

Erasmus University
Health Policy
& Management

Hand in hand

Op zoek naar de juiste balans tussen
marktwerking en overheidsingrijpen
in de gezondheidszorg

Prof. dr. Marco Varkevisser

Hand in hand

Op zoek naar de juiste balans tussen marktwerking en overheidsingrijpen in de gezondheidszorg

Prof. dr. Marco Varkevisser

Rede in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Marktordening in de Gezondheidszorg aan Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) van de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Erasmus Universiteit Rotterdam, vanwege de Vereniging Trustfonds EUR, op vrijdag 18 januari 2019.

Colofon

Hand in hand

Op zoek naar de juiste balans tussen
marktwerking en overheidsingrijpen
in de gezondheidszorg
Prof. dr. Marco Varkevisser

Oplage

750

Uitgever

Marketing & Communicatie ESHPM

Vormgeving

www.panart.nl

Druk

De Bondt Grafimedia

Rotterdam, december 2018

www.eur.nl/eshpm

“No other market of substantial importance violates the requirements of perfect competition so radically.”

David Dranove & Mark Satterthwaite (2000, blz. 1096)

“In geen sector zijn de economische ordeningsproblemen zo ingewikkeld als in de gezondheidszorg.”

Erik Schut (2003, blz. 30)

*Mijnheer de rector magnificus,
Zeer gewaardeerde toehoorders,*

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. Vanmiddag wil ik met u graag een kijkje achter de schermen nemen om te zien hoe de Nederlandse gezondheidszorg is georganiseerd en welke ordening daar is aangebracht.¹ De curatieve, dat wil zeggen op genezing gerichte, gezondheidszorg staat hierbij centraal en daarbinnen de medisch-specialistische zorg in het bijzonder.²

Geen vrije marktwerking

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?

In Nederland wordt, net als in verschillende andere landen (zie bijvoorbeeld Siciliani et al., 2017), bij de organisatie van gezondheidszorg in toenemende mate gebruik gemaakt van marktprikkels. Dit betekent dat voor de afstemming

-
- 1 Ik ben Werner Brouwer, Stéphanie van der Geest, Erik Schut en Wynand van de Ven zeer erkentelijk voor hun nuttige commentaar op eerdere versies van deze rede. Uiteraard berust de verantwoordelijkheid voor de inhoud geheel bij mij. De inhoud van deze geschreven tekst is afgerond op 30 november 2018.
 - 2 Dit laat onverlet dat de vraagstukken die ik in deze rede behandel grotendeels zeker ook relevant zijn voor andere deelsectoren in de gezondheidszorg. Zo is bijvoorbeeld in de langdurige zorg nog onduidelijk in hoeverre alle hervormingen van de afgelopen jaren hebben geleid tot de juiste prikkels voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid (Alders & Schut, 2018). Er zijn op dat gebied ongetwijfeld nog verdere verbeteringen nodig.

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 belangrijker 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.

In het kort:

1. In de gezondheidszorg is 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.
2. Zorgaanbieders hebben 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.
3. Toe- en uittreding is 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 en/of specifieke investeringen draagt hieraan bij.
4. Zorgmarkten zijn 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. Zoals ruim 55 jaar geleden beschreven door Kenneth Arrow (1963), resulteert de ongelijke verdeling van informatie in de gezondheidszorg 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.³ De wijze van betaling kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat artsen naast het belang van de patiënt ook een eigen financiële belang hebben. Zij kunnen dan misbruik van hun informatievoorsprong maken door aan patiënten onnodig veel en/of onnodig dure zorg te verlenen.

In het Handbook of Health Economics beginnen de gezondheidseconomen David Dranove en Mark Satterthwaite (2000, blz. 1096) 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 (‘quick wins’) die gedreven wordt door incidenten. Het is niet voor niets dat zelfs in de van oudsher zeer sterk staatsgestuurde Engelse National Health Service (NHS) de afgelopen 25 jaar verschillende vormen van marktwerking zijn geïntroduceerd (zie voor een bespreking van deze hervormingen Propper, 2018).

3 Op een markt met ongelijk verdeelde informatie wordt de relatief slecht geïnformeerde partij aangeduid als de principaal en de relatief goed geïnformeerde partij als de agent. Wanneer beide partijen dezelfde doelstellingen nastreven, is deze asymmetrische informatieverdeling geen probleem. Als beide partijen echter verschillende belangen hebben, dan bestaat het risico dat de agent zijn informatievoorsprong uitbuit ten koste van de principaal. In dat geval is sprake van een zogeheten principaal-agentprobleem.

Niet alleen 'de onzichtbare hand van de markt' schiet dus tekort, maar ook aan de kant van de overheid is sprake van falen. In zijn oratie heeft Erik Schut (2003, blz. 30) de uitdaging die hierdoor resulteert reeds zeer treffend verwoord:

"In geen sector zijn de economische ordeningsproblemen 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. Logischerwijs speelt de vraag naar de meest geschikte wijze van marktordening in de gezondheidszorg nationaal en internationaal een prominente rol in de beleidsdebatten. Overal wordt ten aanzien van de gezondheidszorg geworsteld met de 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 marktordening in de gezondheidszorg mede bepaald wordt door tijd- en plaatsgebonden maatschappelijke opvattingen over solidariteit, keuzevrijheid, welvaart en gezondheid.

Gelukkig voor beleidsmakers heeft de wetenschappelijke literatuur binnen de discipline gezondheidseconomie steeds meer aandacht voor de empirische vraagstukken die ten aanzien van de juiste ordening van zorgmarkten van belang zijn (Gaynor et al., 2015, blz. 279):

"The functioning of health care markets has become a topic of intense interest to policymakers. As research moves forward invigorated by new methods, data, and researchers, we can expect to see substantial real-world impacts of the new evidence generated by economic research."

Dit is maar goed ook, want marktordening in de gezondheidszorg is zoals gezegd verre van eenvoudig. Er is 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.

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

Gereguleerde marktwerking

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.⁴ 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. Deze periode van geleidelijke hervormingen is door Wynand van de Ven (2015) bij zijn afscheid als hoogleraar Sociale Ziektekostenverzekering getypeerd als “de stille revolutie in ziekenfondsland”.

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 “een samenhangende visie” presenteerde “op basis waarvan de komende jaren de noodzakelijke vernieuwing van het Nederlandse zorgstelsel kan plaatsvinden”. In deze nota met de veelzeggende titel ‘Vraag aan bod’ werden de belangrijkste tekortkomingen van het destijds sterk door de overheid gedomineerde zorgstelsel op de volgende wijze kernachtig samengevat (Tweede Kamer, 2001, blz. 3 en 8):

“Een belangrijke tekortkoming in het huidige zorgstelsel is dat het onvoldoende aan de vraag van patiënten en cliënten tegemoetkomt. Deze tekortkoming uit zich in een aantal knelpunten, zoals beperkte keuzemogelijkheden, onvoldoende samenhang en gebrekkige aansluiting van aanbod op vraag (kwalitatief en kwantitatief).”

“De gezondheidszorg is op dit moment nog vooral een aanbiedersmarkt. (...) Het tegenspel van patiënten, verzekeraars of concurrerende aanbieders is beperkt. De klantgerichtheid van de zorgsector is beperkt, mede omdat het systeem tekortschiet in het bevorderen van innovatie en flexibiliteit. (...) De mogelijkheden van verzekeraar, zorgaanbieder en consument om tot afstemming van het aanbod op de vraag te komen, zijn beperkt. De ervaring leert dat het gedrag van deze partijen sterk door regels is gestuurd. Dit draagt er niet toe bij dat zij uit zichzelf of met elkaar naar oplossingen zoeken.”

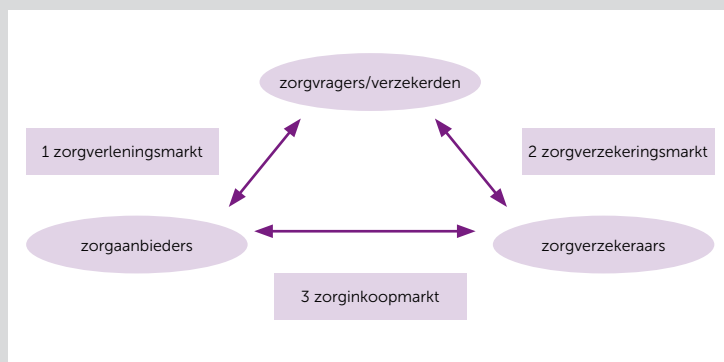
4 Zie voor een leerzaam historisch overzicht Van de Ven (2015).

