

Hand in hand: op zoek naar de juiste balans tussen marktwerking en overheidsingrijpen in de gezondheidszorg

Marco Varkevisser

Marktordening in de gezondheidszorg is verre van eenvoudig. Er is sprake van een complexe zoektocht naar de juiste balans tussen marktwerking en overheidsingrijpen. Deze sluiten elkaar niet uit, maar dienen hand in hand te gaan. In het Nederlandse zorgstelsel is daarom gekozen voor gereguleerde marktwerking. Gerelateerd hieraan staan in deze oratie drie onderwerpen centraal, te weten mededingingstoezicht, keuzegedrag van patiënten en faillissementen & winstuitkering.

1 Inleiding

Een goede gezondheid vormt een belangrijke, zo niet de belangrijkste, voorwaarde voor een goed leven. Als onze gezondheid onverhoopt te wensen overlaat kunnen we in Nederland gelukkig terecht bij gekwalificeerde zorgverleners zoals de huisarts, de apotheek of de medisch specialist in het ziekenhuis. Vervolgens krijgen we normaal gesproken de zorg die nodig is en worden de kosten, op het eigen risico na, vergoed door onze zorgverzekeraar. We staan er vaak niet bij stil, maar dit gaat allemaal niet vanzelf. Er is sprake van een complex geheel van wetten, regels en betalingen die in samenhang de machinerie van ons zorgstelsel vormen.

Graag neem ik met u een kijkje achter de schermen om te zien hoe de Nederlandse gezondheidszorg is georganiseerd en welke ordening daar is aangebracht. De curatieve, dat wil zeggen op genezing gerichte, gezondheidszorg staat hierbij centraal en daarbinnen de medisch-specialistische zorg in het bijzonder.

De grote waarde die gezondheid voor ons heeft, maakt de gezondheidszorg tot een bijzondere sector waar terecht veel aandacht naar uitgaat. Vanuit het perspectief van mijn leerstoel luidt de hamvraag: hoe kunnen we deze sector zodanig organiseren dat iedereen toegang heeft tot zorg van een goede kwaliteit, terwijl tegelijkertijd ook de betaalbaarheid voldoende in acht wordt genomen?

2 Geen vrije marktwerking

In Nederland wordt, net als in verschillende andere landen, bij de organisatie van gezondheidszorg in toenemende mate gebruikgemaakt van marktprikkels. Dit betekent dat voor de afstemming van vraag en aanbod van zorg niet langer wordt vertrouwd op gedetailleerde aanbod- en prijsregulering door de overheid. De ervaringen hiermee zijn namelijk niet onverdeeld positief geweest, waarover zo dadelijk meer. In plaats daarvan speelt onderlinge concurrentie een steeds belangrijkere rol.

Zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen, hebben aanzienlijke vrijheden gekregen en dienen nu veel meer dan in het verleden te wedijveren om de gunst van patiënten en zorgverzekeraars. Veel prijzen zijn niet langer vooraf vastgesteld, maar onderhandelbaar tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Inkomsten zijn niet langer gegarandeerd in de vorm van vaste budgetten, maar prestatieafhankelijk geworden. Deze marktwerking vormt natuurlijk geen doel op zich. Het is een middel om te komen tot betere zorg tegen de juiste prijs.

Dit is echter geen vanzelfsprekendheid, want de zorg is geen gewone markt. De gezondheidszorg heeft veel specifieke kenmerken die maken dat wat economen 'de onzichtbare hand van de markt' noemen hier zeker niet tot optimale uitkomsten leidt. Het is goed om te benadrukken dat markten in de gezondheidszorg in sterke mate afwijken van de vier veronderstellingen die ten grondslag liggen aan het theoretische ideaalbeeld van perfecte marktwerking.

Ten eerste is in de gezondheidszorg geen sprake van homogene producten en diensten. Deze zijn juist zeer heterogeen. Zo bestaan er tussen zorgaanbieders soms forse kwaliteitsverschillen, zodat het voor patiënten erg kan uit maken waar precies zij worden behandeld.

Ten tweede hebben zorgaanbieders niet allemaal een verwaarloosbaar klein marktaandeel. Ze zijn dus zeker geen machteloze prijsnemers die zich in hevige onderlinge concurrentie moeten schikken naar de prijs die 'de markt' voor hen bepaalt. Zij beschikken bij afwezigheid van regulering op z'n minst over enige bewegingsruimte om zelf hun prijzen te bepalen. Daarnaast geldt aan de vraagzijde van de markt dat de zorgverzekeraars eveneens bepaald niet machteloos zijn.

Ten derde is toe- en uittreding in de gezondheidszorg niet vrij. Er gelden veelal strenge voorwaarden. Daar zijn uiteraard overtuigende redenen voor, maar het betekent wel dat de concurrentiedruk van potentiële nieuwe toetreders beperkt is. Ook het feit dat toetreding niet zelden alleen mogelijk is na grote of specifieke investeringen draagt hieraan bij.

Ten vierde zijn zorgmarkten niet transparant. Vragers en aanbieders beschikken in de gezondheidszorg niet over alle informatie die nodig is om altijd de juiste keuzen te maken. Bovendien is de informatie die wél beschikbaar is meestal ongelijk verdeeld. Het klassieke voorbeeld hiervan is dat artsen over meer medische kennis en kunde beschikken dan hun

patiënten. De ongelijke verdeling van informatie in de gezondheidszorg leidt, zoals ruim 55 jaar geleden beschreven door Kenneth Arrow (1963), tot een forse verstoring van het marktmechanisme. Voor een optimale werking van markten is het belangrijk dat vragers en aanbieders goed én gelijk zijn geïnformeerd. Dit is vooral belangrijk wanneer sprake is van tegengestelde belangen. De wijze van betaling kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat artsen naast het belang van de patiënt ook hun eigen financiële belang hebben. Zij kunnen dan misbruik van hun informatievoorsprong maken door aan patiënten onnodig veel of onnodig dure zorg te verlenen.

