mogelijkheid om hun bedrijvigheid uit te voeren, wordt ontnomen. Deze private ondernemingen moeten wellicht worden gecompenseerd voor het wegvallen van hun bedrijvigheid dat mogelijk wordt gezien als onteigening.

Publiekrechtelijke instelling

Zorgverzekeraars kunnen mogelijk worden aangemerkt als publiekrechtelijke instellingen. De kans hierop lijkt heel klein. Criteria als algemeen belang, financiering, zeggenschap en eigendom, besturing zijn van belang voor de operationalisering van de definitie van een publiekrechtelijke instelling.

Zorgverzekeraars worden bijvoorbeeld voor meer dan de helft betaald uit publieke middelen; de bijdrage op basis van het risicovereveningsfonds (gemiddeld 50%) en de Rijksbijdrage voor jongeren onder 18 jaar. De Rijksbijdrage voor jongeren wordt betaald uit algemene middelen. De bijdrage uit het risicovereveningsfonds wordt bekostigd via de inkomensafhankelijke bijdrage die door de Belastingdienst wordt geïnd. Hier staat geen specifieke, maar een algemeen geformuleerde prestatie tegenover, waardoor het gezien zou kunnen worden als overheidsfinanciering. Daarnaast bepaalt de overheid de inhoud van de basisverzekering. Op basis van deze argumenten nemen sommigen de stelling aan dat de zorgverzekeraars nu al publiekrechtelijke instellingen zijn. In dat geval is er geen sprake van onteigening.

2. Heeft een private onderneming recht op compensatie als de overheid de bedrijvigheid onmogelijk maakt?

Als blijkt dat de zorgverzekeraar een private onderneming is, moet worden bepaald of die onderneming recht heeft op een vergoeding vanwege onteigening. Ook hiervoor zijn twee scenario's; geen compensatie of wel. Wij doen hier geen uitspraak over de kans op één van

beide scenario's. Zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven, zijn voor beide scenario's argumenten aan te voeren.

3. *Wat is de waarde van de zorgverzekeraar?*

Stel dat de zorgverzekeraars inderdaad worden gezien als private onderneming en recht hebben op compensatie. Wat is dan de waarde van de zorgverzekeraar die gecompenseerd moet worden? We schatten hiervoor een onder- en bovengrens:

- Bovengrens: Voor een zeer ruwe schatting van de toekomstige vrije kasstroom gaan we ervan uit dat er geen grote nieuwe investeringen worden gedaan. De vrije kasstroom benaderen we dan door de winst. Dit is een zeer grove benadering; voor de werkelijke waardering dient een actuariel oordeel over de portefeuille en over de beleggingen meegenomen te worden. Bovendien kunnen scenario's worden gebruikt voor de ontwikkeling van de premies, het marktaandeel en de winstmarges.
- Ondergrens: Het lage scenario van de waarde hierboven ligt mogelijk onder de liquidatiewaarde van de zorgverzekeraars. Het eigen vermogen kan dan dienen als ondergrens. Daarbij wordt verondersteld dat alle resterende verplichtingen kunnen worden betaald (daarvoor worden de lopende kosten vergoed) en dat het eigen vermogen bij beëindiging van de bedrijvigheid inderdaad overblijft.

4. *Wat wordt gedaan met de compensatie?*

Indien de zorgverzekeraar inderdaad een private onderneming is die al dan niet wordt gecompenseerd, krijgen de eigenaren de beschikking over de compensatie dan wel het resterende eigen vermogen. Grofweg zijn er drie soorten zorgverzekeraars [Bijlage A]:

- a. Zorgverzekeraars die een onderlinge waarborgmaatschappij of een coöperatie zijn met als specifieke doel het verzekeren van zorgkosten.
- b. Zorgverzekeraars die onderdeel zijn van een groter financieel concern dat ook op coöperatieve basis is georganiseerd, zoals Achmea.
- c. Zorgverzekeraars die onderdeel zijn van een commerciële verzekeraar zoals, De Amersfoortse.

