

Marktwerking in de zorg

Hugo Keuzenkamp
Delta Lloyd en UvA

22 februari 2005

1. Zorg en de neoklassieke hemel
2. Deregulering van het zorgaanbod
 - 2.1 Curatieve zorg
 - 2.2 (Langdurige) verzorging
3. (De?)regulering van zorgverzekeringen
4. Conclusie

De zorgmarkt mag dan het meest verwijderd zijn van de neoklassieke hemel, voor economen is ze een waar walhalla. In de zorgmarkt gaat namelijk alles fout, wat er vanuit economisch perspectief maar fout kan gaan. En alles wat de overheid doet om het marktfalen te corrigeren, gaat net zo hard fout. Voldoende stof voor economen om te zien of een vorm van gereguleerde marktwerking illusoir is, of toch gevonden kan worden.

In dit korte essay benoem ik eerst de bronnen van marktfalen in de zorgsector (daaronder versta ik zorgaanbod en zorgverzekeringen). Ik maak een onderscheid tussen curatieve zorg (gericht op genezing) en (langdurige) verzorging. Ik bespreek de initiatieven die de afgelopen jaren zijn genomen om – voorzichtig – vormen van marktwerking te introduceren. En 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.

1. Zorg en de neoklassieke hemel

De neoklassieke hemel is de markt waar atomistische marktpartijen (vragers en aanbieders) geen invloed op prijzen kunnen aanbieden, elkaar niet storen in hun beslissingen, en allen over de gelijke informatie beschikken. Bovendien kennen de vragers hun preferenties: ze weten wat ze willen, en handelen er naar. 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 er voor dat partijen elkaar weten te vinden en dat er een efficiënt evenwicht ontstaat.

De zorg wijkt hier bijna woord voor woord van af.

De vraag naar zorg wordt verstoord doordat mensen die zorg nodig hebben hun vraag veelal niet kunnen stellen. Ik ben nog nooit naar de tandarts gegaan met de vraag in mijn achterhoofd om eens lekker geboord te gaan worden. Toch zit mijn mond vol amalgaam. Een comapatiënt zal geen rationeel keuzegedrag vertonen: preferenties zal hij niet meer uitspreken. Misschien waren ze er ooit, maar dan is de vraag of ze consistent zijn. Hoeveel mensen roepen niet dat ze nooit langzaam lijdend het einde willen bereiken – om, als dat einde nadert, toch steeds weer voor overleven te blijven vechten?

Bovendien zijn mensen verzekerd, waardoor een afweging van kosten en baten op individueel niveau niet meer (volledig) gemaakt wordt. Of daarmee het axioma van onverzadigbaarheid wordt voldaan, is nog maar de vraag. Het wordt vaak geroepen, maar de preferenties voor 'beter willen worden' sporen niet altijd met de preferenties voor een feitelijke behandeling. Wie zorg nodig heeft zal behandeling soms nalaten, uit angst, of omdat er toch een eigen bijdrage betaald moet worden. Individueel kan dat een optimale keuze zijn, maar ze kan ten koste van de omgeving gaan, bijvoorbeeld gevaar voor besmetting bestaat.

Zorgaanbieders beschikken vaak over uitstekende informatie waarmee de zorgbehoefte van een patiënt in kaart gebracht kan worden. Maar de aanbieder heeft wellicht ook een hypotheek die afgelost moet worden. Praatjes vullen geen gaatjes, denkt mijn tandarts dan en gaat er eens lekker voor zitten, met zijn instrumentarium in de aanslag. Een andere karakteristiek van zorgaanbieders is dat ze menen dat 'goede bedoelingen' een belangrijker sturingsprincipe vormen dan marktprikkels. Zorgaanbieders hebben in veel gevallen geen flauw idee van hun 'productiefunctie' en zijn onbekend met de kostenstructuur van hun eigen handelen. Dat geeft ook niet, want ze worden er niet op afgerekend. Ook niet op transactiekosten. Behandelaars zijn vaak van elkaar afhankelijk, maar hebben grote moeite om hun eigen handelingen of die van anderen in de keten af te stemmen. Transactiekosten en overdrachtfouten zijn soms, letterlijk, dramatisch. Maar waag het niet de professionele autonomie ter discussie te stellen. 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 geïnstitutionaliseerd zijn.