In het Handbook of Health Economics beginnen de gezondheidseconomen David Dranove en Mark Satterthwaite (2000) hun grondige uiteenzetting over de industriële organisatie van markten in de gezondheidszorg dan ook niet voor niets met de belangrijke waarschuwing dat “geen enkele markt van substantiële importantie de voorwaarden voor perfecte marktwerking zo drastisch schendt.” Marktfalen ligt hierdoor telkens op de loer. Zo brengt vrije marktwerking gezien de sterk tekortschietende transparantie grote risico's voor de kwaliteit van zorg met zich mee. En dat is in een sector waar het in sommige gevallen gaat om een zaak van leven of dood geen prettig vooruitzicht. Om de publieke doelen op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te waarborgen is er volop reden voor overheidsingrijpen in de gezondheidszorg.

Helaas geldt dat strakke regulering van de gezondheidszorg geen wondermiddel is. Zo kampt de overheid deels met precies dezelfde informatieproblemen die ook de marktwerking parten spelen. Ook is bij de politieke besluitvorming sprake van tekortkomingen, zoals beïnvloeding door belangengroepen en een focus op snelle kortetermijnoplossingen die gedreven wordt door incidenten.

Niet alleen ‘de onzichtbare hand van de markt’ schiet dus tekort. Ook aan de kant van de overheid is sprake van falen. In zijn oratie heeft Erik Schut (2003) de uitdaging die hierdoor resulteert zeer treffend verwoord: *“In geen sector zijn de economische orderingsproblemen zo ingewikkeld als in de gezondheidszorg. Voor het laveren tussen de Scylla van marktfalen en de Charybdis van overheidsfalen is dan ook heel wat stuurmanskunst vereist.”*

Ik sluit me graag bij zijn woorden aan. Dit leidt tot de cruciale vraag welke rol is weggelegd voor de markt en welke rol de overheid moet spelen. Een eenvoudig en eenduidig antwoord op deze vraag is niet te geven. Ook al niet omdat de gewenste marktordering in de gezondheidszorg mede bepaald wordt door tijd- en plaatsgebonden maatschappelijke opvattingen over solidariteit, keuzevrijheid, welvaart en gezondheid. Er is dus sprake van een complexe zoektocht naar de juiste balans tussen marktwerking en overheidsingrijpen. Deze sluiten elkaar namelijk niet uit, maar dienen hand in hand te gaan.

3 Gereguleerde marktwerking

Graag wil ik, vooral ook voor de mensen die minder ingewijd zijn in de materie, nu kort stilstaan bij de combinatie van marktwerking en regulering door de overheid, zoals we die sinds 2006 in het Nederlandse zorgstelsel kennen.

Nederland heeft van oudsher een zorgstelsel met veel particulier initiatief – in de vorm van private zorgaanbieders en private zorgverzekeraars. Maar dan wel in combinatie met strakke overheidsregulering. Deze regulering begon in de loop van de tijd, door een toename van de bureaucratie en groeiende wachtlijsten als gevolg van rantsoenering, steeds meer te knellen. Al vanaf het begin van de jaren 90 van de vorige eeuw is daarom in de Nederlandse gezondheidszorg stapsgewijs meer marktwerking geïntroduceerd.

De politieke discussie over een fundamentele herziening van het zorgstelsel kwam in een stroomversnelling op het moment dat het toenmalige kabinet-Kok II, ook wel Paars II genoemd, in de zomer van 2001 de nota 'Vraag aan bod' presenteerde. Hierin werden de belangrijkste tekortkomingen van het destijds sterk door de overheid gedomineerde zorgstelsel kernachtig samengevat. De belangrijkste trefwoorden waren: beperkte keuzemogelijkheden, onvoldoende samenhang, gebrekkige aansluiting van het aanbod op de vraag, beperkte klantgerichtheid, tekortschietende innovatie & flexibiliteit en sterke sturing door regels.

Het was daarna de minister van VWS van het kabinet-Balkenende II, Hans Hoogervorst, die per 1 januari 2006 de Zorgverzekeringswet heeft ingevoerd. Een historische mijlpaal, omdat met de komst van deze voor iedereen verplichte basisverzekering het jarenlange onderscheid tussen particuliere en ziekenfondsverzekerden is komen te vervallen.

De stelselherziening resulteerde daarnaast in de vorming en hervorming van drie onderling samenhangende markten: de zorgverleningsmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt. Vanwege de onwenselijkheid van vrije marktwerking in de gezondheidszorg is, ondanks de toegenomen ruimte voor marktwerking, nog steeds sprake van allerlei wet- en regelgeving.