Het was daarna het kabinet-Balkenende II dat in haar regeerakkoord koos voor een fundamentele herziening van het zorgstelsel waarbij "eigen verantwoordelijkheid en initiatief van partijen in de zorg" voorop kwam te staan (Tweede Kamer, 2003, blz. 11):

"De centrale aanbodsturing is vastgelopen en wordt zo snel als verantwoord is vervangen door gereguleerde marktwerking."

Per 1 januari 2006 is vervolgens de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd. Een historische mijlpaal, omdat met de komst van de 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 (zie figuur 1).

Figuur 1: Drie samenhangende markten in de gezondheidszorg



Bron: Varkevisser & Schut (2016, blz. 360)

De marktwerking op elk van deze markten kan als volgt worden samengevat. Op verschillende zorgverleningsmarkten (1) kunnen patiënten vrij kiezen uit de aanwezige zorgaanbieders. Wel kan aan bepaalde keuzen een (hoger) prijskaartje hangen als een bepaalde zorgaanbieder niet door hun verzekeraar

is gecontracteerd.⁵ Op de nationale zorgverzekeringsmarkt (2) mag iedere Nederlander die dat wenst één keer per jaar van zorgverzekeraar en/of verzekeringspolis wisselen. Op verschillende zorginkoopmarkten (3) 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 maar dient dit 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.

Vanwege de onwenselijkheid van vrije marktwerking in de gezondheidszorg is ondanks de toegenomen ruimte voor marktwerking op elk van de hierboven genoemde zorgmarkten nog steeds sprake van allerlei wet- en regelgeving (Varkevisser & Schut, 2016).⁶ Zo worden patiënten op de zorgverleningsmarkt onder andere beschermd door wettelijke opleidingseisen en bewaakt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) de veiligheid en kwaliteit van de zorg. Ook op de zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt gelden tal van regels die tot doel hebben om misstanden te voorkomen. Het voert te ver om hier nu dieper op in te gaan, maar denk bijvoorbeeld aan de verplichting voor zorgverzekeraars om iedereen voor de basisverzekering te accepteren en het verbod om bij het berekenen van de nominale zorgpremie rekening te houden met de gezondheidsverschillen die tussen mensen bestaan. Voor ons als Nederlanders zijn deze acceptatieplicht en het verbod op premie-differentiatie vanuit het oogpunt van solidariteit volstrekt vanzelfsprekend. In tal van andere landen, zoals bijvoorbeeld de Verenigde Staten, is dat echter niet het geval. Het is voor mensen met hoge zorgkosten dan simpelweg onmogelijk om tegen een betaalbare premie een, zeker voor hen broodnodige, zorgverzekering af te sluiten.

5 In 2018 had iets meer dan 13% van de verzekerden (2,3 miljoen mensen) in ruil voor een lagere premie een polis met minder keuze uit gecontracteerde aanbieders en een beperkte vergoeding bij het gebruik van niet-gecontracteerde zorg (NZa, 2018).

6 Helaas blijkt de karikatuur dat in de Nederlandse gezondheidszorg gestreefd zou worden naar grotendeels vrije marktwerking nogal hardnekkig; zie bijvoorbeeld Van Staveren (2017) en Sent (2018).

Om gereguleerde marktwerking tot een succes te maken dient aan een aantal noodzakelijke randvoorwaarden te zijn voldaan.⁷ Gerelateerd aan deze voorwaarden breng ik hier vanmiddag 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 (de dreiging van) faillissementen en de beperkingen die het huidige verbod op winstuitkering voor ziekenhuizen met zich meebrengt.

Mededingingstoezicht

Graag wil ik beginnen met het belang van effectief mededingingstoezicht. In het Nederlandse zorgstelsel wordt marktwerking ingezet om de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg te realiseren. Het is voor patiënten en premiebetalers essentieel dat de concurrentie in de zorg adequaat wordt beschermd. Op grond van de Mededingingswet (Mw) is het daarom 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.

De regels voor eerlijke concurrentie gelden voor alle partijen in de gezondheidszorg: grote zorginstellingen (zoals ziekenhuizen), individuele beroepsbeoefenaren (zoals huisartsen) en zorgverzekeraars. Maar, zo valt met enige regelmaat te beluisteren, de zorg is toch geen gewone markt? Is het dan wel verstandig om de algemene regels van de Mw in de gezondheidszorg onverkort te handhaven? Of verdient een sectorspecifieke, minder strenge benadering eigenlijk de voorkeur? Hoewel de gezondheidszorg bijzondere kenmerken heeft, zou dat laatste – zoals uitvoerig uiteengezet door Edith Loozen (2015) – uiterst onverstandig zijn. Ik sluit mij graag aan bij wat de vooraanstaande Amerikaanse gezondheidseconoom Martin Gaynor (2006, blz. 497) hierover heeft gezegd:

7 Dit betreft keuzevrijheid voor verzekerden, transparantie en consumenteninformatie, financiële prikkels tot doelmatigheid, betwistbare markten, contractvrijheid, effectief mededingingstoezicht, kruissubsidies zonder prikkels tot risicoselectie, afwezigheid van liftersgedrag, effectief toezicht op de kwaliteit van zorg en gegarandeerde toegang tot basiszorg (Van de Ven & Schut, 2012; Van de Ven et al., 2013).

“Nothing about the specifics of the health care industry suggests that the unregulated use of market power in this industry is socially beneficial. As a consequence, the antitrust laws should be enforced here as in any other industry.”

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 inkoopende 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. 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.⁸

Ziekenhuisfusies

Gedurende de afgelopen decennia hebben tijdens een aantal opeenvolgende fusiegolven in Nederland meer dan 130 ziekenhuisfusies plaatsgevonden (Roos et al., 2018). Hoewel bestuurders van fusieziekenhuizen steeds de (vermeende) voordelen benadrukken,⁹ kleven er vanuit stelselperspectief belangrijke nadelen aan deze schaalvergroting. Het behoud van voldoende keuzemogelijkheden is namelijk essentieel voor de gereguleerde marktwerking (Roos & Varkevisser, 2018).

Kritiek op fusietoezicht

Pas sinds 2004 worden voorgenomen ziekenhuisfusies getoetst op de gevolgen voor de onderlinge concurrentie. In dat jaar concludeerde de

8 Ook op de zorgverzekeringsmarkt hebben verschillende fusies plaatsgevonden, maar deze blijven hier buiten beschouwing. De (vooralsnog) laatste fusie was die van Achmea en De Friesland. De juistheid van de goedkeuring hiervan is destijds door ons ernstig betwijfeld (Loozen et al., 2011).

9 Zie bijvoorbeeld Berden et al. (2018) en Kuipers (2018). Ook de uitspraak van Wouter Bos dat hij als bestuursvoorzitter van VUmc is “geschrokken van hoe de ACM naar fusies kijkt” is hiervan een treffend voorbeeld (Zorgvisie, nr. 9, 31 augustus 2018). In een terugblik op de fusie van de Amsterdamse academische ziekenhuizen AMC en VUmc zegt hij: “Alle redenen waarom we fuseerden konden we niet op tafel krijgen. Het verbeteren van de kwaliteit en de beschikbaarheid, het hoofdargument van de fusie, werd niet getoetst. Ook in de wetenschapsbeoefening, je internationale aanwezigheid versterken, was de ACM niet geïnteresseerd.”

mededingingsautoriteit – toen de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), nu de Autoriteit Consument & Markt (ACM)¹⁰ – dat als gevolg van hervormingen voldoende ruimte was ontstaan voor concurrentie in de ziekenhuiszorg. Sindsdien hebben circa 30 ziekenhuisfusies plaatsgevonden. In veel gevallen lagen hieraan strategische overwegingen ten grondslag (Postma & Roos, 2016). Deze fusies zijn op één na – waarover straks meer – allemaal goedgekeurd. Naar mijn mening gebeurde dit bij een flink aantal fusies op twijfelachtige gronden en is het licht in die gevallen te gemakkelijk op groen gezet. De besluiten inzake de fusies in Blaricum/Hilversum (2005), Alkmaar/Den Helder (2007), Goes/Vlissingen (2009), Tilburg (2012) en Bergen op Zoom/Roosendaal (2013) zijn hiervan de meest in het oog springende voorbeelden. Hier 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 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 & Schut, 2008; Loozen et al., 2014 en Schut et al., 2014).¹¹ 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. Sterker nog, zonder ook maar één keer inhoudelijk met ons in gesprek te zijn gegaan noemde in oktober 2013 de toenmalige bestuursvoorzitter van de ACM in een interview met het vakblad *Zorgvisie* onze kritiek “flauw en gemakkelijk”.

