



Marktwerking: een zorg meer?

Auteur(s):

ten Cate, B. W.V.

Ministerie van Financiën, directie Inspectie Rijksfinanciën. De auteur dankt Johannes Hers en diverse andere collega's voor hun bijdrage.b.w.v.cate@minfin.nl**Verschenen in:**

ESB, 88e jaargang, nr. 4415, pagina 473, 3 oktober 2003

Rubriek:**Trefwoord(en):**

zorg

De ziekenhuismarkt is een complexe markt met veel marktfalen. Het is dan ook de vraag in hoeverre marktwerking op deze markt mogelijk is.

Het kabinet zet in op invoering van een zorgstelsel op basis van gereguleerde marktwerking¹. Vanwege de aanwezigheid van vele vormen van marktfalen wordt de ziekenhuismarkt daarbij als de meest complexe markt in de gezondheidszorg gezien. Door de informatieasymmetrie tussen zorgaanbieder en verzekeraar kan de verzekeraar het gedrag van de zorgaanbieder maar beperkt monitoren en beoordelen. Hierdoor kan deze te veel zorg of zorg van te lage kwaliteit aanbieden.

Ook kunnen aanbieders marktmacht hebben en als gevolg daarvan overwinst behalen. Naarmate de relevante markt kleiner is en de schaalvoordelen groter zijn, neemt de kans op een natuurlijk monopolie toe. Marktmacht kan ook het gevolg zijn van regulering, bijvoorbeeld met betrekking tot geografische spreiding van het aanbod (bijvoorbeeld bij acute zorg). In dunbevolkte regio's dwingt deze regulering tot een omvang van productie-eenheden die kleiner is dan de optimale schaal.

De ziekenhuismarkt beslaat circa tweederde van de kosten van de curatieve gezondheidszorg. Daardoor is de mogelijkheid om efficiëntiewinsten te behalen met het nieuwe stelsel beperkt als blijkt dat marktwerking op de ziekenhuismarkt niet mogelijk is.

Mogelijkheid marktwerking ziekenhuismarkt

Om een indicatie te krijgen van de potentiële omvang van de risico's van monopolievorming en de mate van informatieasymmetrie zijn recente gegevens over de aard van productie in ziekenhuizen geanalyseerd. We sluiten aan bij de in het beleid gangbare indelingen in reguliere, topklinische (zeer specialistische) en topreferente (experimentele) ziekenhuiszorg en bij het onderscheid tussen spoedeisende zorg en planbare zorg.

Informatie over het volume en het aantal aanbieders is gebruikt om een inschatting te maken van de kans dat een monopolie ontstaat. Als er sprake is van acute zorg is ervan uitgegaan dat concurrentie niet mogelijk is. Noch de patiënt, noch de verzekeraar heeft immers een reële keuzemogelijkheid in geval van nood. De aanwezigheid van informatieasymmetrie wordt vastgesteld aan de hand van diagnose-behandelingcombinaties

tws (dbc, zie box 1). Aangenomen is dat door het opstellen van dbc's de informatieasymmetrie tussen aanbieder en verzekeraar zodanig kan worden beperkt dat er in beginsel concurrentie mogelijk is. Indien de dbc's de informatieasymmetrie niet voldoende oplossen zal marktwerking leiden tot grote transactiekosten doordat verzekeraars de diagnoses, behandelingen en de codering daarvan in het ziekenhuis zullen moeten controleren².

