



## Marktwerking in de zorg

**Auteur(s):**

H.A. Keuzenkamp

De auteur is directeur van Delta Lloyd zorg en is als hoogleraar verbonden aan de UvA. [hugo.keuzenkamp@deltalloyd-zorg.nl](mailto:hugo.keuzenkamp@deltalloyd-zorg.nl)

**Verschenen in:**

ESB, 90e jaargang, nr. 4464, pagina D21, 30 juni 2005

**Rubriek:**

zorg

**Trefwoord(en):**

*De zorg is met stip de meest complexe sector van de economie. Komende jaren zal blijken of het experiment met partiële marktwerking in deze sector gaat lukken. Marktfalen én reguleringsfalen liggen op de loer.*

De zorgmarkt mag van alle markten het verst verwijderd zijn van de neoklassieke hemel, voor economen is ze een waar walhalla. Alle vormen van marktfalen komen we in de zorg tegen. Regulering, als antwoord op het marktfalen, heeft net zo'n grote neiging zelf te falen. Voldoende stof voor economen om te zien of een vorm van gereguleerde marktwerking illusoir is, of toch kan worden gevonden.

In dit essay benoem ik eerst de bronnen van marktfalen in de zorgsector (daaronder versta ik zorgaanbod en zorgverzekeringen). Ik beperk me tot tweedelijns curatieve zorg (gericht op genezing), in het besef dat denken over huisartsenzorg en de markt voor (langdurige) verzorging voor economen even uitdagend is. Ik bespreek de initiatieven die de afgelopen jaren zijn genomen om voorzichtig - vormen van marktwerking te introduceren. Daarbij beoordeel ik of deze initiatieven hun nut of mislukking al bewezen hebben en wat er eventueel nodig is om van gereguleerde marktwerking een succes te maken.

### Zorg en de neoklassieke hemel

In de neoklassieke hemel hebben atomistische marktpartijen (vragers en aanbieders) geen invloed op prijzen. Ze storen elkaar niet in hun beslissingen en beschikken allen over gelijke informatie. Bovendien kennen de vragers hun preferenties: ze weten wat ze willen, en handelen ernaar. Voor iedere vraag is een markt. De aanbieders weten wat ze met welke middelen produceren, en kijken wel uit om iets van die middelen te verspillen. Helaas nemen de meeropbrengsten bij hogere productie af. In de neoklassieke hemel zorgt een onzichtbare hand ervoor dat partijen elkaar weten te vinden en dat er een efficiënt evenwicht ontstaat.

De zorg wijkt hier zin voor zin van af. De vraag naar zorg wordt verstoord, doordat mensen die zorg nodig hebben hun vraag veelal niet kunnen stellen. Patiënten kunnen zichzelf niet goed diagnosticeren en hebben bovendien geen consistente preferenties als het gaat over gezondheid. Mensen negeren bewust ziekten (cognitieve dissonantie) of negeren juist problemen (Münchhausen-syndroom). Mensen vechten vaak langer door om te overleven dan ze ooit voor mogelijk en wenselijk hadden gehouden. De preferenties voor 'beter willen worden' sporen niet altijd met de preferenties voor feitelijke behandeling. Wie zorg nodig heeft, zal behandeling soms nalaten, uit angst of omdat er een eigen bijdrage moet worden betaald. Individueel kan dat een optimale keuze zijn, maar ze kan ten koste van de omgeving gaan, bijvoorbeeld als er gevaar voor besmetting bestaat. Bovendien zijn mensen verzekerd, waardoor de consequenties van keuzegedrag elders kunnen worden geparkeerd. Een afweging van kosten en baten op individueel niveau wijkt af van de maatschappelijke afweging.

Zorgaanbieders beschikken vaak over uitstekende informatie waarmee de zorgbehoefte van een patiënt in kaart gebracht kan worden: de diagnose. Als aan de daarop volgende behandeling het inkomen wordt verdiend, heeft de aanbieder een prikkel om de diagnose te vervalsen. Praatjes vullen geen gaatjes, denkt de tandarts die zijn hypotheek moet aflossen.