Gelukkig is er sindsdien het nodige ten goede veranderd. De ACM heeft nu veel meer aandacht voor onderzoek naar (de effecten van) het eigen mededingings-toezicht in de gezondheidszorg. De oprichting van een Taskforce Zorg, die per 2018 is omgevormd tot een Directie Zorg, heeft hier zeker aan bijgedragen. Ook onze relatie met de ACM is mede hierdoor sterk verbeterd.

10 De ACM is op 1 april 2013 ontstaan door een fusie van de Consumentenautoriteit, de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de Onafhankelijke Post en Telecommunicatie Autoriteit (OPTA).

11 Anders dan recent gesuggereerd door Ten Broeke & Gommers (2018) beargumenteren we in deze artikelen niet dat ziekenhuisfusies anders moeten worden beoordeeld dan andere fusies. Integendeel, onze kritiek is nu juist dat dit in het verleden te vaak wél is gebeurd.

Dit blijkt onder andere uit het feit dat Ron Kemp, senior econoom bij deze nieuwe directie, sinds eind 2017 voor één dag per week bij onze sectie Health Systems & Insurance (HSI) werkzaam is. Met hem begeleid ik het promotieonderzoek van Wouter van der Schors naar samenwerking en concurrentie in de gezondheidszorg. De start hiervan is veelbelovend en smaakt naar meer!

Feit is wel dat als gevolg van het grote aantal fusies het gemiddelde regionale marktaandeel per ziekenhuis de afgelopen jaren is gestegen tot bijna 60% (NZa, 2017). Per regionale markt voor ziekenhuiszorg zijn gemiddeld nog maar twee ziekenhuizen overgebleven. Er is voor zorgverzekeraars én patiënten dus vaak nog maar weinig te kiezen. En dat kan tot moeizame onderhandelingen van verzekeraars met ziekenhuizen leiden. Ook zijn er de eerste signalen dat machtsposities mogelijk worden misbruikt.¹²

Gevolgen van ziekenhuisfusies

Naar de gevolgen van die ziekenhuisfusies op de prijs, kwaliteit en bereikbaarheid van zorg is nog beperkt onderzoek gedaan. Maar het onderzoek dat er is, schetst geen rooskleurig beeld. De meest recente onderzoeken naar het prijseffect van Nederlandse ziekenhuisfusies laten zien dat als een fusie een effect op de prijzen heeft, dit meestal een prijsverhoging is (ACM, 2017a;¹³ Roos et al., 2017). Bovendien blijkt, ook los van fusies, sprake te zijn van een positieve samenhang tussen marktconcentratie en de prijzen van ziekenhuiszorg: minder concurrentie leidt tot hogere prijzen. Deze bevindingen zijn in lijn met onderzoek naar de effecten van ziekenhuisfusies in de Verenigde Staten (Gaynor et al., 2015; Cooper et al., 2018). Prijsverhogingen bij ziekenhuizen leiden op macroniveau tot hogere zorgkosten en dus tot hogere zorgpremies en/of eigen betalingen van patiënten.

Er is op basis van het schaars beschikbare onderzoek bovendien geen reden om aan te nemen dat ziekenhuisfusies een positief effect hebben op de kwaliteit. Een recente Nederlandse studie laat zien dat de onderzochte fusies nauwelijks effect hadden op de kwaliteit van zorg (Significant, 2016). Verschillende Amerikaanse onderzoeken vonden hetzelfde (Gaynor et al., 2015). Studies naar

12 Zie het nieuwsbericht "Drie ziekenhuizen zijn opvallend duur" dat op 19 juni 2018 is verschenen op de website van Zorgvisie. Hierin wordt verwezen naar de eerste resultaten van een onderzoek van Misja Mikkers, hoogleraar aan de Universiteit van Tilburg en directeur strategie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), waaruit zou blijken dat drie ziekenhuizen met veel marktmacht prijzen hanteren die 10% hoger liggen dan verwacht zou mogen worden.

13 Zie ook Kemp & Van 't Veer (2018).

het verband tussen marktconcentratie en kwaliteit laten daarentegen tot op heden vrij consistent zien dat minder concurrentie een lagere kwaliteit van zorg tot gevolg heeft (Cooper et al., 2011; Gaynor et al., 2013).

Kortom, 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 wettelijk, en ook in de praktijk, 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 (Tweede Kamer, 2011a, blz. 15):

“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.”

Aanscherping fusietoezicht

Hoewel rijkelijk laat, is het zonder meer verstandig dat de ACM (2017b) 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 (Dordrecht/Gorinchem) ze van de Rechtbank Rotterdam in 2016 gelijk heeft gekregen.¹⁴ Zo heeft de rechter gesteld het aannemelijk te vinden dat “patiënten die nu niet bewegen dat na de fusie ook niet zullen doen”. Dit maakt dat de relevante geografische markt – dat wil zeggen, het gebied waarbinnen de fuserende ziekenhuizen werkzaam zijn – op basis van de huidige patiëntenstromen kan worden vastgesteld. Als gevolg hiervan zal dit gebied veelal beperkt van omvang blijken te zijn. Een fusie leidt dan sneller tot mededingingsproblemen. Ook heeft de rechter geconcludeerd dat de ACM, ondanks de eerdere goedkeuringsbesluiten, nu kan stellen dat verzekeraars ten opzichte van (gefuseerde) ziekenhuizen “niet over voldoende effectieve disciplineringsmogelijkheden beschikken”. Deze rechterlijke uitspraak laat zien dat de ACM bij de beoordeling van ziekenhuisfusies in beginsel over voldoende (juridische) slagkracht beschikt.

In het publieke debat worden regelmatig – en geheel terecht – zorgen geuit over de bestuurbaarheid en ‘menselijke maat’ van grote en complexe zorginstellingen. Desondanks spelen dergelijke aspecten momenteel geen rol bij de beoordeling van ziekenhuisfusies. Dit is niet voor niets. Deze indirecte publieke belangen kunnen namelijk niet of nauwelijks objectief worden

¹⁴ Rechtbank Rotterdam, 29 september 2016, ECLI:NL:RBROT:2016:7373.

geoperationaliseerd. En dus ook niet worden getoetst. Hiervoor gelden eigenlijk dezelfde kanttekeningen als die in 2012 door de Raad van State naar voren zijn gebracht inzake de beoogde fusie-effectrapportage. Dit advies- en rechts-orgaan concludeerde destijds nadrukkelijk dat een voorafgaande beoordeling van het ‘gevaar voor de goede zorgverlening’ bij het ontbreken van zinvolle criteria moeilijk uitvoerbaar is (Tweede Kamer, 2012).

Recent heeft de minister van VWS, Hugo de Jonge, het belang van een scherper toezicht op zorgfusies in een brief aan de Tweede Kamer (2018b, blz. 2) nog eens benadrukt:

“Scherp fusietoezicht is noodzakelijk om de belangen van patiënten en verzekerden te beschermen.”

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 overigens niet per sé nodig, want het bestaande wettelijk instrumentarium is in principe geschikt en toereikend voor effectief mededingingstoezicht in de Nederlandse gezondheidszorg (Loozen, 2015). Dat wil zeggen, mits onder het motto ‘geen woorden maar daden’ de regels van de Mededingingswet (Mw) 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 (Varkevisser & Schut, 2017). 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.¹⁵ 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

15 Dit instrument is nu nog in handen van de NZa, maar zal – zo is althans de bedoeling – worden overgeheveld naar de ACM (Tweede Kamer, 2018b).

