

## Concurrentie in de gezondheidszorg

In een bespreking van het rapport van de commissie-Dekker in ESB heeft G. Schrijvers forse kritiek geleverd op voorstellen om de concurrentie in de gezondheidszorg te bevorderen 1). De kritiek van Schrijvers spitst zich vooral toe op de vermeende relatie tussen concurrentie en kostenbeheersing. Schrijvers betoogt dat op zowel empirische als theoretische gronden niet mag worden verwacht dat concurrentie leidt tot kostenbeheersing. In deze reactie zullen wij allereerst aannemelijk maken dat de argumenten waar-

mee Schrijvers zijn betoog onderbouwt op drijfzand berusten. Vervolgens wordt gewezen op een inconsistentie in zijn betoog, waar hij zijn argumenten tegen concurrentie in de gezondheidszorg laat volgen door een pleidooi vóór concurrentie tussen hulpverleners. Tot slot betwisten wij de juistheid van het door Schrijvers gekozen criterium van kostenontwikkeling ter beoordeling van de merites van concurrentie in de gezondheidszorg.

### Empirische onderbouwing

Op grond van een vergelijking van de kostenontwikkeling van de medische zorg in de VS en in Nederland over de periode 1960-1990 komt Schrijvers tot de conclusie dat concurrentie niet tot een *afremming* maar veeleer tot een *toename* van de kosten van gezondheidszorg leidt. Ter ondersteuning van zijn betoog maakt hij gebruik van een figuur. De constatering dat sinds 1975 in de VS de kosten van gezondheidszorg zowel als percentage van het bruto nationale product (bnp) als absoluut veel sneller zijn toegenomen dan in Nederland, brengt Schrijvers tot de conclusie dat de toenemende concurrentie in de Amerikaanse gezondheidszorg niet heeft geresulteerd in kostenbeheersing maar in een explosieve kostenstijging.

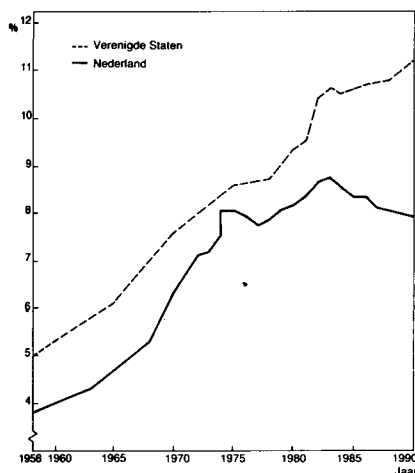
Deze redenering gaat op ten minste drie punten mank. Ten eerste moet worden gewezen op een aantal *feitelijke onjuistheden* in de weergave en

daarmee in de interpretatie van de figuur. De gepresenteerde figuur suggereert dat van 1976 op 1977 in Nederland de kosten van gezondheidszorg als percentage van het bnp met 0,2 procentpunt zouden zijn gedaald. Deze 'daling' is echter een gevolg van een definitiewijziging in de Nationale Rekeningen. In werkelijkheid is er volgens de 'oude' definitie sprake van een stijging met 0,2 procentpunt 2). Voor een juiste vergelijking moeten de gepresenteerde percentages voor de jaren 1977 en later derhalve met 0,4 à 0,5 procentpunt worden verhoogd. Ten opzichte van 1975 zijn de kosten van gezondheidszorg in Nederland dus sterker gestegen dan in de figuur tot uitdrukking komt. Minder relevant, maar wel illustratief voor het gevaar van het hanteren van tijdreeksen over een groot aantal jaren is het feit dat ook in 1970 een belangrijke definitiewijziging plaatsvond die niet adequaat in de figuur is weergegeven 3). Een vergelijking van de kostenontwikkeling van de gezondheidszorg in beide landen valt zodoende vóór 1975 minder gunstig uit en ná 1975 gunstiger uit voor de VS dan Schrijvers suggereert. Wij hebben niet nagegaan of ten gevolge van definitiewijzigingen analoge interpretatieproblemen optreden in de gepresenteerde gegevens over de kosten van de Amerikaanse gezondheidszorg.