Zorgaanbieders kennen in veel gevallen hun 'productiefunctie' niet en zijn onbekend met de kostenstructuur van hun eigen aanbod. Dat is overigens een gevolg van reguleringsfalen. Aanbieders hebben geen prikkel om de kostenstructuur te kennen, zolang zij niet op kosten worden afgerekend. Ook transactiekosten blijven in de zorg buiten beeld. Behandelaars zijn vaak van elkaar afhankelijk, maar hebben grote moeite om hun eigen handelingen of die van anderen in de keten af te stemmen. De professionele autonomie van de arts is heilig. Transactiekosten en overdrachtfouten zijn soms - letterlijk - dramatisch. De theory of the firm heeft in de zorg nog geen opgeld gedaan. Dat wil niet zeggen dat aanbieders zich niet organiseren: dat gebeurt wel degelijk, in sterke koepelorganisaties. De zorg is de enige sector waar we het gildeverband nog in herkennen en waar kartels zijn geïnstitutionaliseerd.

Een wijd verbreide karakteristiek van zorgaanbieders is dat ze menen dat 'goede bedoelingen' een belangrijker sturingsprincipe vormen dan marktprikkels. De dokter is een god en mag niet gestoord worden door wereldse zaken als schaarste en resultaatverantwoording. De neoklassieke hemel kent geen goden. Daarom voelen dokters er zich niet thuis.

Het beeld wordt afgemaakt door het falen van de verzekeringsmarkt. Individuen en verzekeraars hebben verschillende informatie. Als daar niks over wordt geregeld, wordt het lastig om aan de vraag naar verzekeringen te voldoen. Binnen de kortste keren treedt een spiraal van averechtse selectie in werking. Moreel risico draagt extra bij aan het falen van de zorgmarkt. Particuliere zorgverzekeraars spreken van de 'paradoxe polisopbouw' van hun verzekerdenbestand. Daarmee bedoelen ze dat de populatie uit cohorten bestaat, waarbij

oudere cohorten langzaam maar zeker duurder worden en de instroom vanwege de oplopende prijs stopt, terwijl van uitstroom geen sprake is omdat verzekerden nergens meer terecht kunnen.

De problemen in de zorgmarkt zijn fundamenteel. Dat betekent dat er altijd sprake zal zijn van overheidsingrijpen in de zorgmarkt. Dat laat de markt echter niet altijd beter functioneren. Overheidsingrijpen lost soms wat op, maar creëert ook nieuwe problemen. Regulering van de vraag leidt tot monddode patiënten. Regulering van aanbod leidt tot wachtlijsten en bureaucratie. Regulering van bekostiging (verzekeringstelsel en vergoedingen) leidt tot prijzen die niets met kosten te maken hebben en tot ondoelmatige allocatie.

De onbedoelde negatieve gevolgen van overheidsingrijpen zijn, net als de aanleiding voor ingrijpen, ook van alle tijden. Er zal dus altijd discussie zijn en blijven over regulering en deregulering van de zorg. We moeten dan ook niet de illusie hebben dat het veranderingstraject van het zorgstelsel in 2005 tot een bestendige uitkomst zal leiden, waarmee eens en voor altijd de problemen van de zorgmarkt zullen worden opgelost.

## **Deregulering van het zorgaanbod**

In Nederland is al decennia een debat gaande over het zorgstelsel. De meest belangrijke ijkpunten daarin zijn de plannen van Dekker, Simons en Hoogervorst. Sinds Dekker is er de wens om meer marktelementen in de gezondheidszorg te introduceren. Het plan Simons is op dat punt ambivalent, maar Simons introduceerde wel concurrentie tussen ziekenfondsen. Hoogervorst introduceert, voortbouwend op initiatieven die onder de paarse kabinetten genomen zijn, werkelijk marktelementen in het zorgaanbod. Hoewel de publieke discussie over marktwerking sterk in de verzekerings sfeer is gevoerd (getuige het nieuwe zorgstelsel), is deregulering van het zorgaanbod eigenlijk veel belangrijker. Een nieuw verzekeringstelsel (waarover straks meer) is hooguit ondersteunend bij de kernzaak: marktgericht zorgaanbod.