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. Zo blijkt uit Rotterdams onderzoek bijvoorbeeld dat bij de beoordeling van ziekenhuisfusies meer aandacht nodig is voor het definiëren van productmarkten, potentiële verschillen tussen ziekenhuislocaties en de onderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen (Roos et al., 2017). Ook de verdere verbetering van fusiesimulatiemodellen kan een bijdrage leveren aan de benodigde aanscherping van het preventieve toezicht op ziekenhuisfusies (Croes & Roos, 2018). 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 & Pflum, 2017). Dit duidt erop dat wanneer ziekenhuizen geen directe concurrenten van elkaar zijn, een fusie hun onderhandelingspositie ten opzichte van de zorgverzekeraars toch kan versterken. Dit kan verschillende redenen hebben. Zo heeft een ziekenhuis meer marktmacht wanneer het als één organisatie in meerdere regio's actief is die tot het (kern)werkgebied van een zorgverzekeraar behoren. Het is ook mogelijk dat door de krachtenbundeling aan de kant van het gefuseerde ziekenhuis een meer capabel onderhandelings-team ontstaat en/of geprofiteerd kan worden van extra informatie over voorgaande contractonderhandelingen met verzekeraars. 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 hoogcomplexiteit zorg – zoals bepaalde kankeroperaties – een belangrijke reden voor ziekenhuisfusies. Op die manier kan immers worden voldaan aan de minimumvolumennormen. Zowel in Nederland (Mesman et al., 2017) als in andere landen (Morche et al., 2018) 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. Vanuit marktordeningsperspectief is het echter de vraag of het wenselijk is om deze concentratie te laten plaatsvinden via ziekenhuisfusies of door concentratie van uitsluitend de betreffende vormen van hoogcomplexiteit zorg in een beperkt aantal ziekenhuizen (en dus het afstoten van deze vormen van zorg door andere ziekenhuizen). Indien nut en noodzaak hiervan afdoende worden aangetoond, lijkt het faciliteren en toestaan van marktverdelingsafspraken ten aanzien van dergelijke hoogcomplexiteit 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 nadelen ervan, te weten extra reistijd (zie bijvoorbeeld Versteeg et al., 2018) en minder concurrentie tussen ziekenhuizen onderling (Ho et al., 2007).

Keuzegedrag van patiënten

Het tweede onderwerp dat ik vanmiddag 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.¹⁶ Dit brengt met zich mee dat er een zekere bereidheid moet zijn om verder te reizen dan minimaal noodzakelijk. Met het oog hierop worden patiënten in toenemende mate gestimuleerd, en via meer kwaliteitstransparantie ook toegerust, om zich op te stellen als kritische zorgconsumenten. Door op de zorgverleningsmarkt niet automatisch voor het dichtstbijzijnde alternatief te kiezen, kunnen zij zorgaanbieders aanzetten tot nog betere prestaties.

Uit ons eerste onderzoek naar de gebleken reisbereidheid van Nederlandse patiënten bleek dat een aanzienlijk aantal mensen een (iets) verder weg gelegen ziekenhuis verkoos boven de dichtstbijzijnde optie (Varkevisser & 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 lagere wachttijd en/of betere kwaliteit (Varkevisser et al., 2012; Beukers et al., 2013). Deze bevinding is in lijn met de internationale literatuur op dit gebied (zie de uitgebreide literatuurstudie van Aggarwal et al., 2017). Wel blijkt de reisbereidheid van patiënten beperkt, zodat de ziekenhuisconcurrentie die hieruit voortvloeit beperkt is tot enkele nabijgelegen ziekenhuizen. Nederland is hierin overigens niet uniek, ook in de Engelse NHS blijkt dit bijvoorbeeld het geval (Gutacker et al., 2016).

Een belangrijk aandachtspunt is welke rol de doorverwijzende huisarts precies speelt bij de ziekenhuiskeuzen van patiënten. Recent is een tweetal studies verschenen die door middel van innovatieve econometrische analyses een poging doet om deze 'black box' te openen (Gaynor et al., 2016; Beckert, 2018).

16 Daarnaast is het ook belangrijk dat een voldoende grote groep Nederlanders jaarlijks op de zorgverzekeringsmarkt een bewuste keuze maakt uit de daar aangeboden polissen. Vanwege de focus van deze rede blijft dit keuzegedrag van verzekerden hier echter buiten beschouwing.

Gezien het veelal zwaarwegende advies van de huisarts (zie bijvoorbeeld Van der Geest & Varkevisser, 2012 en Victoor et al., 2013), is dit ook in de Nederlandse context een onderwerp dat nader empirisch onderzoek verdient.

Binnen het model van gereguleerde marktwerking geldt boven alles dat de verzekeraars namens hun verzekerden dienen op te treden als kritische inkopers van zorg. In die hoedanigheid moeten zij met zorgaanbieders onderhandelen over de prijs, kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Dit kunnen verzekeraars beter dan individuele patiënten. Voor hun onderhandelingspositie op de zorginkoopmarkt is het belangrijk dat zij de keuzen van hun verzekerden kunnen beïnvloeden (Varkevisser et al., 2006). 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 en/of grotere doelmatigheid. Verzekeraars hebben hiervoor twee instrumenten: selectief contracteren en het aanwijzen van voorkeursaanbieders.

Selectief contracteren

Zorgverzekeraars sluiten momenteel met bijna alle ziekenhuizen een contract (NZa, 2017). Ondanks de mogelijkheid 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 (Boonen & Schut, 2009; Bes et al., 2012). Onderzoek van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel) laat zien dat mensen zorgverzekeraars vooral niet vertrouwen wanneer het gaat om bijvoorbeeld advies over de keuze voor een zorgaanbieder of welke behandelingen zorgaanbieders mogen leveren. Minder dan een kwart van de respondenten vindt dergelijke activiteiten op het gebied van kwaliteit een taak van de zorgverzekeraars en slechts één op de tien verzekerden heeft er vertrouwen in dat deze door de verzekeraars goed worden uitgevoerd (Hoefman et al., 2015; NZa, 2015). Het spreekt voor zich dat als gevolg hiervan een mogelijke inperking van de keuzevrijheid bij verzekerden op

weinig draagvlak kan rekenen.¹⁷ Ook in de Verenigde Staten, waar (selectieve) zorginkoop al sinds de jaren '70 een belangrijke rol speelt, hebben veel verzekerden de perceptie dat verzekeraars primair geïnteresseerd zijn in de prijs van zorg. Het is voor verzekeraars bij gebrek aan objectieve informatie over de kwaliteit van de wél en niet gecontracteerde zorgaanbieders dan uitermate lastig om het tegendeel te bewijzen (Duijmelinck & Van de Ven 2015).

Ten derde wordt de ruimte voor verzekeraars om selectief te contracteren ingeperkt door het zogeheten hinderpaalcriterium. Artikel 13 van de Zvw 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 deze bepaling zo uitgelegd dat de vergoeding van de kosten van niet-gecontracteerde zorg niet zo laag mag zijn dat daardoor voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal zou ontstaan om een niet-gecontracteerde zorgaanbieder van zijn keuze te bezoeken. In de betreffende uitspraak wordt aangenomen dat geen sprake is van een feitelijke hinderpaal als de zorgverzekeraar de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg vaststelt op 75-80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.¹⁸ Deze vuistregel leidt echter regelmatig tot discussies en rechtszaken (zie voor een overzicht NZa, 2018).¹⁹

Een poging om het hinderpaalcriterium via een wijziging van artikel 13 Zvw ongedaan te maken, stuitte eind 2014 op forse maatschappelijke en politieke weerstand. Uiteindelijke strandde de beoogde wetswijziging op het laatste moment in de Eerste Kamer. Selectief contracteren is hierdoor momenteel nauwelijks effectief en dit verzwakt de onderhandelingspositie van verzekeraars op zorginkoopmarkten (Schut et al., 2015; Duijmelinck & Van de Ven, 2015; Van de Ven, 2018). 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

17 Zo blijkt uit in een Nederland uitgevoerd 'discrete choice experiment' van Determann et al. (2016) dat de helft van de respondenten nooit voor een verzekeringspolis met een beperkte keuzevrijheid zal kiezen.