Het beeld wordt afgemaakt door het falen van de verzekeringsmarkt. Individuen en verzekeraars hebben verschillende informatie. Als we daar niks over regelen wordt het knap lastig om de vraag naar verzekeringen te voldoen. Binnen de kortste keren treedt een spiraal van averechtse selectie in werking. Een schepje moreel risico erbij zorgt voor een extra falen van de zorgmarkt. Particuliere zorgverzekeraars spreken van de 'paradoxale 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.

Kortom, voor een econoom met hart voor het vak is er veel lol in de zorg te beleven.

De problemen in de zorgmarkt zijn fundamenteel. Dat betekent dat waar je ook komt, wanneer je ook kijkt, er altijd sprake zal zijn van overheidsingrijpen in de zorgmarkt. Dat maakt de boel niet altijd beter. Want het overheidsingrijpen lost soms wat op, maar creëert ook weer nieuwe problemen. Regulering van de vraag leidt tot monddode patiënten. Regulering van aanbod leidt tot wachtlijsten en bureaucratie. Regulering van bekostiging (verzekeringsstelsel en vergoedingen) leidt tot prijzen die niets met kosten te maken hebben en 'dus' 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 de fase waarin het zorgstelsel in 2005 zit tot een bestendige uitkomst zal leiden waarmee eens en voor altijd de problemen van de zorgmarkt opgelost zullen worden.

2. 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 ambivalenter, terwijl Hoogervorst (voortbouwend op initiatieven die onder de paarse kabinetten genomen zijn) werkelijk marktelementen invoert. Hoewel de discussie over marktwerking sterk in de verzekerings sfeer is gevoerd, is deregulering van het zorgaanbod eigenlijk veel belangrijker. Een nieuw verzekeringsstelsel (waarover straks meer) is hooguit ondersteunend bij de kernzaak: marktgerichter zorgaanbod.

2.1 Curatieve zorg

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 een klein stukje vrij gegeven, namelijk over tien procent van de productie (gedefinieerd volgens Diagnose Behandel Combinaties) kunnen aanbieders en verzekeraars vrij onderhandelen;
- er komt een mogelijkheid voor op winst gerichte zorgaanbieders.

Bovendien is minister Hoogervorst de eerste die bij een conflict tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar op Kamervragen in eerste instantie te antwoorden 'Daar ga ik niet over'. Dit is een cruciaal ingrediënt voor het succes van marktwerking in het zorgaanbod. Helaas houdt hij deze stoere houding in tweede instantie, bij vervolgvragen van parlementariërs, nog niet altijd vol.

Toelating en verdwijning van zorgaanbieders

Over de toelatingwet ben ik voorzichtig optimistisch getemd. Het is een cruciale voorwaarde voor een meer concurrerend zorgaanbod. Alleen al de dreiging van nieuwe zorgaanbieders kan een flinke dynamiek op gang brengen, en meer doelmatigheid en klantgerichtheid veroorzaken. De dreiging van de Maartenskliniek (een categoriaal 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.

Maar bij vrijere toelating hoort ook een reële kans op faillissement van bestaande marktpartijen. De kans dat het zover komt lijkt nog steeds zeer klein. Een ziekenhuis in problemen weet tot op heden de publieke opinie zo goed te bespelen, dat het politiek vrijwel onmogelijk is om de instelling tot sluiting te dwingen. Sluiting is dan ook een extreme maatregel. In een normale markt zou een overname door een concurrent een logische zet zijn, maar de eigendomsverhoudingen en financieringsvorm van de Nederlandse curatieve zorg laten dat niet of nauwelijks toe. Dit in tegenstelling tot ons buurland. Duitse ziekenhuizen die op een bankroet afstevenden worden de laatste jaren steeds vaker overgenomen door zakelijke, op winst gerichte ondernemingen zoals Rhön Klinikum. Ik verwacht dat Nederland binnen enkele jaren een zelfde tendens op gang komt.

Een risico bij de meer liberale toelating van zorginstellingen is dat er hybride aanbieders ontstaan. Ziekenhuizen die tevens een 'zelfstandig behandelcentrum' (zbc) exploiteren. Het zbc krijgt de baten, in het ziekenhuis worden de lasten genomen en deze worden vervolgens in de verpleegtarieven meegenomen. Een opmerkelijke variant is die, waar leden van de raad van bestuur van een ziekenhuis op persoonlijke titel participeren in de financiering van een aanpalend zbc. Een ander voorbeeld is het risico van specialisten die in het ziekenhuis de 'lump sum' opstrijken, en in het zbc loon naar werken verdienen. In een omgeving van partiële marktwerking kunnen handige jongens een aardig vermogen verdienen.