Een tweede punt van kritiek op de redenering van Schrijvers betreft zijn *keuze voor het basisjaar* 1975. Alhoewel de keuze van het basisjaar van cruciale invloed is op zijn conclusies, wordt deze keuze op geen enkele manier beargumenteerd. Aangezien Schrijvers de hypothese wil toetsen dat de toegenomen concurrentie in de Amerikaanse gezondheidszorg heeft geleid tot kostenbeheersing, dient het jaar waarin kan worden gesproken van een significant toenemende concurrentie te worden gekozen als referentiepunt. Met het oog daarop lijkt 1975 geen goede keuze.

De jaren zeventig worden vooral gekenmerkt door een poging om door middel van planmatige overheidsregulering grip te krijgen op de snel stijgende kosten van gezondheidszorg. De belangrijkste planningwetten met betrekking tot de Amerikaanse gezondheidszorg dateren uit het midden van

Figuur. Kosten van de gezondheidszorg in de Verenigde Staten en in Nederland, 1960-1990, in procenten van het bruto nationale product



Bron: G. Schrijvers, op. cit.

1) G. Schrijvers, Regionalisatie en competitie in de gezondheidszorg. Het rapport van de commissie-Dekker, ESB, 15/22 april 1987; *Beleid tot verandering*, advies van de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1987.

2) CBS, *Kosten en financiering van de gezondheidszorg in Nederland 1979*, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1982, blz. 6.

3) De wijziging betrof de opname van de kosten van zwakzinnigeninrichtingen en verpleeghuizen in de definitie van kosten van gezondheidszorg, waardoor deze uitkwamen op 6,3 in plaats van op 5,6% van het bnp. CBS, *Kosten en financiering van de gezondheidszorg in Nederland*, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1976, blz. 7.

de jaren zeventig. De ervaringen met deze planmatige regulering zijn overwegend negatief 4). Gezien het tijdstip van ontstaan van deze regelgeving zou het door Schrijvers gekozen basisjaar 1975 eerder een geschikt referentiepunt zijn voor het toetsen van het effect van planmatige overheidsregulering dan van concurrentie.

In tegenstelling tot wat Schrijvers suggereert kan pas sinds het begin van de jaren tachtig worden gesproken van de duidelijk toegenomen concurrentie in de Amerikaanse gezondheidszorg, die overigens voornamelijk beperkt is tot een klein aantal gebieden. Het veel voorkomende misverstand dat de Amerikaanse gezondheidszorg zou gelden als een schoolvoorbeeld van concurrentie, lijkt vooral gestoeld op de constatering van de snelle opkomst van Health Maintenance Organizations (HMO's). Het marktaandeel van deze organisaties, waarin de verstrekking en verzekering van zorg verenigd zijn, is van 1975 op 1985 toegenomen van ca. 3 tot 10%. Ofschon HMO's zijn opgekomen in een hen onwelgezinde omgeving en sterk hebben moeten concurreren met traditionele verzekeraars en zorgverleners om een plaats op de markt te veroveren, is hun uitstraling – behoudens in een beperkt aantal gebieden – nog onvoldoende om ook onderlinge concurrentie tussen zorgverleners en tussen traditionele verzekeraars te bewerkstelligen. Het lijkt overigens onwaarschijnlijk dat de meeste HMO's zonder de externe druk van concurrentie tot vergelijkbare prestaties zouden zijn gekomen 5).

Ook thans is concurrentie (nog) geen gemeengoed in de Amerikaanse gezondheidszorg. Concurrentie tussen verzekeraars wordt beperkt doordat de meest ziektekostenverzekeringen gekoppeld zijn aan een baan. Tot in begin van de jaren tachtig toonden werkgevers echter geringe interesse voor de kosten van de ziektekostenverzekering. In de afgelopen jaren lijkt onder druk van de sterk stijgende kosten van gezondheidszorg en de economische recessie echter een kentering te bespeuren in de onverschillige houding van werkgevers jegens de keuze van ziektekostenverzekeringen. Werkgevers worden steeds kritischer bij de selectie van verzekeringsopties voor hun werknemers. Ziektekostenverzekeraars worden daardoor sterker gestimuleerd om op hun beurt kritischer toe te zien op de kosten-effectiviteit van de zorgverlening. Tegelijkertijd wordt concurrentie in de Amerikaanse gezondheidszorg ook van overheidswege gestimuleerd. Gewezen kan worden op de recente pogingen om de sterk stijgende kosten van de uit algemene middelen gefinancierde verzekeringen voor de allerarmsten (Medicaid) en bejaarden (Medicare) in de hand te houden door verschillende concurrentie-bevorderende maatregelen.