Bij de onderlinge waarborgmaatschappijen en de coöperaties is statutair bepaald dat eventueel vrijkomende middelen ten bate komen aan de (Nederlandse) zorg [Bijlage A]. Dit kan inhouden dat zij de middelen inzetten om aanvullende verzekeringen aan te bieden. In dat geval zijn de middelen niet meer beschikbaar voor de zorg uit het basispakket.

Onzekerheid

We gaan ervan uit dat de zorgverzekeraars en zorginstellingen net als in de voorgaande fase, extra kapitaalbuffers aanhouden.

Gedragseffecten

Evenals in fase I nemen we aan dat de productiviteit van zorgverzekeraars en zorgaanbieders tijdelijk lager is. In deze fase gaan we uit van een sterkere daling van de productiviteit dan in fase I. Dat komt doordat zorgaanbieders hun informatievoorsprong ten opzichte van de zorgkantoren benutten om betere contracten af te dwingen dan in de oorspronkelijke situatie.

3.4.3 Fase III - Naar een nieuw evenwicht

Figuur 20 brengt de situatie direct na de transitiefase in beeld. In deze fase moeten de zorginkopers en de zorgaanbieders leren omgaan met de nieuwe situatie.

Figuur 20 *Fase III – Naar een nieuw evenwicht voor zorginkoop naar regionale zorgkantoren*

	Rijksoverheid	Zorg verzekeren/inkopen	Zorg leveren
Lopende kosten	Regiobudgettering operationeel. Gewijzigde toezichtstructuur.	Afvloeiing personeel. Leereffecten nieuwe situatie.	Leereffecten nieuwe situatie.
Waarde overdracht en -verandering	Overdracht taken aan ZBO's c.q. ziekenfondsen nieuwe stijl.		
Onzekerheid	Tijdelijk hogere kosten door lagere productiviteit uitvoeringsorganen en zorgaanbieders.	Tijdelijk hogere kapitaalbuffers, maar lager dan in eerdere fases.	Tijdelijk hogere kapitaalbuffers, maar lager dan in eerdere fases.
Gedragseffecten		Zorginkoop krijgt vermoedelijk structureel minder aandacht, maar wordt eenvoudiger door regionale oriëntatie. Informatierents nemen af evenals het productiviteitsverlies.	Aanpassing gedrag aan nieuwe bekostiging. Tegenkracht bij zorginkoop. Informatierents nemen af evenals het productiviteitsverlies.

Lopende kosten

In deze fase is de regiobudgettering en de nieuwe toezichtstructuur operationeel en voeren de regionale zorgkantoren de zorginkoop uit. Een deel van het personeel van zorgverzekeraars is niet langer nodig. Afvloeiingsregelingen van deze mensen kosten geld (voor zover ze niet over kunnen gaan naar de regionale zorgkantoren).

Zorgkantoren hebben vermoedelijk nog tijdelijk extra kosten om de nieuwe taken uit te kunnen voeren. In deze leerfase ligt de productiviteit nog niet op het evenwichtsniveau. Dat leidt tot een lager volume. Meestal volgt daarop een budgettaire verruiming zodat het leereffect ook impact heeft op de zorguitgaven. De zorgaanbieders moeten eveneens leren omgaan met de nieuwe situatie.

Waardeoverdracht en -verandering

In deze fase boeken we geen waardeoverdracht en -verandering in.

Onzekerheid

Ook in deze fase houden zorgaanbieders en zorgverzekeraar extra buffers aan. We nemen aan dat deze in de loop van deze fase kunnen worden afgebouwd naar het evenwichtsniveau in de nieuwe situatie. Indien dat niveau lager is dan het huidige niveau, valt er vermogen vrij. Omdat het onderzoek zich uitsluitend richt op transitiekosten, wordt die vrijval *niet* verwerkt in de kosten.

Gedragseffecten

De transitiekosten door inefficiëntie vanwege gedragseffecten, waaronder informatierents, zullen gedurende deze periode afnemen. Er komt meer informatie beschikbaar waarop de verschillende actoren hun beslissingen kunnen baseren. De onzekerheid neemt gaandeweg af, omdat dan de spelregels vastliggen en worden geïnterpreteerd via juridische uitspraken.