De gereguleerde marktwerking op elk van deze markten kan als volgt worden samengevat. Op verschillende zorgverleningsmarkten kunnen patiënten vrij kiezen uit de aanwezige zorgaanbieders. Wel kan aan sommige keuzen een prijskaartje hangen als een bepaalde zorgaanbieder niet door hun verzekeraar is gecontracteerd. Op de nationale zorgverzekeringsmarkt mag iedere Nederlander die dat wenst één keer per jaar van zorgverzekeraar of verzekeringspolis wisselen. Op verschillende zorginkoopmarkten onderhandelen zorgverzekeraars met zorgaanbieders over welke zorg tegen welke voorwaarden wordt geleverd. Zij zijn daarbij niet verplicht om met iedere aanbieder een contract overeen te komen. Het is de totstandkoming van deze zorginkoopmarkt die kenmerkend is voor de ingrijpend veranderde rolverdeling in de Nederlandse gezondheidszorg. Kort gezegd is het niet langer de overheid die de prijzen, hoeveelheden en capaciteit van zorgaanbieders

vaststelt. Dit dient nu hoofdzakelijk te gebeuren via decentrale contractonderhandelingen van aanbieders met zorgverzekeraars. In hun hoedanigheid als kritische zorginkopers, die oog moeten hebben voor zowel de kwaliteit als de kosten van zorg, hebben de verzekeraars daarmee feitelijk de regierol van de overheid overgenomen.

Om gereguleerde marktwerking tot een succes te maken dient aan een aantal noodzakelijke randvoorwaarden te zijn voldaan. Gerelateerd aan deze voorwaarden breng ik hier drie onderwerpen in het bijzonder voor het voetlicht. Als eerste is dat het belang van effectief toezicht op eerlijke concurrentie, het zogeheten mededingingstoezicht. Hierbij zal ik vooral ingaan op de risico's van ziekenhuisfusies. Als tweede besteed ik aandacht aan het keuzegedrag van patiënten en de beïnvloeding hiervan door zorgverzekeraars. Als derde sta ik stil bij faillissementen en de beperkingen die het huidige verbod op winstuitkering voor ziekenhuizen met zich meebrengt.

4 Mededingingstoezicht

Graag wil ik beginnen met het belang van effectief mededingingstoezicht. De Autoriteit Consument & Markt (afgekort ACM) is hiervoor verantwoordelijk. Op grond van de Mededingingswet is het allereerst niet toegestaan om via onderlinge samenwerking de concurrentie uit te schakelen. Ook mag een eventuele machtspositie niet worden misbruikt. Tot slot is het, om voldoende keuzemogelijkheden te behouden, verplicht om vooraf toestemming te vragen voor een fusie.

In het Nederlandse zorgstelsel wordt marktwerking ingezet om de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg te realiseren. De regels voor eerlijke concurrentie gelden daarom ook voor de gezondheidszorg. Maar, zo valt met enige regelmaat te beluisteren, de zorg is toch geen gewone markt? Verdient een sectorspecifieke, minder strenge benadering eigenlijk niet de voorkeur?

Hoewel de gezondheidszorg bijzondere kenmerken heeft, zou dat laatste uiterst onverstandig zijn. Voor goede en betaalbare zorg is het, net als op andere markten, van groot belang dat zowel de vragers als de aanbieders niet over te sterke machtsposities beschikken. Misbruik van een te sterke machtspositie bij de inkopende zorgverzekeraars kan onder andere leiden tot een verschraling van de kwaliteit & het aanbod van zorg en een gebrek aan bereidheid om innovatief zorgaanbod te contracteren. Misbruik van een te sterke machtspositie bij de zorgaanbieders kan bijvoorbeeld leiden tot onnodig hoge prijzen, onvoldoende aandacht voor kwaliteit en het weren van innovatieve toetreders.

Kortom, om de woorden van de vooraanstaande Amerikaanse gezondheidseconoom Martin Gaynor (2006) te gebruiken: *“Nothing about the specifics of the health care industry suggests that the unregulated use of market power in this industry is socially beneficial.”* Ook in de Nederlandse gezondheidszorg moeten de algemene mededingingsregels dus worden

gehandhaafd. Dat dit niet altijd is gebeurd, blijkt uit de vele ziekenhuisfusies die in het verleden zijn goedgekeurd.

Het behoud van voldoende keuzemogelijkheden is essentieel voor de gereguleerde marktwerking. De afgelopen vijftien hebben echter circa 30 ziekenhuisfusies plaatsgevonden. Deze fusies zijn op één na allemaal goedgekeurd. Naar mijn mening gebeurde dit bij een flink aantal fusies op twijfelachtige gronden. In die gevallen is het licht te gemakkelijk op groen gezet. Er zijn door de mededingingsautoriteit gevaarlijk hoge gezamenlijke marktaandelen geaccepteerd in de veronderstelling dat zorgverzekeraars over voldoende tegenkracht beschikken. Zij zouden, zo werd gespeculeerd, in de nabije toekomst de concurrentie tussen de overgebleven ziekenhuizen kunnen aanwakkeren door patiënten ertoe te bewegen om verder te gaan reizen.

De afgelopen tien jaar heb ik samen met Edith Loozen en Erik Schut verschillende artikelen gepubliceerd waarin we de tekortkomingen van het toegeeflijke toezicht op ziekenhuisfusies gedetailleerd hebben uiteengezet (zie bijvoorbeeld Varkevisser en Schut, 2008; Loozen et al., 2014; Schut et al., 2014). Met haar proefschrift heeft Anne-Fleur Roos (2018) onlangs ook een belangrijke bijdrage geleverd aan dit debat. Lange tijd viel deze Rotterdamse kritiek niet in vruchtbare aarde. Gelukkig is er bij de ACM inmiddels het nodige ten goede veranderd. De oprichting van een Taskforce Zorg, die per 2018 is omgevormd tot een Directie Zorg, heeft hier zeker aan bijgedragen.