Er is nog geen goed gelijk speelveld voor verschillende soorten aanbieders in de zorg. Een zelfstandig behandelcentrum mag bijvoorbeeld geen medicijnen verstrekken, waar een regulier ziekenhuis dat exact dezelfde operatie uitvoert dat wel mag. In een zelfstandig behandelcentrum mag niet geslapen worden. De kosten mogen niet integraal door de verzekeraar worden betaald: er is een financieringsnadeel ten opzichte van reguliere ziekenhuizen. Desondanks is er een snelle opkomst van zbc's – blijkbaar zit er zoveel ondoelmatigheid in reguliere ziekenhuizen, en zoveel gedoe, dat afsplitsen voor veel specialisten aantrekkelijk is.

Verplichte contractering

Vrijere toelating (en verdwijning) van ziekenhuizen zal op termijn tot een andere marktstructuur gaan leiden. Althans, indien de contracteerplicht met zorgverzekeraars vervalt. Dit zal leiden tot meer variatie in het aanbod van curatieve zorg. Niet meer de ruwweg honderd ziekenhuizen die 'alle kunstjes' 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.

Bekostiging

Vanaf 2005 worden ziekenhuizen op basis van 'diagnose behandel combinaties' betaald. Tien procent van de omzet is vanaf 2005 vrij onderhandelbaar. De rest wordt nog op basis van tarieven van het CTG bepaald. Deze tarieven hebben niets met vraag, aanbod of kosten te maken – ze zijn verzonnen door goedwillende bureaucraten.

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 brengt ook hier grote risico's met zich mee. Er bestaat de mogelijkheid om activiteiten in het afgeschermd te gebruiken (of misbruiken) om activiteiten in het vrije segment te bevoordelen. Daarmee kan bedreigende concurrentie afgeweerd worden. Om deze redenen pleit ik met kracht voor een snelle vergroting van het vrij onderhandelbare deel van het ziekenhuisbudget. Tegelijk realiseer ik me dat er een significant deel over zal blijven, dat zich niet voor vrije prijsvorming leent. De activiteiten die daarmee gemoeid zijn, moeten transparant afgescheiden worden van de marktactiviteiten. In aanvulling zou bekeken moeten worden, of het restant op basis van aanbesteding en concessies voor langere perioden kan worden toegedeeld.

Winstmotief

Er bestaat in de zorg nog steeds grote huiver voor het toestaan van winst als motief voor handelen. Toch is deze huiver moeilijk te plaatsen. Belangrijke delen van de zorg worden al op basis van winstgedreven aanbod geleverd: medicijnen, hulpmiddelen, medische instrumenten en ict, ziekenhuisgebouwen, en laten we de interim managers niet vergeten. Ook zijn specialisten als het hun uitkomt ondernemer in een maatschap. Wat we echter in ons land niet kennen is de vorm van een ziekenhuis dat consistent als winstgerichte onderneming wordt aangestuurd. In verschillende buurlanden kennen we die constructie wel, met als bekende namen Capio (Zweedse thuisbasis) en Rhön Klinikum (Duitsland). De ervaringen van deze bedrijven tonen dat er enorme doelmatigheidsvoordelen te behalen zijn bij een normale bedrijfsmatige aansturing. De nieuwe zorgaanbodwetten staan op termijn het winstmotief ook 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 ziekenhuis stichting aan een marktgerichte onderneming overgedaan kunnen worden.

2.2 (Langdurige) verzorging

Marktwerking in de care lijkt minder ver ontwikkeld dan in de cure. Er zijn echter ook hier duidelijke veranderingen gaande. De thuiszorg is bijvoorbeeld in snel tempo aan marktkrachten onderhevig. Voor langdurige verpleging bestaan veel marktpartijen, in de vorm van prive-verpleging of luxe verzorgingshuizen. Maar de bulk van wat nu AWBZ-aanbod is kent nog maar zeer beperkte marktkrachten.

De belangrijkste katalysator in de AWBZ is de introductie van vraagsturing via persoonsgebonden budgetten geweest (pgb's). Voor een beperkt deel van de verzorging kunnen zorgvragers zelf het heft in handen nemen. Ze krijgen dan geen zorg in natura meer aangeboden, maar kunnen (redelijk) vrij beslissen over de aanwending van een budget waarmee zorgkosten betaald kunnen worden. Dit heeft een enorme dynamiek in de verzorgingssector geleid, en verklaart in belangrijke mate de veranderingen in het aanbod van thuiszorg. Een probleem van pgb's is dat moral hazard hier sterk aanwezig is, en dat activiteiten die eerder privaat bekostigd werden nu opeens met publiek geld betaald kunnen worden. De welgestelde burger die altijd een werkster had, maar ziek wordt en de bijbehorende indicatie krijgt, mag de werkster opeens uit publieke middelen betalen.