18 Hoge Raad, 11 juli 2014, ECLI:NL:HR:2014:1646, GJ 2014, 121 m.nt. J.J. Rijken.

19 Een recent voorbeeld hiervan is de rechtszaak van de Stichting Vrije Artsenkeuze tegen de zorgverzekeraars CZ, Menzis, VGZ en Zilveren Kruis waarin de rechter naar verwachting begin februari 2019 uitspraak doet; zie het nieuwsbericht "Rechtszaak vrije artsenkeuze: harde feiten versus utopie?" dat op 14 november 2018 op de website van Zorgvisie is verschenen.

dan hun doorgaans grote marktaandeelen suggereren (Loozen et al., 2016a; Loozen et al., 2016b; Schut & Varkevisser, 2016).²⁰

Het kabinet-Rutte III heeft in haar regeerakkoord toegezegd te gaan onderzoeken “op welke wijze het onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg verhelderd en versterkt kan worden” (Tweede Kamer, 2017). 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 wetswijziging voor te bereiden die “de overheid de mogelijkheid biedt om voor bepaalde (deel)sectoren de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in (nadere) regelgeving vast te leggen en deze dus niet langer over te laten aan verzekeraars en de daarover ontstane jurisprudentie”. Dit voornemen wordt echter direct gevolgd door het volgende (Tweede Kamer, 2018c, blz. 18):

“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!

Aanwijzen voorkeursaanbieders

Naast (de dreiging van) 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.

Keuzebeïnvloeding via kwaliteitslabels

Het eerste experiment betrof het voor specifieke behandelingen periodiek aanwijzen van zogeheten TopZorg aanbieders door zorgverzekeraar Menzis.

²⁰ Dit kan worden geïllustreerd door het groeiende aantal zorgaanbieders in de wijkverpleging en de geestelijke gezondheidszorg dat geen contract wil sluiten. Per cliënt genereren deze niet-gecontracteerde aanbieders – met name in de wijkverpleging – veel hogere kosten (Tweede Kamer, 2018c).

De start hiervan was in 2008.²¹ Zorgaanbieders werden uitgenodigd om een aanvraag in te dienen voor TopZorg. De zorgverzekeraar had verschillende selectiecriteria gespecificeerd op het gebied van een hoge zorgkwaliteit, snelle diagnose & behandeling en adequate informatie voor patiënten. Het TopZorg label liet de patiënten vervolgens 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 liesbreukoperaties zien dat het verstrekken van de TopZorg labels geen invloed heeft gehad op het keuzegedrag van patiënten. Ziekenhuizen met een TopZorg label hebben ten opzichte van de ziekenhuizen zonder label geen extra patiënten gewonnen (Van der Geest & Varkevisser, 2018a). De verzekerden van Menzis hadden ook vóór de toekenning van de labels al een voorkeur voor de ziekenhuizen die op een later moment een TopZorg label in de wacht wisten te slepen.

Om misverstanden te voorkomen, onze bevindingen leiden niet automatisch tot de conclusie dat TopZorg heeft gefaald. Het toekennen van de labels kan ziekenhuizen namelijk wel degelijk hebben aangespoord tot kwaliteitsverbeteringen. De data die we tot onze beschikking hadden stelden ons helaas niet in staat om dit te onderzoeken. Keuzebeïnvloeding door zorgverzekeraars via kwaliteitslabels lijkt echter alleen succesvol te kunnen zijn als gebruik wordt gemaakt van begrijpelijke en betrouwbare kwaliteitsinformatie, die patiënten nieuwe inzichten verschaft in de kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders, in combinatie met een duidelijke financiële beloning.

Keuzebeïnvloeding via het eigen risico

Ons tweede evaluatieonderzoek keek naar keuzebeïnvloeding via het eigen risico. Sinds 1 januari 2009 is het zorgverzekeraars toegestaan om tussen gecontracteerde zorgaanbieders een onderscheid in eigen betalingen te maken. Verzekeraars mogen namelijk zorgvormen aanwijzen waarvoor geldt dat verzekerden geen eigen risico verschuldigd zijn als gebruik wordt gemaakt van een

21 In 2014 is Menzis gestopt met TopZorg omdat "in Nederland de transparantie van de kwaliteit van zorg sterk is toegenomen en er inmiddels meerdere bronnen zijn waar klanten informatie over kwaliteit(verschillen) kunnen vinden" (zie <https://www.menzis.nl/zorgaanbieders/zorgsoorten/medisch-specialistische-zorg/actueel/menzis-stopt-met-topzorg-in-huidige-vorm>).

voorkeursaanbieder waarmee specifieke afspraken over prijs, kwaliteit en/of volume zijn gemaakt.²²

Een van de verzekeraars die meteen in 2009 voor twee behandelingen het eigen risico als sturingsinstrument heeft ingezet was De Friesland Zorgverzekeraar (DFZ). Deze verzekeraar is tegenwoordig onderdeel van Zilveren Kruis, maar was destijds de grootste regionale zorgverzekeraar. Het eenjarige experiment betrof staaroperaties en spataderbehandelingen. De voorkeursaanbieders waren door DFZ geselecteerd op basis van professionele kwaliteit (zoals het volgen van richtlijnen), organisatorische kwaliteit (zoals de wachttijd) en relationele kwaliteit (zoals patiënttevredenheid). Wanneer een verzekerde voor een van de aangewezen voorkeursaanbieders koos, dan bracht DFZ voor de betreffende behandeling het eigen risico niet bij de verzekerde in rekening. 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 & 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.

Gedifferentieerde vaste eigen betalingen

Wat zou nu een meer effectief financieel sturingsinstrument zijn? Mijns inziens moet het volgende gebeuren (Van der Geest & Varkevisser, 2018c). Ten eerste dient de overheid een wettelijke basis te creëren voor het bij verzekerden in rekening brengen van vaste eigen betalingen per type behandeling – bijvoorbeeld voor een polikliniekbezoek, dagopname of meerdaagse opname – met

²² Dit maakt dat de generieke verlaging van het verplichte eigen risico met 10 euro zoals zorgverzekeraar DSW die in 2019 voor het tweede opeenvolgende jaar hanteert eigenlijk door de NZa verboden zou moeten worden. Er is op deze manier immers geen enkele sprake van de door de wetgever beoogde sturing; zie ook het artikel "Zorgverzekeraar DSW 'misbruikt' wet door verlaging verplicht eigen risico in te voeren" in Het Financieele Dagblad van 22 januari 2018.

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. In het Amerikaanse zorgsysteem experimenteren verzekeraars al enkele jaren met dergelijke 'tiered provider networks' (zie bijvoorbeeld Frank et al., 2015). 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 complexe tarieven die de verzekeraar met zorgaanbieders heeft afgesproken. De vanuit mededingingsperspectief risicovolle openbaarmaking van deze, voor patiënten overigens volstrekt onbegrijpelijke, inkooprijzen is dan niet nodig (Loozen et al., 2015; Roos et al., 2016).²³ Kortom, het is verstandig om in plaats van het huidige gedifferentieerde eigen risico te kiezen voor vaste bedragen per type behandeling die bij voorkeursaanbieders lager kunnen zijn. Patiënten krijgen dan te maken met een financiële prikkel die ze gemakkelijk kunnen begrijpen. En daarmee krijgen verzekeraars de beschikking over een potentieel krachtig additioneel sturingsinstrument. Dit kan hen helpen bij de onderhandelingen op de zorginkoopmarkt.

Faillissementen en het verbod op winstuitkering

Ik kom bij het derde onderwerp van vanmiddag. 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 zorgenkindjes en werden eerder van de ondergang gered. Ruim voor de last-minute overname door de MC Groep van Loek Winter eind 2008, gold voor de IJsselmeerziekenhuizen al dat "ruzie en gedoe" kenmerkend waren voor dit

²³ Als gevolg van het grote aantal verrichtingen met vaak complexe omschrijvingen is het voor een willekeurige patiënt in de praktijk ondoenlijk om vooraf te bepalen welke verrichtingen precies zullen worden uitgevoerd. Bovendien weten patiënten vooraf meestal niet wat hun exacte diagnose is en hoe hun behandeling er uit zal zien. Zie ook Keuzenkamp (2016) en het artikel "Verzekeraars en ziekenhuizen willen zelfde zorgtarieven" dat op 15 november 2017 in dagblad Trouw is verschenen.

fusieziekenhuis.²⁴ Het Slotervaartziekenhuis kende een soortgelijke geschiedenis en kwam de afgelopen jaren veelvuldig negatief in het nieuws door “geldgebrek, interne ruzies, belangenverstrengeling en een onvoorspelbare eigenaar”.²⁵ De uiteindelijke faillissementen waren dus in zekere zin niet meer dan logisch.