Al deze ontwikkelingen bevinden

zich echter nog in een vroeg stadium en naar de effecten ervan op de kosten van medische zorgverlening kan slechts worden gegist. Slechts de eerste effecten van de toenemende concurrentie lijken thans geleidelijk aan zichtbaar te worden. Door de toenemende alertheid aan de vraagzijde komen ziekenhuizen onder steeds grotere druk te staan, hetgeen onder meer blijkt uit hun sterk dalende bezettingsgraad 6). Een sterke reductie van de ziekenhuiscapaciteit lijkt op den duur onvermijdelijk 7). Door verschillende auteurs wordt geopperd dat het kostendrukkende effect van concurrentie een kwestie is van tijd, waarbij de termijn waarna de vruchten kunnen worden geplukt geschat wordt op 5 à 10 jaar 8).

Hoe het ook zij, de door Schrijvers geconstateerde sterke kostenstijging lijkt dus niet zozeer een gevolg maar veeleer een oorzaak van de toenemende concurrentie in de Amerikaanse gezondheidszorg! Als referentiepunt voor de analyse van het effect van concurrentie lijkt 1985 geschikter dan 1975, waarbij moet worden beseft dat de concurrentie in de Amerikaanse gezondheidszorg, met uitzondering van een beperkt aantal regio's, ook thans nog altijd tamelijk gering is en dat de effecten op het kostenniveau pas na geruime tijd merkbaar zullen zijn en thans moeilijk zijn te schatten. De in de figuur weergegeven geschatte kostenontwikkeling voor de periode 1984-1990 is dan ook zeer hypothetisch.

Een laatste punt van kritiek op Schrijvers' betoog betreft de methode van empirische argumentatie. Het koppelen van de te verklaren variabele (kosten van gezondheidszorg) aan slechts één verklarende variabele (wel of geen concurrentie) is methodologisch onaanvaardbaar, gezien de aanwezigheid van een groot aantal andere potentiële verklarende variabelen.

Naast zijn analyse van de kostenstijging in beide landen haalt Schrijvers ook het rapport van het Institute of Medicine over commerciële gezondheidszorg aan als empirische onderbouwing van zijn stelling dat concurrentie niet tot kostenbeheersing leidt. Schrijvers verwacht hiermee echter de begrippen concurrentie en commercie. Bij commerciële organisaties staat het winst-oogmerk centraal en kunnen de eigenaars van de produktiemiddelen (zelfstandigen of aandeelhouders) aanspraak maken op een gedeelte van de behaalde winst. Commerciële organisaties kunnen een hogere winst realiseren naarmate de concurrentie geringer is. Het extreme geval van monopolie verschaft een commerciële onderneming zelfs optimale winstkansen. Hoewel aan de andere kant de mogelijkheid tot het behalen van winst ook concurrentie uitlokt, lijken commercie en concurrentie eerder op gespannen voet met elkaar te staan dan dat ze in elkaars verlengde liggen. Een beoordeling van de merites van geregeleerde concurrentie in de gezondheids-

zorg dient ons inziens dan ook los te staan van een discussie over de wenselijkheid van commerciële gezondheidszorg.

