

Lusten en lasten van marktwerking bij huisartsen

Auteur(s):

Groot, I.

Kok, L.

De auteurs zijn verbonden aan de Stichting voor Economisch Onderzoek te Amsterdam. ingeg@seo.fee.uva.nl

Verschenen in:

ESB, 89e jaargang, nr. 4428, pagina 108, 5 maart 2004

Rubriek:

Zorg

Trefwoord(en):

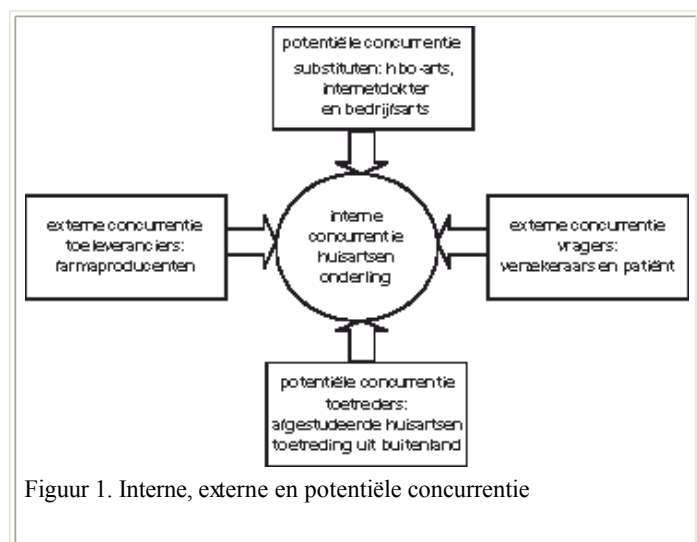
Horen huisartsen thuis onder het regime van de mededingingswet? Niet iedereen geeft hetzelfde antwoord op deze vraag.

Economische kennis kan helpen om de meerwaarde van concurrentie tussen huisartsen te bepalen. In dit artikel betogen wij dat concurrentie tussen huisartsen op dit moment nog geen meerwaarde biedt. Op langere termijn biedt marktwerking wel degelijk mogelijkheden.

De markt voor huisartsenzorg

Voor het goed werken van de 'onzichtbare hand' is het nodig dat er voldoende competitie is op de markt en dat vragers en aanbieders geen marktmacht hebben waarmee ze de marktprijs naar hun hand kunnen zetten. Competitie geeft prikkels om kostenefficiënt te werken en verhindert buitensporig hoge winsten. Wij hebben het model van Porter gebruikt om te onderzoeken of er wel voldoende competitie is op de markt voor huisartsenzorg, zodat de 'onzichtbare hand' haar werk kan doen.

Porter onderscheidt drie verschillende vormen van concurrentie: interne, externe en potentiële concurrentie (zie [figuur 1](#)).¹ Interne concurrentie is concurrentie tussen bestaande aanbieders op de markt. Externe concurrentie is de druk die op de aanbieders wordt gelegd door de vragende partijen (de verzekeraar die zorg inkoop voor haar verzekerden en de patiënten) en door onderaannemers of toeleveranciers. Potentiële concurrentie ontstaat door de druk van mogelijke toetreders tot de markt en de dreiging die uitgaat van substituten (de internetdokter of de bedrijfsarts).



Interne concurrentie

De interne concurrentie tussen huisartsen wordt bepaald door diverse componenten:

- » concentratie van huisartsen;
- » prijsafspraken tussen huisartsen;
- » productdifferentiatie en overstapkosten;

» uittredingsdrempels.

