



Eerlijk prijzen in de zorg

Auteur(s):

Geest, S.A. van der
Schut, F.T.
Varkevisser, M.

De auteurs zijn werkzaam bij de Erasmus Universiteit Rotterdam. Van der Geest en Varkevisser zijn verbonden aan het Onderzoekcentrum voor Financieel Economisch Beleid (ocfeb), Schut aan het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (ibmg). We danken Kees Birkhoff voor zijn opmerkingen bij een eerdere versie van dit artikel. varkevisser@few.eur.nl

Verschenen in:

ESB, 88e jaargang, nr. 4415, pagina 470, 3 oktober 2003

Rubriek:**Trefwoord(en):**

zorg

Bij de invoering van meer marktwerking in de gezondheidszorg moet rekening worden gehouden met uiteenlopende risico's van marktfalen op verschillende deelmarkten en de wisselwerking tussen deelmarkten.

Het kabinet-Balkenende II heeft aangegeven "zo snel als verantwoord is" meer marktwerking in de gezondheidszorg te introduceren¹. Hierbij is het van groot belang te onderkennen dat binnen de gezondheidszorg een groot aantal deelmarkten bestaat waar zeer uiteenlopende producten en diensten worden geleverd. Elke deelmarkt bezit namelijk specifieke economische kenmerken. Deze kenmerken maken dat het introduceren van vrije onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders op sommige deelmarkten meer kans op succes heeft dan op andere². Zo kan deregulering bijvoorbeeld tot te hoge prijzen leiden op een deelmarkt waar aanbieders dankzij de aanwezigheid van grote schaalvoordelen of door een geringe omvang van de markt een 'natuurlijke' economische machtspositie bezitten.

Om marktfalen te voorkomen, kunnen prijzen en toetreding dus niet op elke deelmarkt in dezelfde mate en op dezelfde wijze worden gedereguleerd. Zorgvuldig dereguleren in de zorg vereist daarom een goede analyse van deelmarkten³. Een afzonderlijke deelmarktanalyse is echter niet voldoende, omdat het functioneren van de ene deelmarkt soms sterk wordt beïnvloed door het functioneren van andere deelmarkten. Met name in de ziekenhuiszorg speelt deze wederzijdse beïnvloeding een belangrijke rol. In dit artikel analyseren wij de gevolgen hiervan voor de introductie van marktwerking in de ziekenhuissector.

Relaties tussen deelmarkten

Een sterke samenhang tussen deelmarkten kan tot problemen leiden wanneer deregulering van één van de betreffende deelmarkten gepaard gaat met marktfalen en de overheid dit marktfalen niet of in onvoldoende mate corrigeert. Problemen kunnen eveneens ontstaan wanneer bijvoorbeeld één van de betreffende markten nog niet gedereguleerd is en de bestaande regulering overheidsfalen veroorzaakt. Inzicht in de relaties tussen markten is dus ook van groot belang voor het bepalen van de juiste volgorde in het transitieproces.

Er zijn diverse redenen waarom tussen deelmarkten relaties bestaan. Ten eerste zijn de *scheidslijnen* tussen deelmarkten vaak enigszins arbitrair, omdat er tussen deelmarkten meestal wel enige mate van substitutie mogelijk is. Ten tweede kan het zijn dat deelmarkten *complementair* zijn met andere deelmarkten. Zo kan een tekort aan verpleegkundigen voor de intensive care ervoor zorgen dat operatieassistenten hun werk niet kunnen doen. Ten derde kunnen deelmarkten in *verticale* zin met elkaar zijn verbonden. Hiervan is sprake als de output van de ene markt een belangrijke input is op de andere markt. Wanneer bijvoorbeeld te weinig medisch personeel wordt opgeleid (opleidingsmarkt), leidt dit tot het ontstaan van wachtlijsten (zorgverleningsmarkt). Ten vierde kan een *horizontale* verbinding tussen deelmarkten bestaan. Hiervan is sprake wanneer een aanbieder op meerdere deelmarkten tegelijkertijd actief is ('multi-product'- onderneming). Een belangrijk motief voor een aanbieder om zich op meerdere deelmarkten te bewegen is het realiseren van synergievoordelen. Omdat ziekenhuizen bij uitstek op verschillende deelmarkten actief zijn, zullen wij ons concentreren op de gevolgen van horizontale relaties tussen deelmarkten voor de introductie van marktwerking in de ziekenhuissector.

