



Het aanbod van non-profit ziekenhuizen

Auteur(s):

Gradus, R.H.J.M.

De auteur is verbonden aan het Onderzoekscentrum voor financieel-economisch beleid (ocfeb) van de Erasmus Universiteit Rotterdam.Gradus@few.eur.nl**Verschenen in:**

ESB, 88e jaargang, nr. 4404, pagina 255, 30 mei 2003

Rubriek:

Uit de vakliteratuur

Trefwoord(en):

zorg

In Nederland vindt een debat plaats over de vraag of zorginstellingen winst mogen maken. Volgens de geldende regels hebben alleen non-profit zorginstellingen toegang tot publieke bekostiging door de ziekenfondsverzekering of awbz. Volgens sommigen zijn de toegankelijkheid en de cliëntgerichtheid gebaat bij toelating van instellingen met een winsttoegmerk¹. Bovendien kan de winstprikkel leiden tot doelmatig handelen. Volgens anderen zouden zuiver op winst gerichte organisaties - zeker in markten waar kwaliteit niet of moeilijk te verifiëren is - onvoldoende geïnteresseerd zijn in kwaliteit. In hun streven naar winst en het beheersen van kosten dreigen zij de kwaliteit van de dienstverlening te verslonzen². Bovendien kan introductie van de winstprikkel tot verschraving van het aanbod leiden, doordat minder rendabele diensten sneller worden afgestoten. Om de vraag te kunnen beantwoorden of introductie van de winstprikkel wenselijk is, is empirisch onderzoek nodig. Vooral in vs wordt deze vraagstelling regelmatig door middel van empirische studies onderzocht. Over het kwaliteitsargument is deze literatuur weinig eensluidend. Dit komt omdat binnen de gezondheidszorg kwaliteit veelal moeilijk te meten is. Eensluidende conclusies worden wel getrokken over het aanbodgedrag van ziekenhuizen. Uit de beschikbare literatuur blijkt dat non-profit ziekenhuizen minder misbruik maken van hun marktmacht, die ziekenhuizen over het algemeen bezitten vanwege een regionaal monopolie. Een onlangs gepubliceerde studie voor ziekenhuizen in de staat Virginia bevestigt dit beeld³. In het artikel wordt een model gehanteerd, waarbij Deneffe en Masson onderscheid maken tussen het gedrag van een profit ziekenhuis, dat winstmaximalisatie nastreeft, en een non-profit ziekenhuis, dat het aantal verrichtingen maximaliseert totdat het surplus (het verschil tussen vergoedingen en kosten) nul is. Vervolgens is verondersteld dat het ziekenhuis met de verzekeraar zal onderhandelen over de prijs van de particuliere zorg, maar dat de prijs van Medicare en Medicaid vastligt. De hypothese van Deneffe en Masson is dat als het aantal Medicaid- of Medicare-handelingen stijgt, een winstmaximaliserend ziekenhuis (met marktmacht) de prijs van de particuliere verrichtingen zal verhogen, omdat de marginale kosten stijgen⁴. Bovendien zal een toe- of afname van het aantal Medicaid- en Medicare-handelingen voor een winstmaximaliserende instelling op dezelfde wijze in de prijs van particuliere verrichtingen doorwerken, omdat de marginale kostenfunctie voor beide verrichtingen identiek is. Een non-profit ziekenhuis zal volgens de auteurs juist een tegengestelde reactie laten zien. Als het aantal Medicaid- of Medicare-behandelingen stijgt, zal een non-profit instelling de prijs van particuliere verrichtingen verlagen. De prijs van Medicaid is hoger dan de gemiddelde kosten. Het surplus wat met een Medicaid behandeling wordt behaald, kan ingezet worden voor een prijsverlaging bij de particuliere verrichtingen. Hierdoor zal het volume in medische handelingen toenemen. In het artikel wordt dit veronderstelde gedrag empirisch getoetst door de prijzen van zeventig non-profit ziekenhuizen te vergelijken. Met behulp van de parameterschattingen wordt aangegeven wat het effect van volumeveranderingen in Medicare, Medicaid en charitatieve verrichtingen op de particuliere prijs is. Het blijkt dat de hypothese van winstmaximalisatie geen stand houdt. Een stijging van het aantal Medicaid-verrichtingen leidt tot prijsdaling en wijkt fors af van de parameterschatting voor Medicare. Echter, non-profitinstellingen maximaliseren ook niet louter het aantal handelingen. Wel kan uit deze empirische schatting de conclusie worden getrokken dat naast de standaardoverwegingen met betrekking tot het surplus het aantal verrichtingen een belangrijke rol speelt in de doelstelling van een non-profit ziekenhuis. Dit onderzoek kan niet één-op-één vertaald worden naar de Nederlandse situatie. Daarvoor zijn de verschillen tussen de landen te groot. Zo kunnen Nederlandse ziekenhuizen nog niet vrij onderhandelen over de prijs en het aantal particuliere handelingen. Maar het gaat wel steeds meer die kant op. Daardoor wint dit type onderzoek aan actualiteit. Het onderzoek geeft een empirische onderbouwing voor de stelling dat het loslaten van een verbod op winst met de nodige risico's is omgeven. Dit kan leiden tot minder handelingen, omdat ziekenhuizen vanwege hun regionale monopolie marktmacht bezitten. Dit zou wel eens haaks kunnen staan op de wens om de wachtlijsten te verkleinen.

1 Winst en gezondheidszorg, Advies door Raad voor Volksgezondheid en Zorg, 2002

2 A.L. Bovenberg en R.H.J.M. Gradus, De economie van moeder

3 D. Deneffe en R.T. Masson, What do not-for-profit maximize?, International Journal of Industrial Organization, 2002, blz. 461-492. In de staat Virginia is 37 procent van de ontvangers van ziekenhuiszorg particulier verzekerd, 56 procent betreft Medicare en Medicaid, een soort collectieve verzekering voor laagbetaalde werknemers, ouderen en dergelijke en 7 procent gaat naar charitatieve zorg.

4 In het model wordt verondersteld dat sprake is van afnemende schaalopbrengsten.