Het huisartsentekort geeft artsen een sterke positie in de onderhandelingen met de verzekeraars. De tekorten zijn overigens lokaal. De intensiteit van de interne concurrentie wordt verder beïnvloed door de mate van samenwerking onder huisartsen. Huisartsen moeten op veel terreinen met elkaar samenwerken, bijvoorbeeld voor het plannen van de avond- en weekenddiensten. Door de samenwerking worden andere huisartsen niet gezien als concurrent, maar als collega. Het is bijna onvermijdelijk dat ook over prijzen wordt gesproken. Een derde punt dat de mate van concurrentie beïnvloedt, is het gemak waarmee de consumenten gebruik kunnen maken van een andere aanbieder. Consumenten zijn gehecht aan de eigen huisarts; vaak hebben ze er een vertrouwensband mee opgebouwd. Patiënten ervaren dan ook overstapkosten als zij met een andere huisarts in zee gaan. Een nieuwe huisarts heeft een informatieachterstand, waardoor de kwaliteit van de geboden zorg in eerste instantie vaak lager is of als lager wordt ervaren². Daarom zullen patiënten niet snel wisselen van huisarts. De tucht van de markt is daardoor slechts betrekkelijk. Aan de andere kant wordt de interne concurrentie verhoogd als er uittredingsdrempels zijn: aanbieders zullen elkaar beconcurreren, want zij zullen niet snel stoppen met het aanbieden van hun dienst. Uittredingsdrempels voor huisartsen zijn hoog. Zij hebben negen jaar geïnvesteerd in een opleiding tot huisarts en hebben veelal aanzienlijke bedragen geïnvesteerd in een praktijk.

Concluderend kan worden gesteld dat de voorwaarden voor voldoende interne concurrentie nauwelijks aanwezig zijn op de markt voor huisartsenzorg: er zijn tekorten aan huisartsen die bovendien veel samen moeten werken. Consumenten ervaren overstapkosten als ze overstappen naar een andere huisarts. De hoge uittredingsdrempels compenseren dit maar ten dele.

Potentiële concurrentie

De huisartsenmarkt kent hoge toetredingsbelemmeringen. Vanwege het lange opleidingstraject en de beperkte opleidingscapaciteit zal de druk op huisartsen van potentiële toetreders klein zijn. Toetreding uit het buitenland gebeurt nog maar sporadisch. Substitutie is in beperkte mate aanwezig; de huisarts is immers de spil in de gezondheidszorg. De huisarts heeft onlangs wel enige concurrentie gekregen: de bedrijfsarts mag ook doorverwijzen naar de tweedelijns gezondheidszorg.

Externe concurrentie

Vanwege het gebrek aan concurrentie tussen huisartsen onderling en de afwezigheid van potentiële toetreders en substituten is marktwerking, met name op de korte termijn, een probleem. De enige partij die er op korte termijn voor kan zorgen dat huisartsen worden geprikkeld om efficiënt zorg aan te bieden, zijn de verzekeraars. Het is echter de vraag of verzekeraars veel druk op de huisartsen kunnen leggen. De concentratie van regionaal sterke ziekenfondsen geeft verzekeraars een pré. Daartegenover staat echter het beperkte belang dat verzekeraars hebben om goedkope zorg in te kopen: de consument is niet gevoelig voor kleine prijsveranderingen voor de ziektekostenverzekering en het kostenaandeel van huisartsenzorg in de totale premie is zeer beperkt. De eerdergenoemde overstapkosten van patiënten leiden er bovendien toe dat verzekeraars met veel huisartsen contracten moeten afsluiten.

Gevolgen van de introductie van marktwerking

Marktwerking kan huisartsen prikkelen om hun diensten efficiënter te verlenen. Naast het verlenen van efficiëntere diensten kan marktwerking zorgen voor een betere aansluiting tussen vraag en aanbod naar huisartsenzorg. In sommige regio's is er een tekort aan huisartsen, terwijl er in andere regio's voldoende huisartsen zijn. Als huisartsen in wijken met tekorten een hoger tarief krijgen dan huisartsen in de wijken met een overschot, dan kunnen de huisartsentekorten worden verminderd. Marktwerking kan bovendien leiden tot innovatie: taken van de huisarts kunnen worden overgenomen door bijvoorbeeld een praktijkverpleegkundige. De huidige mentaliteit dat alleen wordt geïnnoveerd als daar ook een bijbehorend tarief voor is vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg (ctg) blokkeert deze innovatie.