4 DISCUSSIE

Literatuur over de transitiekosten van stelselwijzigingen is schaars en heeft vooral een kwalitatief karakter. Bij de kwantificering van de impact van stelselwijzigingen blijven de transitiekosten meestal buiten beschouwing, hoewel het succes of falen van een stelselwijziging voor een belangrijk deel wordt bepaald door de omvang van de transitiekosten en de duur van de transitieperiode. De beperkte aandacht voor de transitiekosten vloeit vermoedelijk voort uit de complexiteit van het probleem.

Gegeven de afwezigheid van direct bruikbare resultaten uit de literatuur hebben wij geprobeerd om een conceptueel kader voor de analyse van de transitiekosten van stelselwijzigingen te ontwikkelen. Het conceptuele kader moet voldoende algemeen zijn, opdat het toepasbaar is op (vrijwel) alle stelselwijzigingen in de zorg. De bruikbaarheid en de volledigheid van het conceptuele kader hebben wij kwalitatief getoetst op drie mogelijke stelselwijzigingen:

1. een verschuiving van de intramurale ouderenzorg uit de Wlz naar de Zvw of de Wmo;
2. de overgang van medisch specialisten naar een loondienstverband;
3. zorginkoop in de Zvw door (semi-)publieke regiokantoren in plaats van private zorgverzekeraars.

Het conceptuele kader is daarnaast besproken met een aantal personen die betrokken zijn geweest bij majeure stelselwijzigingen in het verleden, zoals de invoering van de Zvw en de prestatiebekostiging voor ziekenhuizen. Daaruit blijkt dat het conceptuele kader voldoende algemeen bruikbaar is om de transitiekosten van verschillende stelselwijzigingen in de zorg te analyseren en te beoordelen. Het kader kan dienen als 'checklist' om de impact van een stelselwijziging in kaart te brengen.

Op een aantal punten moet het kader nog verder worden aangescherpt. Dat is niet verwonderlijk, gelet op het feit dat we niet kunnen putten uit theorievorming en resultaten uit de literatuur. De aanscherping van het kader betreft vooral definities, zodat degenen die het kader moeten toepassen dat op dezelfde wijze doen. Bovendien is een leidraad nodig voor de invulling van het kader en zou een kwantitatieve invulling helpen om het verder te toetsen en aan te scherpen. Ook worden in het conceptuele kader niet-monetaire effecten (nog) niet meegewogen.

Welomschreven definities zijn noodzakelijk om een gedeeld referentiekader te hebben. De belangrijkste daarvan zijn de duur van de fases, het referentieniveau en de toedeling van de kosten:

- Voor de start van de eerste fase kan een formeel punt, zoals een regeerakkoord, worden genomen. Voor het einde van de derde fase kan gekozen worden om altijd met een bepaalde periode te werken, omdat moeilijk is vast te stellen wanneer het uiteindelijke structurele evenwicht wordt bereikt. Het lijkt ons belangrijk om die definities vast te leggen, ook al is er voor verschillende definities iets te zeggen.
- Het referentieniveau waarmee de transitiekosten vergeleken moeten worden, dient aan te sluiten bij de berekening van de evenwichtssituatie.
- De toedeling van de kosten aan de vier categorieën is soms arbitrair; ook daarvoor zijn definities en werkinstructies nodig. Zo zijn bijvoorbeeld de kosten van juridische procedures nu geboekt onder lopende kosten. Die zouden ook geboekt kunnen worden onder onzekerheid. Immers, ook in de evenwichtssituatie zullen er juridische procedures zijn, maar juist vanwege de onzekerheid over de uitleg van het nieuwe stelsel, zijn die kosten in fase III hoger dan in de evenwichtssituatie.