Reguliere ziekenhuiszorg

Op basis van bovenstaande criteria is op de reguliere ziekenhuismarkt bekeken waar problemen kunnen ontstaan met de invoering van de marktwerking. Hiervoor is een steekproef gebruikt van 39 ziekenhuizen³. Per specialisme zijn alle dbc's aflopend gesorteerd op het volume van de productie. Van die dbc's die de bulk (75 procent) van de kosten veroorzaken is vervolgens nagegaan in hoeverre er indicaties zijn dat er concentratie van het aantal aanbieders is en of er sprake is van acute zorg. De resultaten worden in [tabel 1](#) samengevat. Bij geen van de reguliere specialismen is sprake van onoverkomelijke asymmetrische informatie, omdat voor alle specialismen dbc's kunnen worden opgesteld. Bij veertien specialismen - die driekwart van de kosten van de markt beslaan - is marktwerking weinig problematisch aangezien ook niet wordt gescoord op de criteria acuutheid en uitvoering door een klein aantal ziekenhuizen. Bij acht specialismen kan echter niet met zekerheid worden gezegd of marktwerking mogelijk is. Bij deze specialismen zijn of relatief veel dbc's acuut (meer dan vijf procent van de kosten), of alle dan wel enkele dbc's komen in minder dan zes ziekenhuizen voor.

Tabel 1. Mogelijkheid marktwerking bij specialismen op de reguliere ziekenhuismarkt

specialismen	dbc's die in	dbc's die	percentage kosten
--------------	--------------	-----------	-------------------

	minder dan zes ziekenhuizen worden uitgevoerd	acut zijn	van dit specialisme in percentage van de totale kosten reguliere ziekenhuismarkt
marktwerking mogelijk			
reumatologie	nee	nee	3
urologie	nee	nee	5
dermatologie	nee	nee	2
gynaecologie	nee	nee	4
KNO	nee	nee	1
longgeneeskunde	nee	nee	4
neurologie	nee	soms (<5 procent)*	7
oogheelkunde	nee	soms (<5 procent)*	3
cardiologie	nee	soms (<5 procent)*	4
kindergeneeskunde	nee	soms (<5 procent)*	4
orthopedie	soms (<5 procent)*	soms (<5 procent)*	16
gastro-enterologie	soms (<5 procent)*	soms (<5 procent)*	2
inwendige geneeskunde	soms (<5 procent)*	soms (<5 procent)*	17
plastische chirurgie	soms (<5 procent)*	nee	2
<i>totale kosten</i>			74
twijfel over mogelijkheid marktwerking			
revalidatie- ziekenhuizen	vaak (>5 procent)*	nee	0
anesthesiologie	vaak (>5 procent)*	nee	2
neurochirurgie	vaak (>5 procent)*	soms (<5 procent)*	2
heelkunde	nee	vaak (>5 procent)*	17
revalidatie- instellingen	ja	nee	5
klinische geriatrie	ja	nee	0
allergologie	ja	nee	0
cardio-pulmonale chirurgie/thorax	ja	nee	0
<i>totale kosten</i>	26		
De kosten zijn kleiner/groter dan 5 procent van de totale kosten van het specialisme. Bron: Projectorganisatie dbc2003, Resultaten CGAO december 2002, Utrecht, 2002.			

Diagnosebehandelingcombinatie

Een diagnose-behandelingcombinatie (dbc) is een productdefiniëring waarbij diagnoses en behandelingen aan elkaar worden gekoppeld. Hierover kunnen ex ante afspraken ten aanzien van prijs, volume en kwaliteit worden gemaakt tussen verzekeraar en zorgaanbieder. Hierdoor heeft de verzekeraar dus de mogelijkheid om te controleren of de aanbieder conform het contract handelt en declareert.

Topzorg

Bij *topklinische zorg*, die zes procent van de ziekenhuiskosten beslaat, is op grond van de criteria bij vijf van de twaalf subspecialismen marktwerking mogelijk. Bij de andere zeven specialismen is sprake van asymmetrische informatie of van dermate gespecialiseerde behandelingen en verzonken kosten dat aanbieders veel marktmacht krijgen⁴.

Bij de *topreferente zorg*, die drie procent van de ziekenhuiskosten beslaat, gaat het om doorverwezen patiënten waarbij de diagnose vaak niet duidelijk is en van tevoren niet vaststaat welke behandeling gevolgd zal worden. Marktwerking lijkt onmogelijk vanwege de sterke informatieasymmetrie: er kunnen immers geen dbc's opgesteld worden.