Een ander probleem met de verzorging is dat een groot deel van de markt via zorgkantoren wordt gealloceerd. Zorgkantoren moeten in de AWBZ onderhandelen met zorgaanbieders om kwaliteit en kwantiteit in lijn te brengen met de beschikbare budgettaire ruimte. Zorgkantoren krijgen echter geen beloning voor succesvol onderhandelen. Lagere inkooprijzen worden één op één doorgegeven aan de centrale kas. Verbeteringen van kwaliteit komen op verzoek van zorgkantoren slechts moeizaam in gesprekken met zorgaanbieders aan de orde: die houden vast aan hun 'professionele autonomie'. Het wordt ook niet eenvoudiger gemaakt doordat het soms lastig is om goed te meten welke kwaliteit geleverd wordt. Tot slot wordt de (bescheiden) rol die zorgkantoren kunnen spelen in onderhandelingen doorkruist door de convenantenziekte van het ministerie van VWS. Waar in het geval van de farmacie er op korte termijn voordelen voor premiebetalers zijn geboekt dankzij een convenant, is dit korte termijneffect in de care uiterst twijfelachtig.

3. (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 een aantal 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 echter 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 vooral op schadelast te sturen. Met andere woorden: ze worden betere tegenspelers van zorgaanbieders. De particuliere zorgverzekeraars speelden die rol niet of nauwelijks. Dat komt ook, omdat druk van verzekerden 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 marktleider en een 'regiovertegenwoordiger' namens de andere verzekeraars) georganiseerd. De nieuwe zorgverzekeringswet maakt aan deze situatie een einde.

Maar dat wil niet zeggen dat er nu een marktgericht, gedereguleerd verzekeringsstelsel ontstaat. Op veel fronten is de nieuwe zorgverzekering nog overgereguleerd. Het vereveningsstelsel is niet perfect: het blijkt niet mogelijk om goed ex ante de schaderisico's per verzekerde te budgetteren. Dat leidt tot verevening achteraf, met een beperking van prikkels om scherp op zorgschade te sturen. En met veel aanvullende regulering om schadelast (die deels afgewenteld wordt op de centrale kas) te verantwoorden. Met andere woorden: er ontstaat dubbel toezicht, op input en op output. Ook wantrouwt de wetgever de verzekeringsmarkt nog teveel. Ondanks de combinatie van verevening vooraf en achteraf is er grote angst voor risicoselectie door verzekeraars. Daarom wordt premiedifferentiatie (vrijwel geheel) verboden. Daarmee ontnemt de wetgever zich een mogelijkheid om de markt signalen te laten geven voor gebreken in het vereveningsmodel.

Dat toezicht is bovendien nog niet uitgekristalliseerd. Eigenlijk zou eerst de toezichtstructuur helder moeten zijn, om vervolgens de markt te openen. In geval van de zorgverzekering gebeurt het omgekeerde.

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

4. Conclusie

Ik ben voorzichtig optimistisch over de stappen die richting marktwerking in de zorg zijn gezet. Mijn grootste angst is echter dat we stranden in partiële marktwerking, waarbij uiteindelijk de nadelen van twee systemen gestapeld gaan worden. Om mijn angst weg te nemen zijn de volgende stappen gewenst:

1. versnelde invoering van vrije onderhandelingen over dbc's (binnen drie jaar naar een aandeel van 50%), en sterke afbakening van de segmenten met vrije prijzen en gereguleerde prijzen;
2. vrije toelating van nieuwe zorgaanbieders, maar vooral geen (verkapte) staatssteun aan falende aanbieders;
3. een gelijk speelveld maken voor verschillende aanbieders, zowel wat betreft medische armslag, als wat betreft bekostiging;
4. toestaan van winstmotief in curatieve zorg;
5. vergroting van de ruimte voor persoonsgebonden budgetten en verwante bekostigingsvormen in de AWBZ;
6. vrije ruimte voor collectieve contracten en premiedifferentiatie in zorgverzekeringen;
7. scherp toezicht in de zorg, met duidelijke spelregels die vooral op de output en minder op de bedoelingen en inspanningen zijn gericht.