## Theoretische onderbouwing

Schrijvers stelt dat de informatie-asymmetrie in de relatie arts-patiënt een theoretische verklaring biedt voor zijn stelling dat concurrentie in de gezondheidszorg niet leidt tot kostenbeheersing. Het informatiemonopolie aan de aanbodzijde van de markt leidt er volgens Schrijvers toe dat aan de vragers „alle mogelijke vormen van zorg te verkopen zijn”. Volgens deze redenering zouden artsen vrijwel ongelimiteerde mogelijkheden hebben om vraag te induceren (of, anders geformuleerd, om de vraagcurve naar rechts op te schuiven). Blijkbaar meent Schrijvers dat zorgverleners van deze mogelijkheden meer gebruik maken naarmate de onderlinge concurrentie toeneemt, alhoewel in weerwil tot wat hij suggereert zulks niet ondubbelzinnig empirisch aangetoond is 9).

Het bestaan van vrijwel ongelimiteerde mogelijkheden tot het induceren van extra vraag naar medische zorg kan op theoretische gronden sterk worden betwist. Op tal van markten geldt dat de meeste consumenten weinig informatie over het verhandelde produkt bezitten zonder dat dit lijkt te leiden tot vraaginductie. Het is dan ook niet nodig dat alle consumenten volle-

4) H.S. Luft, Competition and regulation, *Medical Care*, 23, 1985.

5) Ten onrechte stelt Schrijvers dat wij de efficiëntere werkwijze van HMO's voornamelijk toedichten aan de concurrerende opstelling van deze organisaties. Hoewel concurrentie ons inziens een cruciale rol speelt, zijn ook de andere factoren die hij noemt van cruciaal belang. Dit hebben wij al uiteengezet in: F.T. Schut en W.P.M.M. van de Ven, Health Maintenance Organizations: een structurele verandering in de Amerikaanse gezondheidszorg, *ESB*, 6 november 1985.

6) De gemiddelde nationale bezettingsgraad van ziekenhuisbedden daalde van 1982 tot eind 1985 van 77 tot 62 procent; voor de vier grootste commerciële ziekenhuisketens zelfs tot beneden de 50 procent. Zie: Het ziekenhuiswezen in de Verenigde Staten, *Weekberichten Kredietbank*, 29 augustus 1986.

7) „Many analysts estimate that up to one-third of all hospital beds will close during the next decade”, aldus: C.W. Higgins en E.D. Meyers, The economic transformation of American health insurance: implications for the hospital industry, *Health Care Management Review*, 11, 1986, blz. 25.

8) W. McClure, The competition strategy for medical care, *The Annals of the American Academy*, nr. 468, 1983; J. Merrill en C. McLaughlin, Competition versus regulation: some empirical evidence, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 10, 1986.

9) M.V. Pauly, Taxation, health insurance and market failure in the medical economy, *Journal of Economic Literature*, jg. 24, 1986. Bovendien is het optreden van vraaginductie sterk afhankelijk van het honoreringssysteem van hulpverleners en het financieringssysteem van de zorgverlening.

dige informatie bezitten maar dat enkele goed geïnformeerde consumenten (of hen vertegenwoordigende organisaties) als opinielider fungeren. Binnen de markt voor gezondheidszorg lijken de ziektekostenverzekeraars een potentiële kandidaat om deze signaalfunctie te vervullen. Verzekeraars lijken namelijk wel in staat om de vereiste informatie te verwerven en om de marktpositie van vragers ten opzichte van aanbieders van zorg te versterken. Ten eerste beschikken verzekeraars over grote gegevensbestanden die door de snelle ontwikkeling van de informatietechnologie steeds beter hanteerbaar worden en dienvolgt meer bruikbare informatie opleveren. In de tweede plaats worden de kosten van informatieverzameling omgeslagen over een groot aantal verzekerden (schaalvoordelen). Ten slotte heeft een verzekeraar namens een groot aantal verzekerden een veel betere onderhandelingspositie tegenover de aanbieder van zorg dan de individuele patiënt in geval van ziekte. Onderlinge concurrentie kan ziektekostenverzekeraars aanzetten om op te treden als belangenbehartiger van de consument 10).

Het is in dit verband van belang om concurrentie tussen verzekeraars te onderscheiden van concurrentie tussen zorgverleners. De commissie-Dekker beoogt dat *verzekeraars dingen naar de gunst van de verzekerden en dat de zorgverleners dingen naar de gunst van de verzekeraar, ten einde een zo goed mogelijk contract te krijgen*. Op de markt voor ziektekostenverzekeringen behoeft het informatieprobleem voor de consument geen grote rol te spelen, mits de aangeboden pakketten redelijk gestandaardiseerd zijn.