Onder minister Hoogervorst is de regelgeving voor het aanbod in de curatieve zorg fors veranderd. De volgende punten zijn van het meeste belang:

- » de toetredingsdrempel voor zorgaanbieders is lager geworden (dankzij de Wet toelating zorginstellingen);
- » de verplichte contractering tussen verzekeraars en zorgaanbieders komt te vervallen;
- » de bekostiging is voor tien procent van de productie vrijgegeven (gedefinieerd volgens Diagnose Behandel Combinaties, DBC's). Aanbieders en verzekeraars kunnen hierover vrij onderhandelen;
- » er komt in principe een mogelijkheid voor op winst gerichte zorgaanbieders.

## **Toelating en verdwijning zorgaanbieders**

De toelatingwet is een cruciale voorwaarde voor een meer concurrerend zorgaanbod. De dreiging van nieuwe zorgaanbieders kan een flinke dynamiek op gang brengen en meer doelmatigheid en klantgerichtheid veroorzaken. De dreiging van de Maartenskliniek (een ziekenhuis te Nijmegen dat gespecialiseerd is in orthopedie) om elders in het land vestigingen te openen, leidde tot heftige reacties van bestaande aanbieders. Opeens werden dingen mogelijk die tot dan toe onbespreekbaar waren, zoals aanpassen van openingstijden en opereren op de vrijdagmiddag.

Bij vrijere toelating hoort ook een reële kans op faillissement van bestaande marktpartijen. De kans dat het zover komt, is nog steeds zeer klein. Een ziekenhuis in problemen weet de publieke opinie zo goed te bespelen, dat het politiek vrijwel onmogelijk is om de instelling tot sluiting te dwingen. Een cruciaal ingrediënt voor het succes van marktwerking in het zorgaanbod is dat de minister verantwoordelijkheden durft over te laten aan marktpartijen. Sluiting van een disfunctionerend ziekenhuis is, toegegeven, een vergaande stap. Zeker als er wel degelijk bestaansrecht voor een lokale kliniek bestaat. In een normale markt zou een overname door een concurrent dan een logische zet zijn. De eigendomsverhoudingen en financieringsvorm van de Nederlandse curatieve zorg laten dat echter niet toe, in tegenstelling tot bijvoorbeeld Duitsland. Duitse ziekenhuizen die op een bankroet afstevenen worden de laatste jaren steeds vaker overgenomen door zakelijke, op winst gerichte ondernemingen zoals de beursvennootschap Rhön Klinikum. Zodra het winstmotief in Nederland niet alleen maar als wettelijke mogelijkheid bestaat, maar ook daadwerkelijk wordt geaccepteerd, ontstaat in Nederland wellicht eenzelfde tendens.

Een risico bij de meer liberale toelating van zorginstellingen is dat er hybride aanbieders ontstaan, zoals ziekenhuizen die tevens een 'zelfstandig behandelcentrum' (zbc) exploiteren. Formeel mag een zbc net zo min als een ziekenhuis een winst oogmerk hebben, maar in de praktijk zal een zbc als profitcenter worden ingericht. In het slechte geval krijgt het zbc de baten en worden in het ziekenhuis de lasten genomen die in de verpleegtarieven van het niet-concurrentiële segment worden doorberekend. Een ander voorbeeld is het risico van specialisten die in het ziekenhuis de lump sum opstrijken (een verstoring van productieprijzen die is ingevoerd om specialisten te ontmoedigen extra productie te draaien), en in het zbc loon naar werken verdienen door aldaar alsnog de extra productie te draaien. In een omgeving van partiële marktwerking kunnen 'handige jongens' een aardig vermogen verdienen.