Er is nog geen procedure ontwikkeld om het kader toe te passen. Wij hebben het kader ingevuld met een klein team. Het kan zijn dat we daardoor effecten over het hoofd hebben gezien, verkeerd hebben ingeschat of er geen eenduidige uitspraak over hebben gedaan. Denk hierbij aan de omvang van de productie als medisch specialisten in loondienst worden genomen; neemt de productie tijdelijk toe zolang dat nog gekoppeld is aan inkomen en het wellicht de waarde van de maatschap beïnvloedt (gedragseffect) of neemt de productie juist af omdat veel tijd verloren gaat met het leren werken in het nieuwe stelsel (leereffect dat tijdelijk leidt tot hogere lopende kosten).

Verder is het waarschijnlijk nuttig om het kader ook kwantitatief in te vullen voor een transitie uit het verleden. Dat levert een goed voorbeeld op van de toepassing van het kader, zonder dat direct politiek gevoelige uitspraken over toekomstige stelselwijzigingen hoeven te worden gedaan. Daarmee kan het draagvlak voor het kader worden verhoogd. Overigens is dit waarschijnlijk erg lastig als de stelselwijziging niet nauwgezet gedefinieerd is en het uiteindelijke structurele evenwicht moeilijk is te bepalen.

Ten slotte zijn in het conceptuele kader geen niet-monetaire effecten meegenomen. Mogelijk leidt een stelselwijziging tijdelijk tot een lagere zorgproductie. Deze welvaartseffecten zijn niet meegewogen in het kader. Bij de verdere ontwikkeling van het kader kan hiermee rekening worden gehouden.

A BIJLAGE: STATUTEN ZORGVERZEKERAARS

De statuten van een zorgverzekeraar zijn een reflectie van de toepasselijke wet- en regelgeving. De overgangswetgeving in 2006 bepaalde - kort gezegd - dat de voormalige ziekenfondsen hun reserves mochten behouden op voorwaarde dat zij gedurende een periode van tien jaar na inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet geen winsten uitkeren. Meer specifiek moeten de statuten van deze organisaties bepalingen dienovereenkomstig bevatten; dus in ieder geval vóór 31 december 2015 geen winstoogmerk en geen winstuitkering.

Uit de statuten en jaarverslagen (tabel A) volgt:

- CZ, VGZ, DSW. In de statuten van deze zorgverzekeraars is terug te vinden dat bij liquidatie het resterende vermogen aangewend moet worden ten bate van de gezondheidszorg. Een termijn is daaraan niet verbonden.
- Menzis, Achmea Zorgverzekeringen en Eno zijn zorgverzekeraars die in hun statuten hebben opgenomen dat eventuele winstuitkeringen ten bate komen van de volksgezondheid. Het ligt in de rede dat dit dan ook gebeurt met een batig saldo na liquidatie, al is dat niet expliciet vermeld. Achmea Zorgverzekeringen is een aparte eenheid binnen het grotere verzekeringsconcern Achmea.
- De Amersfoortse. De Amersfoortse levert naast zorgverzekeringen ook andere verzekeringen zoals verzuim-, pensioen- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. De zorgverzekeraar is onderdeel van een groter geheel. Het grootste deel van de portefeuille komt voort uit een particuliere verzekeraar, het voormalige Fortis Nederland.
- Voor ONVZ en Zorg-Zekerheid is niet duidelijk wat met winstuitkeringen of reserves gebeurt. Het zijn beiden wel zorgverzekeraars zonder winstoogmerk.

Bij de opheffing worden de reserves dus grotendeels aangewend voor de zorg. Er zijn veel manieren waarop dat ingevuld kan worden; bijvoorbeeld voor het aanbieden van aanvullende zorgverzekeringen, als directe uitkering aan zorginstellingen of als fonds waaruit projecten in de zorg worden gefinancierd.