## Concurrentie en kostenbeheersing

Ondanks zijn empirische en theoretische argumenten tegen concurrentie in de gezondheidszorg lijkt Schrijvers dienaangaande een nogal tweeslachtige houding in te nemen. Dit blijkt vooral uit zijn conclusie, waarin hij in de eerste alinea begint te stellen dat concurrentie niet tot kostenbeheersing leidt, om vervolgens in de derde en vierde alinea te pleiten voor concurrentie tussen hulpverleners! Blijkbaar is Schrijvers dus niet gekant tegen concurrentie in de gezondheidszorg als zodanig, maar alleen tegen concurrentie tussen ziektekostenverzekeraars. Mag van concurrentie tussen hulpverleners dan wel kostenbeheersing worden verwacht? Afgezien van de onjuistheid van zijn argumenten tegen het kostenbeheersende effect van concurrentie, lijken deze argumenten evenzeer van toepassing op concurrentie tussen hulpverleners als op concurrentie tussen ziektekostenverzekeraars! Sterker nog, het door Schrijvers

gesignaleerde probleem van de asymmetrische informatieverdeling tussen arts en patiënt lijkt in de door hem voorgestane situatie waarin ziekenfondsen elk een regionaal monopolie hebben alleen maar groter, omdat niet duidelijk is welke prikkel ziekenfondsen onder vinden om in het belang van de verzekerden informatie over het handelen van de verschillende zorgverleners te verzamelen en aan hun verzekerden te verstrekken 11). Volgens Schrijvers zou deze prikkel besloten moeten liggen in de non-profitdoelstelling van de ziekenfondsen. Theoretische overwegingen noch praktische ervaringen lijken de veronderstelling te rechtvaardigen dat een monopolist met een non-profit doelstelling streeft naar goede, goedkope en op de aanwezige zorgbehoefte afgestemde dienstverlening. Bovendien lijkt in geval van een monopolistisch ziekenfonds ongewenste kartelvorming aan de kant van de hulpverleners meer waarschijnlijk dan in geval van geregleerde concurrentie tussen ziekenfondsen. Immers, indien er maar één ziekenfonds (in de regio) is, dan kan een hulpverlener zonder ziekenfondscontract nergens anders meer terecht (in de regio), terwijl in geval van concurrerende ziekenfondsen er nog andere ziekenfondsen zijn met wie over een contract kan worden onderhandeld.

Een kernprobleem van geregleerde concurrentie in de gezondheidszorg is het optreden van risico-selectie, hetzij door hulpverleners hetzij door verzekeraars. Wij delen de mening van Schrijvers dat Dekker c.s. dit probleem onvoldoende onderkend heeft. Mogelijkheden om dit probleem te ondervangen lijken echter zeker aanwezig, maar vereisen nadere studie.

Los van de vraag of het bevorderen van concurrentie in de gezondheidszorg nu wel of niet tot hogere kosten leidt, is het van belang zich af te vragen of kostenontwikkeling wel het juiste cri-

terium is om de merites van concurrentie in de gezondheidszorg te beoordelen. In tegenstelling tot Schrijvers, maar ook tot de commissie-Dekker, menen wij van niet. Op theoretische gronden mag worden verwacht dat concurrentie leidt tot een verbetering van de prijs/kwaliteitverhouding (grotere efficiëntie) en tot het beter inspelen op de preferenties van de consument. Door alleen het kosteneffect van concurrentie in beschouwing te nemen worden de overige effecten veronachtzaamd. Het moet, gezien de hoge waardering bij de Nederlandse bevolking voor een goede gezondheid, niet worden uitgesloten dat de consument, zeker indien er een gunstigere prijs/kwaliteit verhouding ontstaat en er beter wordt ingespeeld op zijn of haar voorkeuren, bereid is méér geld aan gezondheidszorg te gaan besteden. De kostenontwikkeling van medische zorg alleen lijkt derhalve geen geschikt criterium om de werking van concurrentie in de gezondheidszorg te beoordelen.