Kruissubsidiëring

Wanneer een aanbieder op verschillende deelmarkten actief is en op één van die deelmarkten als gevolg van marktfalen of overheidsfalen structurele overwinsten behaalt, kan deze met behulp van kruissubsidiëring de mededinging op andere deelmarkten verstoren⁴. Bijvoorbeeld door op markten waar door deregulering toetreding mogelijk is dusdanig lage prijzen te vragen, dat nieuwkomers geen eerlijke kans hebben ('predatory pricing'). Zo'n ongelijk spelveld heeft tot gevolg dat deregulering niet tot de gewenste toename van de concurrentie leidt.

Ook het omgekeerde kan zich voordoen. Op gereguleerde deelmarkten kan de prijs door de overheid te laag zijn vastgesteld. In dat geval leidt de aanbieder op die markt een verlies dat hij in principe op de overige niet-gereguleerde deelmarkten moet terugverdienen. Deze vorm van kruissubsidiëring is echter onmogelijk wanneer op deze deelmarkten sprake is van effectieve concurrentie met gespecialiseerde toetreders. Dit kan uiteindelijk tot sluiting van efficiënte ziekenhuisafdelingen, ziekenhuislocaties of zelfs gehele ziekenhuisorganisaties

leiden.

Spoeisende zorg en dagbehandelingen

Binnen de gezondheidszorg is het ziekenhuis een treffend voorbeeld van een aanbieder die op meerdere deelmarkten actief is. Grofweg kunnen drie deelmarkten worden onderscheiden waarop ziekenhuizen opereren: klinische zorg (opnamen), spoedisende zorg en dagbehandelingen. Vooral bij spoedisende zorg is er als gevolg van de vereiste 7x24-uurs beschikbaarheid sprake van grote synergie-effecten, waardoor het niet waarschijnlijk is dat in Nederland zelfstandige spoedisende zorgcentra economisch rendabel kunnen zijn. Daarentegen blijkt de afgelopen jaren dat op de deelmarkt voor dagbehandelingen gespecialiseerde aanbieders juist in een behoefte voorzien. Waar de deelmarkten voor spoedisende en klinische zorg vooralsnog sterk zijn gereguleerd, wordt de deelmarkt voor dagbehandelingen in toenemende mate gedereguleerd.

Dagbehandelingen zijn medische behandelingen waarvoor geen overnachting is vereist. Enkele voorbeelden zijn liesbreukoperaties, staaroperaties, infuustherapieën en het verwijderen van de amandelen. Om voor vergoeding door de ziekenfondsverzekering in aanmerking te komen moeten de aanbieders in het bezit zijn van een vergunning op grond van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Dagbehandelingen mogen in tegenstelling tot klinische zorg niet alleen in ziekenhuizen maar sinds 1998 ook in zogeheten zelfstandige behandelcentra (ZBC's) worden uitgevoerd. Hoewel erkend werd dat dergelijke privé-klinieken een positieve rol zouden kunnen spelen bij het oplossen van wachtlijsten, was het destijds ten aanzien van de afgifte van vergunningen de bedoeling een restrictief beleid te voeren. Het verschijnsel zbc werd namelijk min of meer beschouwd als een noodzakelijk kwaad en moest omwille van de kosten, de kwaliteit van de zorg en de solidariteit (principe van gelijke toegang) beperkt worden gehouden.

Door de hardnekkige wachtlijsten en het gebrek aan dynamiek in de ziekenhuissector, is er de afgelopen jaren een kentering opgetreden in de sceptische houding jegens zbc's. Recentelijk hebben zowel het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (cbz) als de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) geadviseerd de ruimte voor ZBC's te vergroten⁵. Het ministerie van vws heeft deze adviezen ter harte genomen en de Tweede Kamer onlangs meegedeeld een aantal bestaande toetredingsbarrières te willen opheffen.⁶

- » er hoeft niet langer een wachtlijst te bestaan voor het specialisme waarop het zbc zich wil richten;
- » zbc's hoeven niet langer een samenwerkingsovereenkomst met een ziekenhuis te kunnen overleggen;
- » een zbc in oprichting hoeft niet langer rekening te houden met de visie van de marktleidende zorgverzekeraar en de naburige ziekenhuizen;
- » de vergunningaanvraag wordt vergaand verkort en vereenvoudigd.

Verdergaande deregulering dagbehandeling?