Voorwaarden

Deze mooie resultaten worden echter niet zomaar behaald. Daarvoor moet aan een aantal voorwaarden zijn voldaan. Ten eerste moet er ruimte zijn om te onderhandelen. Deze ruimte is er momenteel nauwelijks. De maximumtarieven van het ctg zijn de werkelijke tarieven. Goed presterende huisartsen kunnen niet extra worden beloond; zij ontvangen immers al het maximumtarief. Onze verwachting is dat slecht presterende huisartsen nauwelijks zullen worden gekort. Er zijn (lokale) tekorten aan huisartsen. Daardoor zijn ook huisartsen die het minder goed doen nodig om zorg te verlenen. Bovendien zijn er beperkte mogelijkheden bij verzekeraars om huisartsen onder druk te zetten. Het korten van huisartsen levert slechts een kleine besparing op en leidt wel tot onrust. Ook zorgt de informatieasymmetrie tussen huisarts en verzekeraar ervoor dat het voor verzekeraars moeilijk is om te bepalen welke arts niet goed presteert en daarom gekort zou moeten worden. Het is dus de vraag in hoeverre - onder de huidige strakke regulering - marktwerking baten met zich meebrengt.

Ten tweede mogen de kosten waarmee marktwerking gepaard gaat niet te groot worden. Een grote kostenpost van concurrentie tussen huisartsen ontstaat door de noodzaak om contracten af te sluiten. Dit zijn transactiekosten. De introductie van marktwerking betekent dat er contracten moeten worden afgesloten tussen de (individuele) huisarts en de (individuele) verzekeraar. Zo'n contract bevat momenteel circa 88 verschillende tarieven, variërend van het abonnementstarief tot een tarief voor hechtmateriaal. Een dergelijk gedetailleerd systeem van tariefsafspraken gaat gepaard met hoge administratieve lasten, zowel voor de huisartsen als voor de verzekeraars.

Ten derde moeten nieuwe toetreders de kans krijgen om actief te worden op deze markt. Momenteel wordt de schaarste aan huisartsen in stand gehouden door het beperkte aantal opleidingsplaatsen. Uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen kan er op termijn voor zorgen dat huisartsen meer onder druk worden gezet en scherp met elkaar gaan concurreren.

Conclusie

Momenteel wordt op twee gedachten gehinkt. Enerzijds wil politiek Den Haag controle houden over de kosten van de gezondheidszorg. Anderzijds wil zij de baten van marktwerking binnenhalen. Beide ideeën kunnen echter niet tegelijkertijd worden gerealiseerd, waardoor

nu wel de lasten maar niet de lusten van marktwerking worden gedragen. Politici moeten durven af te zien van de controle over de kosten in de huisartsenzorg. Het aantal opleidingsplaatsen moet worden verruimd en de ctg-tarieven moeten worden vrijgegeven. Dan is er ruimte om goed presterende en innoverende huisartsen hoger te belonen dan huisartsen die minder goed presteren.

Op korte termijn zal dit naar onze verwachting leiden tot opwaartse druk op de prijzen. Huisartsenzorg is immers een schaars goed. Dit is niet erg, want hogere inkomens voor huisartsen stimuleren anderen om tot de markt toe te treden. Bovendien komen vraag en aanbod in betere verhouding en zullen alternatieven voor huisartsenzorg worden gezocht, zoals bijvoorbeeld de internetdokter en het call-centrum van de ziektekostenverzekeraar (triage).

Op langere termijn zullen de tekorten aan huisartsen dan verminderen. Dankzij een transparante verzekeringsmarkt zullen patiënten verzekeraars onder druk zetten om kostenbewust zorg in te kopen. Verzekeraars zullen investeren in het monitoren van het verwijs- en voorschrijfgedrag van huisartsen. Huisartsen die kwalitatief hogere zorg leveren en huisartsen die kostenefficiënt werken zullen daarvoor worden beloond. Verzekeraar en huisarts zullen eenvoudigere tariefafspraken maken, wat leidt tot een verlaging van de transactiekosten. Als verzekeraars ruimte krijgen om goed presterende huisartsen extra te belonen biedt marktwerking wel degelijk meerwaarde. **Inge Groot en Lucy Kok**

Dit artikel is gebaseerd op I. Groot, H. Keuzenkamp, J. van Seters en J. Theeuwes, *Concurrentie tussen huisartsen doorgeprikt*, Stichting voor Economisch Onderzoek, Amsterdam, 2003.

1 M.E. Porter, *Competitive strategy; techniques for analyzing industries and competitors*, The Free Press, New York/Londen, 1980.

2 A. Scott, *Economics of general practice*, in: *Handbook of health economics*, deel 1, Elsevier Science, Amsterdam, 2000.