F.T. Schut  
W.P.M.M. van de Ven

De auteurs zijn werkzaam bij de studierichting Beleid en Management van de Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

10) Schrijvers lijkt ook dit te beseffen, getuige zijn opmerking dat de Amerikaanse verzekeraars de zwakke marktpositie van patiënten onderkennen en daarom voor hen op de bres springen. Hij lijkt zich echter niet te realiseren dat hierdoor de ruimte voor vraaginductie wordt beperkt.

11) De mogelijkheid van regionale ziekenfondsmonopolies met concurrentie tussen hulpverleners werd eerder reeds uitgebreid besproken door F.F.H. Rutten en W.P.M.M. van de Ven, Concurrentie tussen hulpverleners in de gezondheidszorg, ESB, 29 mei 1985.

## Naschrift

In haar rapport legt de commissie-Dekker op verschillende plaatsen een direct verband tussen concurrentie en kosten in de gezondheidszorg. In mijn bespreking heb ik deze stelling van de commissie weerlegd. Bij deze weerlegging speelt de door Schut en Van de Ven opnieuw weergegeven grafiek een centrale rol. De Amerikaanse gegevens hiervoor zijn afkomstig van de Health Care Financing Administration (HCFA), die voor de Federale overheid het beheer voert over het Medicare-programma, de ziektekostenverzekering voor 65-plussers. De schattingen voor de Amerikaanse gezondheidszorg over de periode 1984-1990 zijn uiteraard hypothetisch, maar bij mijn weten als zodanig niet omstreden. Amerikaanse marktonderzoekbureaus komen tot dezelfde of hogere percen-

tages voor de jaren negentig en spreken over gezondheidszorg in termen als *fast growing industry* 1).

Het voert te ver om te stellen zoals Schut en Van de Ven doen, dat de concurrentie in Amerika in 1985 nog moet beginnen. De zorg in dat land wordt al van oudsher gekenmerkt door competitieve verhoudingen tussen verzekeraars en ook tussen aanbieders van zorg. Verscherping van de concurrentie vond plaats toen de regering-Reagan in 1980 aantrad en in haar de-reguleringsstreven planning in de gezondheidszorg aan de kant zette. Indien concurrentie een *waarborg* vormt voor kostenvermindering zoals de commissie-Dekker stelt, dan zou de Amerikaanse curve in zijn totaal bene-

1) T.W. Mader, *High growth and new markets in an era of healthcare cost containment*, SRI-International, report 702, 1984; A.D. Little, *The health care system in the Mid-1990's*, Washington, 1985.

den de Nederlandse moeten liggen en vanaf 1980 moeten afvlakken. Ik geef toe dat het verloop van de curve anders kan zijn wanneer andere factoren een belangrijker rol spelen dan concurrentie, maar voor de stelling dat concurrentie de kosten doet dalen vormt de feitelijke curve geen ondersteuning.

Dat ik 1974/1975 als vergelijkingsjaar heb genomen voor beide landen, had ik beter moeten beargumenteren. In 1974 verscheen de 'Structuurnota Gezondheidszorg' van Staatssecretaris Hendriks 2). Deze nota betekende een kentering in het Nederlandse gezondheidsbeleid: beddenreductie in algemene ziekenhuizen, regionalisatie, een stringent tarievenbeleid en budgettering van instellingen vormen sindsdien de financiële kernbegrippen ervan. Dit beleid heeft voor de beheersing van de totale kosten – ook na correcties met tienden zoals Schut en Van de Ven terecht nodig achten – de nodige vruchten afgeworpen, getuige de in mijn artikel opgenomen grafiek. Een land dat ondanks vergrijzing, groei van medische technologie en opkomst van nieuwe ziekten vanaf 1975 door nieuw beleid in staat is de kosten van de zorg alleen met de welvaartstoename te laten groeien en in 1990 procentueel ongeveer evenveel zal uitgeven als in 1975, doet het internationaal gezien niet slecht en geeft geen aanleiding tot ingrijpende beleidswijzigingen zoals bepleit door de commissie-Dekker. Dat is de boodschap van de grafiek.