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 en/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 (gedeeltelijke) doorstart met een nieuwe eigenaar altijd tot de mogelijkheden behoort.

Rol van de overheid

Anders dan in het verleden is er in het huidige zorgstelsel “geen rol voor de overheid in het voorkomen van faillissementen” (Tweede Kamer, 2011b). Naar aanleiding van twee eerdere faillissementen, te weten die van het Ruwaard van Putten ziekenhuis in Spijkenisse (2013) en ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum (2014), is destijds door de minister van VWS nog eens helder uiteengezet dat in het geval van een dreigend faillissement de zorgplicht van de verzekeraars “één van de belangrijkste publieke randvoorwaarden” vormt (Tweede Kamer, 2016). Zij moeten er voor zorgen dat hun verzekerden na een faillissement ergens anders de benodigde zorg kunnen krijgen. De overheid kent slechts één specifieke verantwoordelijkheid en dat is het waarborgen van cruciale zorg.²⁶ Het ministerie van VWS zal alleen interveniëren in het uitzonderlijke

24 Zie het artikel “IJsselmeerziekenhuizen: soap vol achterklap en intriges” dat in januari 2009 in Skipr Magazine is verschenen.

25 Zie het artikel “Een ziekenhuis in verval” dat op 9 juli 2018 in NRC Handelsblad is verschenen.

26 Deze zorg wordt als volgt omschreven (Tweede Kamer, 2016, blz. 5, noot 3) “*Cruciale zorg is die zorg waarvoor geldt dat wanneer zij (tijdelijk) niet (voldoende dichtbij) beschikbaar is, cliënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen of (bij langdurige zorg) ernstig worden belemmerd in hun dagelijks functioneren. Op dit moment is dat Wlz-zorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde, ambulancezorg en crisis GGZ.*”

geval dat (i) een instelling die cruciale zorg biedt failliet is gegaan, (ii) er nog geen alternatief is gevonden voor deze zorg én (iii) de zorgverzekeraar niet in staat is om op een andere manier aan zijn zorgplicht te voldoen. 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.

Het is dan ook opvallend dat de minister voor Medische Zorg en Sport, Bruno Bruins, in antwoord op Kamervragen heeft laten weten dat hij bij een overname van de IJsselmeerziekenhuizen bereid is om in de vorm van een zogenoemde beschikbaarheidsbijdrage financieel bij te dragen aan de realisatie van een afdeling spoedeisende hulp en acute verloskunde "ondanks dat de huidige regeling daar niet in voorziet" (Tweede Kamer, 2018d).^{27, 28} Er is volgens de berekeningen van het RIVM (2018a) namelijk geen sprake van een 'gevoelig ziekenhuis'. Met andere woorden, het ziekenhuis is niet nodig om te kunnen voldoen aan de wettelijke norm dat mensen maximaal 45 minuten hoeven te reizen voor spoedeisende ziekenhuiszorg. Als desondanks toch financiële ondersteuning plaatsvindt, dan zal hiervan een ongewenste precedentwerking uitgaan.

Verbod op winstuitkering

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

27 Zie ook het nieuwsbericht "Lelystad: geen gevoelig ziekenhuis, toch beschikbaarheidsbijdrage" dat op 19 november op de website van Zorgvisie is verschenen.

28 Nadat duidelijk werd dat bij de beoogde doorstart 'slechts' een spoedpost voor laag complexe spoedeisende zorg zou worden neergezet herhaalde de minister deze bereidheid (Tweede Kamer, 2018e, blz. 2): "Voor een eventuele afdeling acute verloskunde of SEH blijft mijn aanbod voor het ter beschikking stellen van een beschikbaarheidsbijdrage ook in de toekomst gelden."

komen.²⁹ 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 op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) nu echter niet toegestaan. De huidige regels moeten dus worden aangepast. Voorzichtigheid is daarbij uiteraard geboden. Het onvoorwaardelijk toestaan van winstuitkering kan namelijk tot verschillende problemen leiden zoals het leveren van onnodig veel zorg ('aanbodgeïnduceerde vraag'), onredelijke prijsverhogingen, disproportionele beloningen van bestuurders, het onterecht in rekening brengen van dure zorg ('upcoding'), onverantwoorde bezuinigingen op de kwaliteit en het aanbod van zorg, selectie van lucratieve patiënten en het weglekken van collectieve middelen.

Kortom, het is alleen verstandig om het wettelijke verbod op winstuitkering voor ziekenhuizen onder voorwaarden los te laten (Brouwer et al., 2008; Van der Geest & Varkevisser, 2010; Plomp et al., 2013).³⁰

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, met uitzondering van de universitair medische centra, winst mogen gaan uitkeren mits zij voldoen aan strikte voorwaarden. Zo mag bijvoorbeeld alleen winst worden uitgekeerd als de solvabiliteit – dat wil zeggen het eigen vermogen als percentage van het balanstotaal – niet onder de 20% zakt en moet minimaal drie jaar achtereen winst zijn gemaakt. Ook moet van overheidswege zijn vastgesteld dat de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid naar behoren zijn ingericht en is een kwalitatief goed veiligheidsmanagementsysteem vereist. Tevens mag geen sprake zijn van een

29 In de meest recente Benchmark Ziekenhuizen worden 14 van de 64 onderzochte ziekenhuizen door de accountants en adviseurs van BDO (2018) als financieel zwak bestempeld.

30 Op de website van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) staat te lezen dat de ziekenhuizen zelf ook voorstander zijn van het mogelijk maken van winstuitkering, maar vanwege hun "maatschappelijke doelstelling" dan wel alleen "onder scherpe randvoorwaarden" (zie <https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/winstuitkering-in-de-zorg>). Volgens hen is dit een "oplossing voor de in de laatste jaren steeds groter wordende financieringsproblemen van ziekenhuizen".

handhavingsmaatregel van de IGJ. Als voor de eerste keer winst wordt uitgekeerd gelden bovendien extra eisen. In dat geval moet bijvoorbeeld goedkeuring worden gevraagd aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en mag de winstuitkering niet meer dan 50% van de totale winst bedragen.

Ondanks de vele voorwaarden die in het wetsvoorstel zijn opgenomen is een politieke impasse ontstaan. Als gevolg hiervan ligt het wetsvoorstel nog steeds in de Eerste Kamer (2014). Afgelopen zomer heeft het kabinet laten weten dat aanvullend onderzoek nodig is naar de huidige praktijk ten aanzien van winstuitkering,³¹ de financieringsmogelijkheden van zorgaanbieders, de te verwachten effecten van winstuitkering en de juridische aspecten van het al dan niet mogen uitkeren van winst (Tweede Kamer, 2018a). Hopelijk leidt dit onderzoek tot een doorbraak en kan het hierboven genoemde wetsvoorstel snel worden vlot getrokken. Het is dan in ieder geval verstandig om de eerder geformuleerde voorwaarden nog eens goed tegen het licht te houden. Een deel hiervan is zonder meer wenselijk, zoals de minimaal vereiste solvabiliteit na winstuitkering. Andere voorwaarden – zoals de bepaling dat in de drie jaren voorafgaand aan de eerste winstuitkering een positief resultaat moet zijn behaald – lijken echter onnodig beperkend. In dat geval worden niet alleen de op snelle winst beluste ‘cowboys’ buiten de deur gehouden, maar ook de gewenste investeerders die juist primair geïnteresseerd zijn in waardevermeerdering op de lange termijn (Plomp et al., 2013).