Er is nog geen gelijk speelveld voor verschillende soorten aanbieders in de zorg. Een zelfstandig behandelcentrum wordt ten opzichte van reguliere ziekenhuizen benadeeld. Zo mag een zbc bijvoorbeeld geen medicijnen verstrekken en mag er niet worden geslapen. De kosten van behandelingen in zbc's worden niet integraal (inclusief kapitaallasten) door de verzekeraar betaald: er is een financieringsnadeel ten opzichte van reguliere ziekenhuizen. Desondanks is er een snelle opkomst van zbc's. Dit is illustratief voor de ondoelmatigheid die in veel reguliere ziekenhuizen bestaat.

### ***Verplichte contractering***

Indien de contracteerplicht met zorgverzekeraars vervalt, zal vrijere toelating (en verdwijning) van ziekenhuizen op termijn tot een andere marktstructuur leiden. Gangbare economische mechanismen gaan dan werken, zoals specialisatie en variatie. Dit leidt tot andere ziekenhuizen. Niet meer de ruwweg honderd ziekenhuizen die 'alle kunsten' willen vertonen, maar (poli)klinieken die zich toeleggen op

activiteiten waar ze goed in zijn en veel volume in maken. Een oud principe van Adam Smith, namelijk dat specialisatie tot maatschappelijk voordeel leidt, kan dan ook in de zorg ingang vinden. Juist in de zorg is daar behoefte aan, in de vorm van betere kwaliteit en/of lagere eenheidskosten.

### **Bekostiging**

Vanaf 2005 worden ziekenhuizen op basis van DBC's betaald. Tien procent van de omzet is vanaf 2005 vrij onderhandelbaar. De rest wordt nog op basis van tarieven van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) bepaald. Deze tarieven hebben niets met vraag, aanbod of kosten te maken - ze zijn verzonnen door goedwillende bureaucraten en hebben, voor zover ze ergens op gericht zijn, vooral tot gevolg de status quo te bestendigen. Het is niet de bedoeling dat ziekenhuizen rond komen met de verzonnen tarieven: daarvoor bestaat een sluittarief, dat tot voor kort zeer ten onrechte 'verpleegtarief' heette en sinds de DBC's het 'verreken tarief'. Dit tarief verschilt per ziekenhuis en kan van maand op maand, afhankelijk van de exploitatierekening van een ziekenhuis, veranderen.

Verzonnen prijzen leiden niet tot een doelmatige allocatie. Maar een mengsysteem van verzonnen prijzen en marktprijzen kan eveneens tot verstoring van allocatie leiden. Partiële marktwerking is riskant. Er bestaat de mogelijkheid om activiteiten in het afgeschermd deel te gebruiken (of misbruiken) om activiteiten in het vrije segment te bevoordelen (kruissubsidiëren). Daarmee kan dreigende concurrentie in de segmenten waar de prijzen vrij zijn, worden afgeweerd. Dat pleit voor een snelle vergroting van het vrij onderhandelbare deel van het ziekenhuisbudget, plus andere regulering van en toezicht op het niet-onderhandelbare deel. Want er blijft een significant deel over, dat zich niet voor vrije prijsvorming leent: acute zorg en hoog-specialistische zorg. De activiteiten die daarmee zijn gemoeid, moeten transparant worden afgescheiden van de marktactiviteiten (indien de activiteiten onder één dak plaats vinden, is ten minste kostentoerekening op basis van activity based costing nodig - voor veel ziekenhuizen nog een onbekend thema). Het prijsgereguleerde deel leent zich voor benchmarking of aanbesteding van concessies voor langere perioden.

### **Winstmotief**

Er bestaat in de zorg huiver voor het toestaan van winst als motief voor handelen. Toch is deze huiver vreemd. Belangrijke delen van de zorg worden al op basis van winstgedreven aanbod geleverd: medicijnen, hulpmiddelen, medische instrumenten, ict en ziekenhuisgebouwen. Ook zijn specialisten als het (fiscaal!) uitkomt ondernemer in een maatschap. Wat echter nog niet bestaat, is een op winst gericht regulier ziekenhuis. In verschillende buurlanden kennen we die constructie wel, met als bekende namen Capio (Zweedse thuisbasis) en het reeds genoemde Rhön Klinikum (Duitsland). De ervaringen van deze bedrijven tonen dat er grote doelmatigheidsvoordelen te behalen zijn bij een normale bedrijfsmatige aansturing.<sup>1</sup>