Naar de gevolgen van die ziekenhuisfusies op de prijs, kwaliteit en bereikbaarheid van zorg is nog beperkt onderzoek gedaan. Maar het nationale en internationale onderzoek dat er is, schetst geen rooskleurig beeld. Op basis van het beschikbare onderzoek moet sterk worden betwijfeld of ziekenhuisfusies over het algemeen positief uitpakken. Dit klemt des te meer, omdat een eenmaal voltrokken ziekenhuisfusie niet meer terug te draaien valt. Of om de vorige minister van VWS, Edith Schippers, te citeren toen zij tijdens een algemeen overleg werd gevraagd de fusie van de ziekenhuizen in Goes en Vlissingen bij gebrek aan resultaat weer ongedaan te maken: *“Ik kan de fusie niet terugdraaien. Dat heb je met eieren die je klutst. Die kun je niet meer terugpakken uit de pan. Dat is meestal een tamelijk dramatische exercitie.”*

Hoewel rijkelijk laat, is het zonder meer verstandig dat de ACM heeft aangegeven haar toezicht op ziekenhuisfusies te gaan verscherpen. Gelukkig wordt de mededingingsautoriteit in deze ambitie gesteund door het feit dat de eerste, en tot nu toe enige, keer dat een ziekenhuisfusie is verboden – te weten die van de ziekenhuizen in Dordrecht en Gorinchem – ze van de Rechtbank Rotterdam in 2016 gelijk heeft gekregen. Deze rechterlijke uitspraak laat zien dat de ACM bij de beoordeling van ziekenhuisfusies in beginsel over voldoende slagkracht beschikt.

Recent heeft de minister van VWS, Hugo de Jonge, het belang van een scherper toezicht op zorgfusies in een brief aan de Tweede Kamer nog maar eens benadrukt. Of dit gaat leiden tot beleidsmatige aanscherpingen van het fusietoezicht in de zorg wordt, zo is de Kamer

toegezegd, begin 2019 duidelijk. Op zich acht ik dit niet per se nodig, want het bestaande wettelijk instrumentarium is in principe geschikt en toereikend voor effectief mededingingstoezicht in de Nederlandse gezondheidszorg. Dat wil zeggen, mits onder het motto 'geen woorden maar daden' de regels van de Mededingingswet voldoende strikt worden toegepast.

Hoe nu verder? Als gevolg van het grote aantal ziekenhuisfusies is de concentratiegraad in de Nederlandse ziekenhuismarkt de afgelopen halve eeuw zo sterk toegenomen dat de vraag zich opdringt of scherper fusietoezicht nog veel zoden aan de dijk zal zetten.

In veel regio's lijkt het kalf al verdronken. Wanneer sprake blijkt te zijn van problematische machtsposities, dan dienen deze via het instrument van aanmerkelijke marktmacht te worden ingekapseld. Met dit zogeheten AMM-instrument kunnen specifieke verplichtingen worden opgelegd aan zorgpartijen met veel marktmacht. Daarnaast blijft het zonder meer belangrijk om iedere nieuwe ziekenhuisfusie streng te beoordelen. Dit alleen is echter niet genoeg om de toekomst met vertrouwen tegemoet te kunnen zien. Hier is meer voor nodig.

Ten eerste is het, in aanvulling op beter fusietoezicht vooraf, van groot belang om achteraf scherper toezicht te gaan houden op misbruik van marktmacht door reeds gefuseerde ziekenhuizen. Meer empirisch onderzoek op dit gebied is dringend gewenst. Door achteraf de effecten van ziekenhuisfusies goed te onderzoeken kan niet alleen streng worden opgetreden als dat nodig is, maar ook ontstaan inzichten die gebruikt kunnen worden om het fusietoezicht vooraf te verbeteren. De aandacht dient daarbij dan vooral uit te gaan naar regio's die al sterk geconcentreerd zijn geraakt. Overigens blijkt uit recent Amerikaans onderzoek dat fusies tussen ziekenhuizen uit verschillende regio's eveneens tot aanzienlijke prijsstijgingen kunnen leiden (Lewis en Pflum, 2017). Het bestaan van deze zogeheten 'cross-market dependencies' kan belangrijke gevolgen hebben voor het mededingingstoezicht op ziekenhuisfusies en vraagt dus om verder onderzoek.

Ten tweede bestaat een grote behoefte aan onderzoek naar de complexe relatie tussen volumennormen, concurrentie en kwaliteit. Momenteel vormt de concentratie van hoogcomplexe zorg – zoals bepaalde kankeroperaties – een belangrijke reden voor ziekenhuisfusies. Op die manier kan immers worden voldaan aan de minimumvolumennormen. Zowel in Nederland als in andere landen worden deze normen steeds verder opgeschroefd vanuit de gedachte dat het behandelen van een bepaald minimumaantal patiënten belangrijk is om een goede kwaliteit te kunnen garanderen. Indien nut en noodzaak hiervan afdoende worden aangetoond, dan lijkt het faciliteren en toestaan van marktverdelingsafspraken ten aanzien van dergelijke hoogcomplexe zorg verstandiger dan het toestaan van fusies. Voor een goede beoordeling van dergelijke afspraken dient de ACM dan wel vanuit het patiëntperspectief een integrale afweging te maken. Alleen zo kan duidelijk worden of de kwaliteitsvoordelen van concentratie in voldoende mate opwegen tegen de potentiële na-

delen ervan, te weten extra reistijd en minder concurrentie tussen ziekenhuizen onderling.