Bij de aanwending van de gelden (besteding) kan er mogelijk worden aangesloten bij het “Convenant besteding reserves voormalige vrijwillige ziekenfondsverzekering”. Dit

convenant heeft na 31 december 2015 geen waarde meer, maar kan wel dienen als mogelijke richting waarin de besturen van de zorgverzekeraars zouden kunnen denken. In het convenant is opgenomen dat de reserves van de voormalige zorgverzekeraars zullen worden besteed aan:

- zorgverlening in de ruimste zin, en in relatie daarmee, al hetgeen kan bijdragen aan de bevordering van de kwaliteit van leven van zieke en gehandicapte mensen; of
- maatregelen ter voorkoming van ziekten; of
- onderzoek gericht op de bevordering van de volksgezondheid en de gezondheidszorg, alsmede op de doelmatige uitvoering daarvan; of
- het functioneren van de beheersorganisatie die uitvoering geeft aan de zorgverzekeringsactiviteiten voor zover die niet zijn te classificeren als zorg onder een van de voorgaande punten.

Overigens maakt het convenant onderscheid tussen de gerealiseerde rendementen enerzijds en de initiële reserves anderzijds.

Tabel A Zorgverzekeraars: rechtsvorm, doelstelling en winstuitkering

	Rechtsvorm	Doelstelling	Uitkering van winst; dividend; reserves
Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars Groep, Zorgverzekeraar U.A.	Onderlinge WM	- Zorg gerelateerd - Geen winstoogmerk	- Wettelijke reserve ZFW t/m 31/12/15 - Batig liquidatiesaldo komt ten goede aan de gezondheidszorg
Onderlinge waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A.	Onderlinge WM	- Zorg gerelateerd - Geen winstoogmerk	- Batig exploitatie overschot bestemming op voorstel raad van commissarissen - Batig liquidatiesaldo komt ten goede aan soortgelijke doelstelling als die van zorgverzekeraar
Coöperatie VGZ U.A.	Coöperatie WM	- Zorg gerelateerd - Geen winstoogmerk	- Batig liquidatiesaldo komt ten goede aan instelling(en) van de volksgezondheid
Menzis Zorgverzekeraar N.V.	Naamloze Vennootschap	- Zorg gerelateerd - Geen winstoogmerk	- Wettelijke reserve ZFW t/m 31/12/15 - Instelling ten bate van volksgezondheid (winstuitkering); - Bij de uitkering van vrije reserves ligt het voor de hand dat een zelfde voorwaarde van toepassing.
Achmea Zorgverzekering N.V.	Naamloze Vennootschap	- Zorg gerelateerd - Geen winstoogmerk	- Instelling ten bate van volksgezondheid (winstuitkering); - Bij de uitkering van vrije reserves ligt het voor de hand dat een zelfde voorwaarde van toepassing.

N.V. Amersfoortse Algemene Verzekering Maatschappij	Naamloze Vennootschap	- Aanbieden van verzekeringen	-
Eno Zorgverzekering N.V.	Naamloze Vennootschap	- Zorg gerelateerd	- Wettelijke reserve ZFW t/m 31/12/15 - Instelling ten bate van volksgezondheid (winstuitkering); - Bij de uitkering van vrije reserves ligt het voor de hand dat een zelfde voorwaarde van toepassing.
OWM Zorgverzekeraar Zorg & Zekerheid u.a.	Onderlinge WM	- Zorg gerelateerd - Geen winstoogmerk	- Wettelijke reserve ZFW t/m 31/12/15
ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.	Naamloze Vennootschap	- Zuivere restitutieverzekeraar - Zorg gerelateerd - Geen winst oogmerk	- De algemene vergadering is niet bevoegd te besluiten tot gehele of gedeeltelijke uitkering van reserves.

Bron: Statuten en/of Jaarrekeningen

LITERATUUR

ACM, 2013: Autoriteit Consument en Markt, “*Bijlage 2 – Uitwerking van de methode voor de WACC*”, (kenmerk ACM/DE/2013/204226), 2013.

Arrow, 1985, K.J. Arrow, “*The Economics of agency*”, in: J. Pratt, R. Zeckhauser, Principals and agents: The structure of business, Cambridge, Mass.: Harvard Business School Press, 1985.