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

31 Eind 2017 bleek uit onderzoek van Het Financieele Dagblad dat het verbod op winstuitkering in de zorg met een simpele truc kan worden ontdoken. Dit verbod geldt namelijk alleen voor het bedrijf dat een vergunning van het ministerie van VWS heeft om zorg te mogen verlenen. Als deze zogeheten WTZI-vergunning vervolgens wordt ondergebracht in een stichting, maar de daadwerkelijke zorgverlening wordt uitbesteed aan een besloten vennootschap (bv) met dezelfde eigenaar dan zijn voor deze bv de wettelijke beperkingen niet van toepassing. Zie de artikelen “Beloningsplafond en verbod op winst simpel te omzeilen”, “Financieel toezicht blijkt in de praktijk een wassen neus” en “Winsttrucs zijn overal in de zorg” die op 1 en 2 november 2017 in deze krant zijn verschenen. Wanneer winstuitkering, zoals gezegd onder strikte voorwaarden, wordt toegestaan zijn dergelijke schimmige constructies niet langer nodig.

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'. Dat wil zeggen, wanneer marktwerking op een bepaalde deelmarkt niet het gewenste resultaat heeft dan bestaat altijd de mogelijkheid om weer tot regulering over te gaan.³²

Hoewel uit recente internationale vergelijkingen blijkt dat het Nederlandse zorgstelsel prima resultaten kan overleggen (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017; RIVM, 2018b), staat het model van gereguleerde marktwerking voor een belangrijke test. In aanvulling op de uitdagingen die vanmiddag 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 deze 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,³³ 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 met uitspraken zoals:³⁴

32 Zie in dit kader bijvoorbeeld het mislukte experiment met vrije tarieven in de mondzorg (Felder et al., 2018).

33 Zo heeft bijvoorbeeld ten tijde van de mislukte poging om artikel 13 Zvw te wijzigen de VvAA veel invloed uitgeoefend op de maatschappelijke en politieke opinie (zie de interessante reconstructie in Van de Ven, 2015, blz. 42).

34 Deze reactie van Tweede Kamerlid Henk van Gerven (SP) op de al eerder genoemde faillissementen van het Slotervaartziekenhuis en de IJsselmeerziekenhuizen is te lezen op <https://www.sp.nl/nieuws/2018/10/actie-bij-zorgverzekeraar-voor-behoud-ziekenhuizen>.

“Het is te gek voor woorden dat een ziekenhuis door zorgverzekeraars de das wordt omgedaan. We roepen de minister op om in te grijpen en deze ziekenhuizen voor Amsterdam en Flevoland te behouden. Niet het commerciële belang van verzekeraars, maar zorg voor de mensen moet voorop staan.”

Dergelijke retoriek 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 ‘geldinфуus’ te leggen dient geen doel. Als individuele zorgaanbieders door eigen falen ten onder gaan, dan kan de zwarte piet 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 geen 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. En net zoals “daar aan de Maas bij Brienenoord” enkele kilometers verderop, 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 economieblad 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 toezichthouders, hieraan nog meer dan in het verleden mijn steentje bij te dragen!

Onderwijs

Uit de voorafgaande bespreking van het mededingingstoezicht, het keuzegedrag van patiënten en het pleidooi om onder voorwaarden winstuitkering door ziekenhuizen toe te staan, kunnen de contouren van mijn onderzoeksagenda worden gedestilleerd. Naast onderzoek maakt ook onderwijs integraal deel uit van de taakopdracht behorende bij deze leerstoel. En dat doet de docent in mij deugd! Ook langs die weg wil ik graag een bijdrage leveren aan de kennisontwikkeling die nodig is om te komen tot een ordening van markten in de gezondheidszorg die optimaal recht doet aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Ik ben blij met de ruimte die

blok 1 ('De Nederlandse gezondheidszorg') en blok 6 ('Marktordering in de gezondheidszorg') van onze geheel vernieuwde bachelor hiervoor bieden. Vervolgens is het in de master Health Economics, Policy & Law (HEPL) mogelijk om bij het keuzevak 'Competition in Health Care Markets' verder de diepte in te gaan. Het is zeer motiverend om te zien dat jaarlijks een groot aantal studenten de weg naar dit vak en mijn bijbehorende scriptiegroep weet te vinden. Onze studenten zijn immers de onderzoekers en beleidsmakers van de toekomst!

Dankwoord

Mijnheer de rector, dames en heren, graag wil ik afsluiten met enkele woorden van dank.

Allereerst bedank ik de Vereniging Trustfonds Erasmus Universiteit Rotterdam, het College van Bestuur van de Erasmus Universiteit, de decaan van de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, en de decaan van ESHPM, voor het vestigen van deze leerstoel en het in mij gestelde vertrouwen.

Ik ben alweer bijna vijftien jaar met veel plezier werkzaam bij ESHPM. Gedurende die periode heb ik met heel veel mensen mogen samenwerken. Graag wil ik alle collega's, en de directe collega's van onze sectie Health Systems & Insurance (HSI) in het bijzonder, bedanken voor het prettige en inspirerende werkklimaat. Ik ben ervan overtuigd dat we met elkaar, zowel qua onderzoeksthema's als onderwijsprogramma's, goud in handen hebben en de toekomst dus met veel vertrouwen tegemoet kunnen gaan!

Hooggeleerde Schut, beste Erik, onze samenwerking startte medio 2002 met een onderzoeksproject voor het ministerie van VWS. Dit smaakte, in ieder geval aan mijn kant, direct naar meer. En méér is er gekomen! Wat heet, jouw bijdrage aan mijn academische ontwikkeling kan niet worden overschat. Heel veel dank hiervoor! Ik hoop nog lang van je ongeëvenaarde dossierkennis van de Nederlandse gezondheidszorg te mogen profiteren en kijk derhalve vol enthousiasme uit naar de voortzetting van onze prettige, en tot op heden uiterst vruchtbare, samenwerking.

Hooggeleerde Van de Ven, beste Wynand, in je hoedanigheid als – zoals je het zelf altijd schreef – 'sectielijder' heb je me van meet af aan alle vrijheid gegeven om mijn onderzoeksactiviteiten te richten op de onderwerpen die ik het meest interessant en uitdagend vond. Bedankt, want het heeft er mede voor gezorgd dat ik hier nu sta.

Hooggeleerde Brouwer, beste Werner, als decaan van ESHPM wist je mij in het najaar van 2013 te strikken als de nieuwe opleidingsdirecteur. Het was het begin van een interessante maar zeer intensieve periode, en het afkicken duurde vorig jaar dan ook even. Ik heb veel van je geleerd en had onze samenwerking zeker niet willen missen. Uiteraard ben ik je zeer erkentelijk voor jouw grote inzet om deze leerstoel mogelijk te maken.

Vanzelfsprekend kunnen mijn ouders in dit dankwoord niet ontbreken. Lieve mama, samen met papa – die we ook bij deze bijzondere gebeurtenis helaas moeten missen – heb jij de basis gelegd voor de man die hier nu staat. Ik zal de steun, het vertrouwen en de warmte die ik van jullie heb ontvangen altijd blijven koesteren. En je ziet het: ondanks mijn studie economie ben ook ik uiteindelijk in de zorg terechtgekomen, zij het op een geheel andere manier dan de rest van ons gezin.

Een academische carrière is leuk, maar een goede thuisbasis blijft het allerbelangrijkst. Lieve Stéphanie, ik schreef het al in het dankwoord van mijn proefschrift en spreek het hier graag nog een keer vol overtuiging hardop uit: jij bent voor mij wat niemand anders ooit zou kunnen zijn!

Lieve Jasper en David, dit was voor jullie ongetwijfeld een lange zit. Maar nu is het echt bijna afgelopen. Gelukkig lees ik normaal kortere en veel leukere verhaaltjes voor. Jullie maken mij telkens duidelijk waar het leven echt om draait. En mocht ik ooit de neiging krijgen om naast mijn schoenen te gaan lopen, dan is dat natuurlijk volkomen onterecht. Want jullie hebben thuis al gelijk laten zien dat deze 'professor pet' ons allemaal past!

Ik heb gezegd.