Op grond van de kenmerken van de markt voor dagbehandelingen is het risico van marktfalen bij een verdergaande deregulering van prijzen en toetreding gering⁷. Er bestaat een grote en groeiende vraag naar dagbehandelingen, substantiële schaal- en synergievoordelen zijn afwezig en de markt lijkt voldoende betwistbaar. Hierdoor is naar verwachting het aantal aanbieders op de markt bij deregulering voldoende voor effectieve concurrentie. Bovendien beschikken zorgaanbieders ten opzichte van verzekeraars niet over onevenredig veel onderhandelingsmacht en worden patiënten en verzekeraars niet geconfronteerd met onoverkomelijke informatieproblemen. Dagbehandelingen betreffen over het algemeen namelijk relatief eenvoudige, routinematige en frequent toegepaste verrichtingen, zodat zowel de noodzaak als de kwaliteit ervan in principe goed zijn in te schatten. Niettemin schort het op deze markt vooralsnog aan een uniform kwaliteitssysteem op grond waarvan de kwaliteit van de instellingen kan worden vergeleken en getoetst. Zonder een goed kwaliteitbeoordelingssysteem kan het volledig vrij laten van de toetreding het publieke belang van een voldoende kwaliteitsniveau schaden, zoals onlangs bleek uit een kritisch rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) over de tekortschietende kwaliteit in een aantal privé-klinieken - overigens voornamelijk die zonder WZV-vergunning⁸. Wanneer adequate prestatie-indicatoren worden ontwikkeld en de zorgverzekeraars voldoende prikkels hebben om op te treden als effectieve inkoopers van zorg, zou de markt voor dagbehandelingen vergaand kunnen worden gedereguleerd.

Of toch niet?

Niettemin is het de vraag of het verstandig zou zijn om op korte termijn reeds verder te willen gaan dan de recentelijk aangekondigde dereguleringsmaatregelen. De eerste reden hiervoor is gelegen in de huidige imperfecte regulering van de deelmarkt voor spoedisende zorg. Ziekenhuizen ontvangen momenteel namelijk geen specifieke vergoeding voor het aanbieden van spoedisende zorg (geen aparte budgetparameter), zodat de kosten ervan langs een indirecte weg moeten worden terugverdiend. In feite zijn ziekenhuizen nu dus aangewezen op kruissubsidiëring: de kosten van spoedisende zorg zijn verdisconteerd in de prijzen van de overige typen zorg, waaronder dagbehandelingen. Indien de huidige tariefregulering volledig wordt losgelaten en op de markt voor dagbehandelingen op grote schaal daadwerkelijk vrije concurrentie tussen ziekenhuizen en zbc's ontstaat, vervalt voor ziekenhuizen de mogelijkheid om deze vorm van kruissubsidiëring volledig te handhaven. Indien daardoor onvoldoende financiële middelen voor de acute zorg beschikbaar komen, kunnen afdelingen voor spoedisende eerste hulp met sluiting worden bedreigd⁹. Zonder een adequate prijsstelling voor spoedisende zorg kan vergaande deregulering van de markt voor dagbehandelingen dus negatieve gevolgen hebben voor de bereikbaarheid en beschikbaarheid van spoedisende zorg.

Naast dit probleem, dat met name op de korte termijn speelt, ligt er op de lange termijn wellicht nog een groter probleem op de loer. De overheid is namelijk van plan om vanaf 2005 de prijsstelling van klinische zorg over te laten aan de individuele zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Zij moeten dan per cluster van diagnose-behandelingcombinaties (dbc's) - die tegen die tijd uitontwikkeld moeten zijn - een prijs afspreken. Gelet op de hoge marktconcentratie in sommige ziekenhuisregio's is het niet denkbeeldig dat bepaalde ziekenhuizen op de klinische en spoedisende zorgmarkten een zodanige machtspositie hebben dat zij een fors hogere prijs kunnen bedingen dan op een concurrerende markt het geval zou zijn. De overwinsten die zij aldus behalen, kunnen ze vervolgens gebruiken om zbc's op de markt voor dagbehandelingen met afbraakprijzen van de markt te drukken of te weren.

Hoe verder?