AZ, 2010: Ministerie van Algemene Zaken, “*Curatieve zorg 2.0 – 11. Curatieve zorg – Brede Heroverwegingen*”, april 2010.

Caraad, 2014: Caraad Belastingadviseurs in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen, “*Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen Rapportage goodwillvraagstuk*”, 2014.

Celsus, 2014: Celsus Academie voor betaalbare zorg, “*Quickscan transitiekosten stelselwijzigingen*”, november 2014 (verkregen via opdrachtgever).

CPB, 2012: Centraal Planbureau, “*Keuzes in kaart 2013-2017*”, 2012 (p. 440).

CZ, 2014: CZ groep, “*Alles voor betere zorg – Maatschappelijk verslag CZ groep 2013*”, 2014.

Elliehausen, 2000: G. Elliehausen, B.R. Lowrey, “*The cost of implementing regulatory changes: the truth in savings act*”, Journal of Financial Services Research 17:2 165-179, 2000.

Enquêtecommissie, 2014: Parlementaire Enquêtecommissie Woningcorporaties, “*Hoofdrapport Parlementaire enquête Woningcorporaties*”, (Tweede Kamer, vergaderjaar 2014–2015, 33 606, nr. 4), 2014.

Goudriaan, 1994: R. Goudriaan, H. de Groot, M.G. Lijesen, A.P.G. de Moor, P.H.J. Vrancken, “*Stelselwijzigingen in de zorg(en)*”, Den Haag: Instituut voor Onderzoek van overheidsuitgaven, 1994.

Jensen, 1976: M.C. Jensen, W.H. Meckling, “*Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure*”, Journal of Financial Economics 3: 4, 305-360, 1976.

Koller, 2010: T. Koller, M. Goedhard, D. Wessels, “*Valuation, measuring and managing the value of companies*”, Johan Wiley & Sons, 5th edition, augustus 2010.

Krutilla, 2010: K. Krutilla, R. Kraus, *“Transaction Costs and Environmental Policy: An Assessment Framework and Literature Review”*, International Review of Environmental and Resource Economics, 2010, 4: 261–354, 2010.

NVZ, 2013: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, *“Zorg loont - brancherapport 2013”*, 2013.

NZa, 2012: Nederlandse Zorgautoriteit, *“Monitor Toetredingsdrempels zorgverzekeringmarkt”*, april 2012.

OECD, 2010: OECD, *“Making Reform Happen: Lessons from OECD countries”*, Parijs: OECD, 2010.

Quinn, 1982: J. Quinn, M.J. Trebilcock, *“Compensation, transition costs, and regulatory change”*, 32 University of Toronto Law Journal 117 – 175, 1982.

Rechtbank Den Haag, 2014: Uitspraak in zaak C09/443613 / HA ZA 13-611, 21 mei 2014.

Rijksoverheid, 2014: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ontslag/kabinetsplannen-ontslagrecht-en-ontslagvergoeding> (november 2014).

RIVM, 2014: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, *“Kosten van ziekten”*, www.kostenvanziekten.nl, 2014.

Rockefeller, 2010: McKinsey & Company for the Rockefeller Foundation, *“Catalyzing change – The system reform costs of Universal Health Coverage”*, 2010.

Shin, 2002: J. Shin, *“Institutional Change, Transaction Cost, and Transition Cost”*, Department of Economics Working Paper No. 0207, National University of Singapore, 2002.

TK 1994: Tweede Kamer, *“Onderzoek besluitvorming volksgezondheid”*, Tweede Kamer, 1993/1994, 23666, nr. 2.

TK 2004, Tweede Kamer, *“Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet)”* TK 2004/2005, 29763 nr. 3.

TK 2014: Tweede Kamer, *“Kamerbrief over de uitspraak rechtbank Den Haag (Wet verbod pelsdierhouderij)”*, 27 mei 2014.

Trebilcock, 2014: M.J. Trebilcock, *“Dealing with losers: The political economy of policy transitions”*, New York: Oxford University Press, 2014.

VGZ, 2013: Coöperatie VGZ, *“Sociaal jaarverslag 2013”*, 2014.