Regulering

Uit het voorgaande blijkt dat op het grootste deel van de reguliere ziekenhuismarkt geen onoverkomelijke problemen lijken op te treden bij zorgvuldige invoering van marktwerking. Dit zal zeker zo zijn als de betwistbaarheid van de markt wordt vergroot door winstgerichte of buitenlandse aanbieders de mogelijkheid te geven tot de Nederlandse markt toe te treden.

Bij de topzorg en spoedeisende zorg kan echter marktmacht ontstaan. Hier zal de overheid (of een collectief orgaan van verzekeraars) moeten interveniëren om te voorkomen dat de marktmacht van aanbieders ten opzichte van verzekeraars zo groot wordt dat een te lage prijs-kwaliteitverhouding resulteert. In theorie kan dit door directe subsidiëring van topzorginstellingen (eventueel in combinatie met maatstafconcurrentie tussen aanbieders van topzorg), periodieke aanbesteding van topzorg en tenslotte prijsregulering van topzorg⁵.

Verstoringen deelmarkten

Het hebben van verschillende financieringssystemen op de ziekenhuismarkt kan leiden tot verstoringen als zorgaanbieders op meerdere

deelmarkten - bijvoorbeeld zowel op de gedereguleerde als op de deelmarkt met prijsregulering - actief zijn. Dit kan resulteren in kruissubsidies (zie Van der Geest e.a. in deze ESB).

Kruissubsidies kunnen voorkomen worden door horizontale conglomeraatvorming tegen te gaan. De aanbieder mag dan niet actief zijn op beide deelmarkten tegelijk. Het afdwingen van een fysieke scheiding van activiteiten ligt echter niet voor de hand. Veel productiemiddelen (specialisten, apparatuur) en onderzoek voor topzorg kunnen namelijk ook worden gebruikt voor reguliere zorg, waardoor er sprake is van synergie en bovendien schaalvoordelen beter kunnen worden benut. Een fysieke scheiding van deze activiteiten zal daarom leiden tot inefficiëntie. Een vergelijkbare redenering geldt voor spoedeisende hulp. Daarom zullen kruissubsidies tegengegaan moeten worden door een administratieve scheiding die gecontroleerd wordt door een sectorale toezichthouder (vergelijk OPTA en DTe). Deze toezichthouder moet eisen kunnen stellen aan de verantwoording van prijsstelling en kostentoe rekening. Inmiddels is besloten tot het oprichten van deze sectorale toezichthouder in de vorm van een Zorgkamer bij de NMa.

Conclusie

Op een groot gedeelte van de ziekenhuismarkt kunnen prijzen op termijn worden gedereguleerd. De topzorg en spoedeisende zorg zullen echter moeten worden gereguleerd omdat de marktfalens daar te omvangrijk zijn.

Dit neemt niet weg dat een sectorale toezichthouder versturende kruissubsidies zal moeten zien te voorkomen door specifieke eisen te stellen aan de verantwoording van prijsstelling en kostentoe rekening. Gezien het grote aantal producten en de complexiteit van het productieproces zal de toezichthouder dus moeten beschikken over veel sectorspecifieke kennis en vergaande bevoegdheden ten aanzien van informatieverzameling.

Birgit ten Cate

1 Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, kamerstuk 27855, nrs. 1-2, *Vraag aan bod*, Den Haag, 2001.

2 Zie bijvoorbeeld de discussie daarover in H. Maassen en B. Crul, *Goede Vrienden in contact*, *Medisch Contact*, nr. 58, 2003, blz. 678-688.

3 Projectorganisatie dbc2003, *Resultaten CGAO december 2002*, Utrecht, 2002.

4 Bij deze analyse is gebruik gemaakt van Tweede Kamer, *Planningsbesluiten van de Wet Bijzondere medische verrichtingen*, vergaderjaar 1996, 24 788, nr. 3, Den Haag.

5 Zie ook: Centraal Planbureau, *Zorg voor concurrentie, een analyse van het nieuwe zorgstelsel*, Den Haag, 2003.