5 Keuzegedrag van patiënten

Het tweede onderwerp dat ik voor het voetlicht wil brengen is het keuzegedrag van patiënten. Het is voor het functioneren van het Nederlandse zorgstelsel met gereguleerde marktwerking belangrijk dat een voldoende grote groep patiënten bewust voor een bepaalde zorgaanbieder kiest of zich hierbij laat adviseren. Dit brengt met zich mee dat er een zekere bereidheid moet zijn om verder te reizen dan minimaal noodzakelijk. Door op de zorgverleningsmarkt niet automatisch voor het dichtstbijzijnde alternatief te kiezen, kunnen patiënten zorgaanbieders tot nog betere prestaties aanzetten.

Uit ons eerste onderzoek naar de gebleken reisbereidheid van Nederlandse patiënten bleek dat een aanzienlijk aantal mensen een verder weg gelegen ziekenhuis verkoos boven de dichtstbijzijnde optie (Varkevisser en Van der Geest, 2007). Hoewel reistijd voor patiënten veruit het belangrijkste is, hebben we in vervolgonderzoek ook gevonden dat de keuze voor een bepaald ziekenhuis positief wordt beïnvloed door een kortere wachttijd of betere kwaliteit (Varkevisser et al., 2012; Beukers et al., 2013). Wel blijkt de reisbereidheid van patiënten beperkt, zodat de ziekenhuisconcurrentie die hieruit voortvloeit beperkt is tot enkele nabijgelegen ziekenhuizen.

Binnen het model van gereguleerde marktwerking geldt boven alles dat de verzekeraars namens hun verzekerden dienen op te treden als kritische inkopers van zorg. Voor hun onderhandelingspositie op de zorginkoopmarkt is het belangrijk dat zij de keuzen van hun verzekerden kunnen beïnvloeden. Een zorgverzekeraar staat sterker in de onderhandelingen op de zorginkoopmarkt wanneer hij een zorgaanbieder meer van zijn verzekerden in het vooruitzicht kan stellen in ruil voor gunstige contractvoorwaarden zoals een lagere prijs, betere kwaliteit of grotere doelmatigheid. Verzekeraars hebben hiervoor twee instrumenten: selectief contracteren en het aanwijzen van voorkeursaanbieders.

Ondanks de dreiging ervan is selectief contracteren, met uitzondering van bepaalde vormen van complexe zorg, tot op heden nog maar beperkt van de grond gekomen. Hier zijn in ieder geval drie redenen voor te noemen.

Ten eerste valt er in veel regionale ziekenhuismarkten als gevolg van fusies anno 2019 simpelweg niet veel meer te kiezen. De nu nog resterende ziekenhuizen dienen niet zelden als 'must have' te worden bestempeld omdat zij voor de zorgverzekeraars onmisbaar zijn. Iedereen zal direct begrijpen dat het dan lastig onderhandelen is.

Ten tweede kampen de zorgverzekeraars al sinds de invoering van de gereguleerde marktwerking met een serieus vertrouwensprobleem. Het spreekt voor zich dat als gevolg

hiervan een mogelijke inperking van de keuzevrijheid bij verzekerden op weinig draagvlak kan rekenen.

Ten derde wordt de ruimte voor verzekeraars om selectief te contracteren ingeperkt door het zogeheten hinderpaalcriterium. Artikel 13 van de Zorgverzekeringswet bepaalt dat verzekerden die naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan recht hebben op een “door de verzekeraar te bepalen vergoeding” van de kosten voor deze zorg. De Hoge Raad heeft gesteld dat deze vergoeding niet zo laag mag zijn dat daardoor voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal ontstaat om een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te bezoeken.

Een poging om het hinderpaalcriterium via een wijziging van artikel 13 ongedaan te maken, stuitte eind 2014 op forse maatschappelijke en politieke weerstand. Uiteindelijke strandde de beoogde wetwijziging op het laatste moment in de Eerste Kamer. Selectief contracteren is hierdoor momenteel nauwelijks effectief. Immers, voor zorgaanbieders geldt: contract of geen contract, de verzekerden komen toch wel. Hoewel de heersende opinie vaak anders is, is de feitelijke machtspositie van zorgverzekeraars mede hierdoor veel zwakker dan hun doorgaans grote marktaandelen suggereren.

Hoewel ik snap dat dit onderwerp politiek erg gevoelig ligt, is het nu toch echt zaak om de daad bij het woord te voegen en het hinderpaalcriterium buitenspel te zetten. Helaas dreigt juist het omgekeerde te gebeuren. Begin november 2018 heeft het kabinet laten weten een wetwijziging voor te bereiden die het mogelijk moet maken om de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in regelgeving vast te leggen. Dit op zich prima voornemen wordt echter direct gevolgd door het volgende (Tweede Kamer, 2018): *“Hierbij zal het kabinet borgen dat de hoogte van de vergoeding niet zo laag wordt vastgesteld dat deze een hinderpaal is voor verzekerden om gebruik te maken van niet-gecontracteerde zorg.”* Anders dan te worden afgeschaft lijkt het hinderpaalcriterium straks dus wettelijk te worden verankerd. In plaats van de noodzakelijke stap vooruit zou dat een forse stap achteruit betekenen!

Naast selectief contracteren, is het aanwijzen van voorkeursaanbieders voor verzekeraars ook een manier om met zorgaanbieders tot gunstige contractvoorwaarden te komen. Verzekerden worden dan niet beperkt in hun keuzevrijheid, maar wel gestimuleerd om te kiezen voor die aanbieders waarmee hun verzekeraar specifieke afspraken heeft gemaakt. Samen met Stéphanie van der Geest heb ik twee experimenten van zorgverzekeraars onderzocht waarbij het aanwijzen van voorkeursziekenhuizen één keer niet en één keer wel gepaard ging met een financiële beloning voor verzekerden die zo'n ziekenhuis bezochten.