De invloed van concurrentie op kostenbeheersing is ook te onderzoeken door ziekenhuizen met winstoogmerk te vergelijken met non-profit-instellingen. De eerstgenoemde instituten kennen in de Verenigde Staten een scherpere prijspolitiek en een agressievere markt oriëntatie dan de laatstgenoemde. Watt e.a. hebben tachtig commerciële instellingen vergeleken met evenveel instituten zonder winstoogmerk. Beide groepen komen overeen qua takenpakket, ligging en omvang. Watt e.a. komen tot de conclusie dat de kosten acht procent, de verpleegprijzen vijf procent en de overige tarieven (voor laboratoriumonderzoek e.d.) van commerciële instellingen 36% boven die van de non-profit-instellingen uitkomen 3). Ook nu geldt dat dit verschil niet hoeft te ontstaan door aan- of afwezigheid van meer of minder concurrentie, maar de gegevens plaatsen wel vraagtekens bij het uitgangspunt van de commissie-Dekker 4).

Aan het eind van hun reactie signaleren Schut en Van de Ven bij mij een tweeslachtige houding. Inderdaad ben ik minder van mijn eigen gelijk overtuigd dan de twee auteurs, getuige hun gespierde termen als 'drijfzand' en 'inconsistentie'. Wat ik met concurrentie tussen hulpverleners bedoelde, wil ik aan de hand van het volgende voorbeeld verduidelijken. In Nederland bestaan bij mijn weten zo'n zeventig stichtingen die het sterven thuis in plaats van in het ziekenhuis willen bevorderen. Varend onder vlaggen als

'Terminale thuiszorg' en 'Thuissterfcentrale' worden deze thans meestal zeer beperkt gesubsidieerd door een of ander fonds. Om terminale thuiszorg professioneel aan te bieden zijn nieuwe organisatievormen nodig. De anesthesist moet bij voorbeeld aan huis komen om pijn te bestrijden; intensive-care-verpleegkundigen moeten thuis de nodige apparatuur kunnen aanbrengen en bijstellen; huisartsen en wijkverpleegkundigen moeten soms uren achtereen aanwezig kunnen zijn; er zijn afspraken nodig tussen mantelzorgers, ambulancevervoer en ziekenhuis over spoedopnamen bij plotselinge verergering van de ziekte. Voor deze nieuwe organisatievormen kan het praktisch zijn om de *nationale monopoliepositie* van instellingen regionaal te doorbreken. Het ziekenhuis kan dan bij voorbeeld wijkverpleging en huisartsenzorg voor deze groep patiënten aanbieden. Omgekeerd kan een bepaald bejaardenoord enkele bedden ter beschikking stellen aan mensen met een intensieve-zorgbehoefte. Op dit moment zijn dergelijke organisatievormen vanwege landelijke erkenningsvoorwaarden onmogelijk. Indien hierover afspraken te maken zijn tus-

sen het regionale ziekenfonds en regionale aanbieders van zorg onder toezicht oog van regionale pers en lagere overheid – bij voorbeeld binnen de context zoals aangegeven in een onlangs uitgebracht SER-advies 5) – ontstaat er een zekere mate van concurrentie tussen aanbieders. Hun regionale monopolie op bepaald zorgaanbod is niet meer vanzelfsprekend. Om nieuwe vormen van thuiszorg een ontwikkelingskans te bieden heb ik deze concurrentiebevordering bepleit en mijn artikel de titel meegegeven 'Regionalisatie en competitie in de gezondheidszorg'.

## G. Schrijvers

2) *Structuurnota gezondheidszorg*, Tweede kamer, zitting 1973-1974, 13 012.

3) J.M. Watt, c.a., The comparative economic performance of investor-owned chain and not-for-profit hospitals, *The New England Journal of Medicine*, 1986, nr. 314.

4) Zie uitvoeriger dan hier en in mijn artikel: G. Schrijvers, Commerciële ziekenhuizen in Amerika staan onder druk, bijlage bij *Medisch Contact*, juni 1987.

5) Sociaal Economische Raad, *Advies beheersstructuur gezondheidszorg*, Den Haag, april 1987.