De problemen die bovenstaande interacties opwerpen zijn weliswaar complex, maar zeker niet onoplosbaar. Zij impliceren wel dat de overheid bij verdergaande deregulering van het zorgaanbod scherp moet waken voor het ontstaan van machtsposities en kruissubsidiëring. Een sterke toezichthouder is dan ook vereist. Deze zorgautoriteit - die momenteel nog in oprichting is - moet in de eerste plaats bevoegdheden krijgen om prijzen te reguleren. Prijsregulering kan namelijk noodzakelijk zijn om kruissubsidiëring te voorkomen of misbruik van marktmacht tegen te gaan. Zo zou de zorgautoriteit de prijzen voor klinische opnamen en spoedeisende zorg in regio's waar ziekenhuizen een dominante machtspositie bezitten via een systeem van maatstafconcurrentie kunnen koppelen aan prijzen die in regio's totstandkomen waar wél sprake is van effectieve concurrentie tussen zorgaanbieders. In de tweede plaats moet de 'marktmeester' over instrumenten beschikken om in te grijpen in horizontale en verticale conglomeraatvorming. Bijvoorbeeld door scheiding of opsplitsing van bepaalde onderdelen af te kunnen dwingen of door specifieke eisen te mogen stellen aan de verantwoording van prijsstelling en kostentoerekening. In de derde plaats moet de zorgautoriteit de toetreding tot de ziekenhuismarkt kunnen controleren. Enerzijds om de betwistbaarheid van de markt te kunnen vergroten door bestaande toetredingsbelemmeringen te reduceren. Anderzijds om - bijvoorbeeld door middel van verplichte certificering - eisen te kunnen blijven stellen aan de kwaliteit van zowel toetreders als reeds gevestigde zorgaanbieders.

Conclusie

De gezondheidszorg omvat een groot aantal deelmarkten met uiteenlopende kenmerken en risico's van marktfalen. Een verantwoorde introductie van meer marktwerking in de gezondheidszorg vereist daarom gedegen deelmarktanalyses. Het gevaar bestaat echter dat op die manier de wisselwerking tussen deelmarkten veronachtzaamd wordt. Deregulering van de ene deelmarkt kan namelijk belangrijke gevolgen hebben voor andere deelmarkten en vice versa. Wanneer bijvoorbeeld de risico's van marktfalen op de markt voor dagbehandelingen in isolatie worden geanalyseerd, lijkt een vergaande deregulering van prijzen en toetreding wenselijk. Als gevolg van de mogelijk versturende invloed van de momenteel imperfect gereguleerde deelmarkten voor spoedeisende zorg en klinische opnamen zou een vergaande deregulering op korte termijn echter niet verstandig zijn. Allereerst dient een sterke toezichthouder te worden opgericht. Deze zorgautoriteit moet effectieve bevoegdheden krijgen om regels te kunnen stellen aan prijsstelling, conglomeraatvorming, kostentoerekening en toetreding teneinde kruissubsidiëring te voorkomen of misbruik van marktmacht tegen te gaan. Pas als voldoende garanties bestaan dat ziekenhuizen voor al hun producten - spoedeisende zorg inclusief - een eerlijke prijs ontvangen, is vergaande deregulering verantwoord.

Stéphanie van der Geest, Erik Schut en Marco Varkevisser

1 Tweede Kamer, *Kabinetscrisis en -formatie: brief van de informateurs met het hoofdlijnenakkoord*, vergaderjaar 2002-2003, 28 637, nr. 19, Den Haag.

2 Zie ook de bijdrage van Ten Cate in deze ESB.

3 Zie voor een analysekader voor het vaststellen van het risico van marktfalen en de meest geëigende marktordening R.F.T. Aalbers e.a., *Zorgvuldig dereguleren: een analysekader voor de curatieve zorg*, *Studies in Economic Policy*, nr. 8, OCFEB/iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2003.

4 Er is sprake van een overwinst wanneer de omzet groter is dan de kosten, inclusief een marktconforme vergoeding op het eigen vermogen.

5 CBZ, *Het zelfstandig behandelcentrum: van noodzakelijk kwaad tot nuttig goed?*, Den Haag, 2003 en RVZ, *Marktwerking in de medisch specialistische zorg*, Zoetermeer, 2003.

6 Tweede Kamer, *Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over zelfstandige behandelcentra (zbc's)*, vergaderjaar 2002-2003, 28 600 XVI, nr. 116, Den Haag.

7 M. Varkevisser e.a., *Gereguleerde concurrentie in de curatieve zorg: de deelmarkten spoedeisende zorg en electieve zorg in dagbehandeling*, *Studies in Economic Policy*, nr. 11, OCFEB/iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2003.

8 IGZ, *Onvoldoende waarborgen voor kwaliteit en veiligheid in 'snijdende' privé-klinieken*, Den Haag, 2003.

9 Hierbij moet overigens worden opgemerkt dat ziekenhuizen in tegenstelling tot zbc's hun kapitaallasten momenteel nagenoeg geheel krijgen vergoed en ten aanzien hiervan dus vrijwel niet risicodragend zijn. Ook in dit opzicht is er sprake van een ongelijk speelveld.