Het eerste experiment betrof het voor specifieke behandelingen periodiek aanwijzen van zogeheten TopZorg-aanbieders door zorgverzekeraar Menzis. Het TopZorg-label liet de patiënten zien bij welke zorgaanbieder zij het beste terecht konden voor een behandeling. De keuze voor een van deze aanbieders was geheel vrijblijvend en ging ook niet gepaard met een financiële beloning. Met ons onderzoek laten we voor borstkanker- en liesbreuk-

operaties zien dat het verstrekken van de TopZorg-labels geen invloed heeft gehad op het keuzegedrag van patiënten (Van der Geest en Varkevisser, 2018a).

Ons tweede evaluatieonderzoek keek naar keuzebeïnvloeding via het eigen risico door De Friesland Zorgverzekeraar. Het eenjarige experiment betrof staaroperaties en spataderbehandelingen. Wanneer een verzekerde voor een van de aangewezen voorkeursaanbieders koos, dan werd voor de betreffende behandeling het eigen risico niet bij de verzekerde in rekening gebracht. Het eigen risico was echter nog volledig van toepassing wanneer de verzekerde naast de kosten voor staar en spataderen ook andere zorgkosten maakte. Uit ons onderzoek blijkt het experiment slechts een bescheiden effect te hebben gehad op het keuzegedrag van patiënten (Van der Geest en Varkevisser, 2016; 2018b; 2018c).

Dit viel op voorhand ook wel te verwachten. Bij de huidige opzet van het gedifferentieerd eigen risico hangt het financiële voordeel dat mensen kunnen behalen door een voorkeursaanbieder te kiezen immers af van iemands totale zorgkosten gedurende een kalenderjaar. Het precieze voordeel kan dus alleen achteraf worden vastgesteld. Op het moment van kiezen is het voor verzekerden dan ook lang niet altijd duidelijk of de keuze voor een voorkeursaanbieder überhaupt wel een financieel voordeel met zich meebrengt. Tegelijkertijd is deze mogelijke financiële beloning voor chronisch zieken al bij voorbaat irrelevant. Het spreekt voor zich dat dit de effectiviteit van het eigen risico als sturingsinstrument sterk ondermijnt.

Wat zou nu een meer effectief financieel sturingsinstrument zijn? Mijns inziens moet het volgende gebeuren. Ten eerste dient de overheid een wettelijke basis te creëren voor het bij verzekerden in rekening brengen van vaste eigen betalingen met het eigen risicobedrag als jaarplafond. Ten tweede moet het de verzekeraars vervolgens worden toegestaan om deze eigen betalingen te laten verschillen tussen groepen van zorgaanbieders. Binnen de groep gecontracteerde zorgaanbieders kunnen voorkeursaanbieders dan voor verzekerden financieel aantrekkelijk worden gemaakt ten opzichte van de 'standaard' aanbieders. Deze aanpak heeft tevens als belangrijk voordeel dat de eigen betaling van verzekerden, anders dan bij het huidige eigen risico, los komt te staan van de tarieven die de verzekeraar met zorgaanbieders heeft afgesproken. De vanuit mededingingsperspectief risicovolle openbaarmaking van deze, voor patiënten overigens volstrekt onbegrijpelijke, inkoopprijzen is dan niet nodig.

6 Faillissementen en winstuitkering

Ik kom bij het derde onderwerp. Waarschijnlijk herinnert u het zich nog wel: eind oktober 2018 gingen op hetzelfde moment het Amsterdamse Slotervaartziekenhuis en de IJsselmeerziekenhuizen in Emmeloord en Lelystad failliet. Hoewel de snelheid van de gebeurtenissen verrassend was, kwam de ondergang van de betreffende ziekenhuizen niet als een donderslag bij heldere hemel. De ziekenhuizen stonden namelijk al geruime tijd bekend als financiële zorgkindjes en werden eerder van de ondergang gered.

Sinds de invoering van gereguleerde marktwerking speelt onderlinge concurrentie een belangrijke rol en zijn de inkomsten van zorgaanbieders niet langer gegarandeerd in de vorm van vaste budgetten. Om deze marktwerking goed van de grond te laten komen is het belangrijk dat het voortbestaan van afzonderlijke zorgaanbieders niet vanzelfsprekend is. Zo moeten ziekenhuizen die door tekortschietende prestaties, verkeerde investeringen of mismanagement in de financiële problemen komen zelf op de blaren zitten. En hoewel dit natuurlijk uitermate vervelend is voor de direct betrokken patiënten, verpleegkundigen en artsen moeten ziekenhuizen in het uiterste geval failliet kunnen gaan. Overigens hoeft dit dan niet het definitieve einde te betekenen, omdat een doorstart met een nieuwe eigenaar altijd tot de mogelijkheden behoort.

Anders dan in het verleden is er in het huidige zorgstelsel geen rol voor de overheid in het voorkomen van faillissementen. In het geval van een dreigend faillissement staat de zorgplicht van de verzekeraars centraal. Zij moeten ervoor zorgen dat hun verzekerden na een faillissement ergens anders de benodigde zorg kunnen krijgen. In een zorgstelsel waar ziekenhuizen meer en meer de ruimte krijgen om, binnen de publieke randvoorwaarden, invulling te geven aan het gevraagde 'medisch ondernemerschap' is deze terughoudendheid van de overheid mijns inziens niet meer dan terecht.