De nieuwe wetgeving staat op termijn het winstmotief in Nederland toe. Een belangrijke kwestie daarbij is hoe om te gaan met kapitaallasten, en hoe in een transitie quasi-publiek opgebouwd vermogen van een ziekenhuisstichting aan een marktgerichte onderneming kan worden overgedaan. Wil het zorgaanbod zakelijker worden aangestuurd, dan helpt het om winst sneller toe te staan en de marktverstoring van kapitaallasten weg te nemen. Dat zal leiden tot toetreding van commerciële klinieken in de zorg. Er is echter geen reden om aan te nemen dat de hele zorg opeens formeel winst gaat nastreven: de mogelijkheid dat verschillende bedrijfsvormen naast elkaar kunnen bestaan, zou al veel dynamiek kunnen genereren.

### **(De?)regulering van zorgverzekeringen**

Per 1 januari 2006 treedt een nieuwe zorgverzekeringswet in werking. Het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere zorgverzekeraars komt te vervallen. De nieuwe wet betekent in verschillende opzichten een vooruitgang, doordat meerdere vormen van marktfalen worden opgelost. De 'paradoxale polisopbouw' is voorbij, omdat er een acceptatieplicht gaat gelden. Slechte risico's moeten aangenomen worden; de verzekeraar krijgt daarvoor vanuit een vereveningsfonds gecompenseerd.

Op een aantal fronten is dit een vooruitgang, die kan bijdragen aan de voorzichtige weg naar marktwerking in de zorg. De nieuwe zorgverzekeraars krijgen een sterkere positie en een groter belang om op schadelast te sturen. Ze worden betere tegenspelers van zorgaanbieders. De particuliere zorgverzekeraars speelden die rol nauwelijks. Dat komt ook, omdat druk van verzekeren in dat marktsegment slechts beperkt aanwezig was (nu nog: is). Overstappen was maar beperkt mogelijk: wie eenmaal een hogere zorgconsumptie krijgt, zit vast in de verzekering. De prikkel om dan heel scherp met zorgaanbieders te onderhandelen is beperkt - de klant blijft toch wel hangen en de schade wordt direct in de premie verrekend. Wel zorgen collectieve contracten in het particuliere segment voor marktdruk. Maar ook voor die verzekerdersgroep bleek het niet mogelijk om met zorgaanbieders speciale afspraken te maken. Prijzen zijn die van het CTG, de onderhandelingen met ziekenhuizen zijn in een wettelijk geïnstitutionaliseerd kartel (regionale marktlieder en een 'regiovertegenwoordiger' namens de andere verzekeraars) georganiseerd. De nieuwe zorgverzekeringswet maakt aan deze situatie een einde.

Dat wil niet zeggen dat er nu een marktgericht, gedereguleerd verzekeringsstelsel ontstaat. Op veel fronten zorgt de nieuwe zorgverzekering nog voor overregulering. Het vereveningsstelsel is niet perfect: het blijkt moeilijk om goed ex ante de schaderisico's per verzekerde te budgetteren. Dat leidt tot verevening achteraf. Dit beperkt de prikkels om scherp op zorgschade te sturen en zorgt voor veel aanvullende regulering om schadelast te verantwoorden. Er ontstaat zodoende dubbel toezicht: op input en op output. Ook toont de wetgever zich zeer wantrouwend naar de marktpartijen. Ondanks de combinatie van verevening vooraf én achteraf is er grote angst voor risicoselectie door verzekeraars. Daarom wordt premiedifferentiatie gedeels verboden. Daarmee ontnemt de wetgever zich een mogelijkheid om de markt signalen te laten geven voor gebreken in het vereveningsmodel.