Faillissementen van ziekenhuizen kunnen dus helaas niet voorkomen worden. Toch dient wel degelijk een belangrijke tekortkoming te worden opgelost. Sinds de invoering van de gereguleerde marktwerking in 2006 zijn de financiële risico's voor ziekenhuizen fors toegenomen. Voor hun financiering zijn zij echter nog steeds sterk afhankelijk van vreemd vermogen in de vorm van leningen. Zeker sinds de financiële crisis van een aantal jaren geleden zijn banken een stuk terughoudender met het verstrekken van extra geld. Ziekenhuizen met weinig eigen vermogen zullen bij tegenslag daarom snel in acute financiële problemen komen. Ook kan het in toenemende mate moeilijk worden om de investeringen van de grond te krijgen die voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van ziekenhuiszorg wenselijk zijn.

Risicodragende private investeerders kunnen hierbij uitkomst bieden. Maar zij zullen alleen bereid zijn om met geld over de brug te komen als daar in de vorm van winstuitkering een redelijke vergoeding tegenover staat. Dit is nu echter niet toegestaan. De huidige regels moeten dus worden aangepast. Voorzichtigheid is daarbij uiteraard geboden. Het is alleen verstandig om het wettelijke verbod op winstuitkering voor ziekenhuizen onder voorwaarden los te laten (Van der Geest & Varkevisser, 2010; Plomp et al., 2013).

Deze voorwaarden moeten de op snelle winst beluste 'cowboys' buiten de deur houden. Tegelijkertijd mogen ze niet te beperkend zijn voor investeerders die primair geïnteresseerd zijn in waardevermeerdering op de lange termijn. Dit is ook de strekking van het wetsvoorstel dat op 1 juli 2014 door de Tweede Kamer is aangenomen. Om de investeringsmogelijkheden in de medisch-specialistische zorg te vergroten is het de bedoeling dat

ziekenhuizen winst mogen gaan uitkeren, mits zij voldoen aan strikte voorwaarden. Desondanks is een politieke impasse ontstaan. Als gevolg hiervan ligt het wetsvoorstel nog steeds in de Eerste Kamer. Afgelopen zomer heeft het kabinet laten weten dat aanvullend onderzoek nodig is. Hopelijk leidt dit onderzoek tot een doorbraak en kan de beoogde wetswijziging snel worden vlot getrokken.

7 Afronding

Ik kom tot een afronding van deze rede. Marktwerking is in de gezondheidszorg geen wondermiddel tegen alle kwalen en brengt bij verkeerd gebruik zelfs serieuze risico's met zich mee (Barros et al., 2017). Soms is marktwerking het juiste medicijn en soms ook juist niet. Het zijn clichés, maar ook voor de gereguleerde marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg geldt 'one size does not fit all' en 'the devil is in the details'. Het is daarbij belangrijk om te beseffen dat geen sprake is van 'eenrichtingsverkeer'. Wanneer marktwerking op een bepaalde deelmarkt niet het gewenste resultaat heeft, dan bestaat altijd de mogelijkheid om weer tot regulering over te gaan.

Hoewel uit recente internationale vergelijkingen blijkt dat het Nederlandse zorgstelsel prima resultaten kan overleggen, staat het model van gereguleerde marktwerking voor een belangrijke test. In aanvulling op de uitdagingen die reeds aan bod zijn gekomen, is het cruciaal dat de zorgverzekeraars zich namens alle patiënten én gezonde premiebetalers de komende jaren in steeds sterkere mate gaan opstellen als inkopers van goede en betaalbare gezondheidszorg.

Als gevolg van het al eerder genoemde vertrouwensprobleem waarmee de verzekeraars kampen, is dit voor hen geen eenvoudige opdracht. Zo blijkt uit ons recente onderzoek onder bestuursvoorzitters, zorginkopers en marketeers van de Nederlandse zorgverzekeraars dat zij bij de contractonderhandelingen met aanbieders mede hierdoor worstelen met hun inkooprol (Stolper et al., 2018). Het helpt dan ook zeker niet dat wanneer zorgverzekeraars concreet invulling proberen te geven aan hun rol als kostenbewuste zorginkopers er regelmatig politieke onrust ontstaat.

Al dan niet gevoed door de inbreng van beroepsverenigingen en belangenbehartigers, is de nuance dan helaas vaak ver te zoeken. Natuurlijk maken verzekeraars fouten bij de onderhandelingen met zorgaanbieders. Niets menselijks is ook hen vreemd. Maar het gaat te ver om hen stelselmatig als de boeman van het zorgstelsel weg te zetten. Het is jammer dat het bestaande negatieve sentiment jegens de zorgverzekeraars door leden van de Tweede Kamer met enige regelmaat verder wordt aangewakkerd. Zoals ten tijde van de eerder genoemde ziekenhuisfaillissementen. De retoriek waarmee dit veelal gepaard gaat draagt bepaald niet bij aan het functioneren van ons zorgstelsel en de rol die de zorgverzekeraars daarin toebedeeld hebben gekregen.

Het mag hard klinken, maar het op een gekunstelde wijze in de lucht houden van structureel noodlijdende ziekenhuizen door deze op rekening van de premiebetalers aan het

‘geldinflux’ te leggen dient geen doel. Als individuele zorgaanbieders door eigen falen ten onder gaan, dan kan de zwartepiet hiervoor dus niet bij de zorgverzekeraars worden gelegd. Politici past in dat opzicht terughoudendheid.