Een risico dat zich aandient is de terugkeer van regionaal dominante verzekeraars. Indien een regionale marktlieder in zorgverzekeringen gemene zaak maakt met regionaal sterke zorgaanbieders (via voorkeurscontracten met kwantumkorting), dan is het moeilijk voor spelers buiten de regio om in deze markt te overleven. De vraag is of er voldoende speelruimte blijft voor landelijk opererende zorgverzekeraars. Het collectieve contract zou zulke spelers helpen. Deze mogelijkheid is door de vorm van de premiestelling echter aan banden gelegd, uit angst voor 'tweedeling in de zorgverzekeringen'. Deze angst is misplaatst: een goed vereveningsmodel kan deze tweedeling corrigeren. Het is zelfs de vraag of er een grote collectieve markt voor zorgverzekeringen blijft bestaan. Mocht die markt wegvallen, dan vervalt een belangrijke dreiging in zorgverzekeringsland en zou het experiment met private concurrerende zorgverzekeraars wel eens deers kunnen mislukken.

## Conclusie

Ik ben voorzichtig optimistisch over de stappen die richting marktwerking in de zorg zijn gezet. Mijn grootste angst is dat we stranden in partiële marktwerking, waarbij uiteindelijk de nadelen van twee systemen gestapeld gaan worden: marktfalen én overheidsfalen. Om dit te voorkomen, is het van belang om reeds bestaande elementen van marktwerking te versterken. Zo kan de invoering van de vrije onderhandelingen over DBC's worden versneld en zouden op korte termijn de segmenten met vrije prijzen versus gereguleerde prijzen scherper afgebakend moeten worden. Een belangrijk element om concurrentiedruk en een grotere dynamiek te bewerkstelligen, is om nieuwe zorgaanbieders toe te laten en geen (verkapte) staatssteun aan falende aanbieders te bieden. Er moet een gelijk speelveld voor verschillende aanbieders worden geschapen, zowel wat betreft medische armslag, als wat betreft bekostiging. Dit betekent ook dat premiedifferentiatie in zorgverzekeringen wordt toegestaan; hierbij hoort bijna vanzelfsprekend bij dat het winstmotief in de curatieve zorg wordt toegestaan.

Omdat deze vrijere markt echter ook kan falen, is scherp toezicht met duidelijke spelregels nodig, waarbij vooral op de output en minder op de bedoelingen en inspanningen wordt gelet.

Zal de zorg ooit tot het hemelrijk van de economen toetreden? Nee. Daarvoor blijft de publieke belangstelling voor deze bedrijfstak te groot - en terecht, want aan de voorwaarden voor een volkomen markt zal in de zorg nooit worden voldaan. Maar met alleen goede bedoelingen van dokters en budgetplafonds van politici, komen we er niet. Een onzichtbaar handje hier en daar best harder zou mogen wapperen.

## Hugo Keuzenkamp

### *Dossier: Tien jaar mededinging- en reguleringsbeleid*

L.J. Brinkhorst: [Sterke markt, sterke overheid](#)

P.A.G. van Bergeijk en S. Bremer: [Modern markttoezicht in Nederland](#)

E.E.C. van Damme: [Kosten-batenanalyse liberalisering elektriciteitsmarkt gewenst](#)

V. Shestalova en J.M. Pomp: [Overstapkosten en welvaart](#)

M.C.W. Janssen: [Telecommunicatie: te winner takes it all? >D90312](#)

H.A. van Gent en P. Rietveld: [Deregulering railvervoer duldt geen zigzagbeleid](#)

M.P. Schinkel: [Operatie MCW: een tussenstand](#)

H.A.Keuzenkamp: [Marktwerking in de zorg](#)

A.W.A. Boot: [Financiële sector en concurrentie](#)

S. van Wijnberge: [Staat op privaat: wat misgegaan is en waarom](#)

J. Hinloopen en J.J.M. Theeuwes: [Opwinding over marktwerking](#)

Marcel Canoy: [10 jaar marktordening](#)

---

<sup>1</sup> Zie bijvoorbeeld Hugo Keuzenkamp en Jeske van Seters, Tel uit je winst: de Duitse Ziekenhuis NV als voorbeeld voor zorgvernieuwing, ING(2003).