Tot slot, voor een goede ordening van markten in de gezondheidszorg is dus géén sprake van een keuze tussen óf marktwerking óf overheidsingrijpen. Vrije marktwerking is immers louter een theoretisch ideaalbeeld. En derhalve alleen nuttig als referentiekader. ‘Laissez-faire’ kan in de praktijk op zorgmarkten geenszins het devies zijn. Liberalisering en regulering sluiten elkaar dan ook niet uit maar gaan, naar goed Rotterdams gebruik, hand in hand. Helaas komt succes niet vanzelf. Stug doorwerken aan verbeteringen is daarom het devies.

Aan de vooravond van haar afscheid als bewindspersoon schreef Edith Schippers (2016) in het economenvakblad ESB dat een minister van VWS hiermee nooit klaar is. Dit geldt ook voor een hoogleraar bij ESHPM. Ruim tien jaar na de ingezette herziening van het Nederlandse zorgstelsel is én blijft sprake van werk-in-uitvoering. Ik vind het een voorrecht om met de invulling van deze nieuwe leerstoel, hand in hand met beleidsmakers en toezichhouders, hieraan nog meer dan in het verleden mijn steentje bij te dragen!

Auteur

Marco Varkevisser (e-mail: varkevisser@eshpm.eur.nl) is bijzonder hoogleraar Marktordening in de Gezondheidszorg bij Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Deze rede is op vrijdag 18 januari 2019 door hem uitgesproken bij de openbare aanvaarding van zijn ambt. De uitgebreide versie van zijn oratie, inclusief de volledige literatuurlijst, is [hier](#) te vinden.

Literatuur

- Arrow, K.J., 1963, Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American Economic Review*, vol. 53(5): 941-973.
- Barros, P.P., W.B.F. Brouwer, S. Thomson en M. Varkevisser, 2017, Competition among health care providers: helpful or harmful?, *European Journal of Health Economics*, vol. 17(3): 229-233.
- Beukers, P.D, R.G. Kemp en M. Varkevisser, 2013, Patient hospital choice for hip replacement: empirical evidence from the Netherlands, *European Journal of Health Economics*, vol. 15(9): 927-936.
- Dranove, D. en M.A. Satterthwaite, 2000, The industrial organization of health care markets, in: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (eds), *Handbook of Health Economics*, volume 1B: 1093-1139, Elsevier.
- Gaynor, M., 2006, Why don't courts treat hospitals like tanks for liquefied gases? Some reflections on health care antitrust enforcement, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 31(3): 497-510.

- Geest, S.A. van der, en M. Varkevisser, 2010, Winstverbod ziekenhuizen onder voorwaarden loslaten, *ESB*, vol. 95(4580): 152-154.
- Geest, S.A. van der, en M. Varkevisser, 2016, Using the deductible for patient channeling: did preferred providers gain patient volume?, *European Journal of Health Economics*, vol. 17(5): 645-652.
- Geest, S.A. van der, en M. Varkevisser, 2018a, *Can insurers change patient choice by assigning quality labels to hospitals? Empirical evidence from a natural experiment in the Netherlands*, mimeo.
- Geest, S.A. van der, en M. Varkevisser, 2018b, Patient responsiveness to a differential deductible: empirical results from the Netherlands, *European Journal of Health Economics*, te verschijnen.
- Geest, S.A. van der, en M. Varkevisser, 2018c, Sturing via eigen risico heeft beperkt effect, *ESB*, vol. 103(4757): 22-23.
- Lewis, M.S. en K.E. Pflum, 2017, Hospital systems and bargaining power: evidence from out-of-market acquisitions, *RAND Journal of Economics*, vol. 48(3): 579-610.
- Loozen, E.M.H., M. Varkevisser en F.T. Schut, 2014, Beoordeling ziekenhuisfusies door ACM: staat de consument wel echt centraal?, *Markt & Mededinging*, 2014(1): 5-14.
- Plomp, E., F.T. Schut en M. Varkevisser, 2013, Winstuitkering bij ziekenhuiszorg, *ESB*, vol. 98(4667): 508-511.
- Roos, A.F., 2018, *Mergers and competition in the Dutch healthcare sector*, dissertation, ESHPM / Erasmus University Rotterdam.
- Schippers, E., 2016, Naar twintig jaar Zorgverzekeringswet, *ESB*, vol. 102(4745): 16-19.
- Schut, F.T., 2003, *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg*, oratie, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Schut, F.T., E.M.H. Loozen en M. Varkevisser, 2014, Consumentenwelvaart en ziekenhuisfusies, *ESB*, vol. 99(4682S): 56-62.
- Stolper, K.C.F., L.H.H.M. Boonen, F.T. Schut en M. Varkevisser, 2018, Managed competition in the Netherlands: do insurers have an incentive to steer on quality?, *Health Policy*, te verschijnen.
- Tweede Kamer, 2018, *Herziening zorgstelsel: brief van de minister en staatssecretaris van VWS*, vergaderaar 2018-201, 29689, nr. 941, Den Haag.
- Varkevisser, M. en F.T. Schut, 2008, NMa moet strenger zijn bij toetsen ziekenhuisfusies, *ESB*, vol. 93(4532): 196-199.
- Varkevisser, M. en S.A. van der Geest, 2007, Why do patients bypass the nearest hospital? An empirical analysis for orthopaedic care and neurosurgery in the Netherlands, *European Journal of Health Economics*, vol. 8(3): 287-295.
- Varkevisser, M., S.A. van der Geest en F.T. Schut, 2012, Do patients choose hospitals with high quality ratings? Empirical evidence from the market for angioplasty in the Netherlands, *Journal of Health Economics*, vol. 31(2): 371-378.