Literatuur

ACM (2017a), *Prijs- en volume-effecten van ziekenhuisfusies: onderzoek naar effecten van ziekenhuisfusies 2007-2014*, Den Haag

ACM (2017b), *Toelichting: verscherpte aandacht voor concurrentierisico's ziekenhuisfusies*, Den Haag

Aggarwal, A., D. Lewis, M. Mason, R. Sullivan & J. van der Meulen (2017), Patient mobility for elective secondary health care services in response to patient choice policies: a systematic review, *Medical Care Research and Review*, 74(4): 379-403

Alders, P. & F.T. Schut (2018), The 2015 long-term care reform in the Netherlands: getting the financial incentives right?, *Health Policy*, forthcoming

Arrow, K.J. (1963), Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American Economic Review*, 53(5): 941-973

Barros, P.P., W.B.F. Brouwer, S. Thomson & M. Varkevisser (2017), Competition among health care providers: helpful or harmful?, *European Journal of Health Economics*, 17(3): 229-233

BDO (2018), *Benchmark Ziekenhuizen 2018*, Apeldoorn

Beckert, W. (2018), Choice in the presence of experts: the role of general practitioners in patients' hospital choice, *Journal of Health Economics*, 60: 98-117

Berden, B., H. van der Schoot & W. VerLoren van Themaat (2018), Het ziekenhuis op iedere straathoek is een droom, *NRC Handelsblad*, 19 januari

Bes, R., S. Wendel & J. de Jong (2012), Het vertrouwensprobleem van zorgverzekeraars, *ESB*, 97(4647): 676-677

Beukers, P.D, R.G. Kemp & M. Varkevisser (2013), Patient hospital choice for hip replacement: empirical evidence from the Netherlands, *European Journal of Health Economics*, 15(9): 927-936

Boonen, L.H.H.M. & F.T. Schut (2009), Zorgverzekeraars kampen met vertrouwensprobleem, *ESB*, 94(4572), 678-68

Broeke, G. ten & A. Gommers (2018), Ziekenhuisfusies zijn ook gewone fusies, *ESB*, 103(4766): 447-449

Brouwer, W.B.F., R. van Duuren & M. Varkevisser (2008), Bevrijd ziekenhuizen van juk winstverbod, *NRC Handelsblad*, 18 december

Cooper, Z., S. Gibbons, S. Jones & A. McGuire (2011), Does hospital competition save lives? Evidence from the English NHS patient choice reforms, *The Economic Journal*, 121(545): F228-F260

Cooper, Z., S.V. Craig, M. Gaynor & J. Van Reenen (2018), The price ain't right? Hospital prices and health spending on the privately insured, *The Quarterly Journal of Economics*, forthcoming

Croes, R.R. & A.F. Roos (2018), *Back to the future: predictive power of the option demand method in the Dutch hospital industry*, unpublished manuscript

- Determann D., M.S. Lambooj, E.W. de Bekker-Grob, A.P. Hayen, M. Varkevisser, F.T. Schut & G.A. de Wit (2016), What health plans do people prefer? The trade-off between premium and provider choice, *Social Science & Medicine*, 165: 10-18
- Dranove, D. & M.A. Satterthwaite (2000), The industrial organization of health care markets, in A.J. Culyer & J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, volume 1B: 1093-1139, Elsevier
- Duijmelinck, D.M. & W.P.M.M. van de Ven (2015), Hoge vergoeding niet-gecontracteerde zorg belemmert zorginkoop, *ESB*, 100(4717): 532-534
- Eerste Kamer (2014), *Wijziging van de Wet toelating zorginstellingen en enkele andere wetten teneinde investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg te bevorderen (Wet vergroten investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg): gewijzigd voorstel van wet, vergaderjaar 2013-2014*, 33168, nr. A, Den Haag
- Felder, M., H. van de Bovenkamp & A. de Bont (2018), Politics of policy learning: evaluating an experiment on free pricing arrangements in Dutch dental care, *Evaluation*, 24(1): 6-25
- Frank, M.B., J. Hsu, M.B. Landrum & M.E. Chernew (2015), The impact of a tiered network on hospital choice, *Health Services Research*, 50(5): 1628-1648
- 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*, 31(3): 497-510
- Gaynor, M., C. Propper & S. Seiler (2016), Free to choose? Reform, choice, and consideration sets in the English National Health Service, *American Economic Review*, 106(11): 3521-3557
- Gaynor, M., K. Ho & R.J. Town (2015), The industrial organization of health-care markets, *Journal of Economic Literature*, 53(2): 235-284
- Gaynor, M., R. Moreno-Serra & C. Propper (2013), Death by market power: reform, competition and patient outcomes in the National Health Service, *American Economic Journal: Economic Policy*, 5(4): 134-166
- Geest, S.A. van der & M. Varkevisser (2010), Winstverbod ziekenhuizen onder voorwaarden loslaten, *ESB*, 95(4580): 152-154
- Geest, S.A. van der & M. Varkevisser (2012), Zorgconsumenten en kwaliteitsinformatie, *ESB*, 97(4631): 174-175
- Geest, S.A. van der & M. Varkevisser (2016), Using the deductible for patient channeling: did preferred providers gain patient volume?, *European Journal of Health Economics*, 17(5): 645-652
- Geest, S.A. van der & M. Varkevisser (2018a), *Can insurers influence patient choice by assigning quality labels to hospitals? Empirical evidence from a natural experiment in the Netherlands*, manuscript submitted for publication
- Geest, S.A. van der & M. Varkevisser (2018b), Patient responsiveness to a differential deductible: empirical results from the Netherlands, *European Journal of Health Economics*, forthcoming

- Geest, S.A. van der & M. Varkevisser (2018c), Sturing via eigen risico heeft beperkt effect, *ESB*, 103(4757): 22-23
- Gutacker, N., L. Siciliani, G. Moscelli & H. Gravelle (2016), Choice of hospital: which type of quality matters?, *Journal of Health Economics*, 50: 230-246
- Ho, V., R.J. Town & M.J. Heslin (2007), Regionalization versus competition in complex cancer surgery, *Health Economics, Policy and Law*, 2(1): 51-71
- Hoefman, R.J., A.E.M. Brabers & J.D. de Jong (2015), *Vertrouwen in zorgverzekeraars hangt samen met opvatting over rol zorgverzekeraars*, Nivel, Utrecht
- Kemp, R. & L. van 't Veer (2018), Contractprijzen ziekenhuizen hebben zeggingskracht, *ESB*, 103(4766): 450
- Keuzenkamp, H. (2016), 'Transparante' ziekenhuisprijzen creëren juist mist, *NRC Handelsblad*, 18 oktober
- Kuipers, E. (2018), Leve het grote ziekenhuis, *NRC Handelsblad*, 10 februari
- Lewis, M.S. & K.E. Pflum (2017), Hospital systems and bargaining power: evidence from out-of-market acquisitions, *RAND Journal of Economics*, 48(3): 579-610
- Loozen, E.M.H. (2015), Public healthcare interests require strict competition enforcement, *Health Policy* 119(7): 882-888
- Loozen, E.M.H., A.F. Roos, F.T. Schut & M. Varkevisser (2015), In ons aller belang is het beter te zwijgen over zorgkorting, *NRC Handelsblad*, 24 september
- Loozen, E.M.H., F.T. Schut & M. Varkevisser (2011), Fusie zorgverzekeraars Achmea en De Friesland: hoezo functioneel concentratietoezicht?, *Markt & Mededinging*, 2011(5): 169-177
- Loozen, E.M.H., M. Varkevisser & F.T. Schut (2014), Beoordeling ziekenhuisfusies door ACM: staat de consument wel echt centraal?, *Markt & Mededinging*, 2014(1): 5-14
- Loozen, E.M.H., M. Varkevisser & F.T. Schut (2016a), *Goede zorginkoop vergt gezonde machtsverhoudingen*, iBMG Onderzoeksrapport 2016.01, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Loozen, E.M.H., M. Varkevisser & F.T. Schut (2016b), Goede zorginkoop vergt effectief toezicht op marktmacht, *ESB*, 101(4737): 426-429
- Mesman, R., M.J. Faber, B.J.J.M. Berden & G.P. Westert (2017), Evaluation of minimum volume standards for surgery in the Netherlands (2003–2017): a successful policy?, *Health Policy*, 121(12): 1263-1273
- Morche, J., D. Renner, B. Pietsch, L. Kaiser, J. Brönneke, S. Gruber & K. Matthias (2018), International comparison of minimum volume standards for hospitals, *Health Policy*, 122(11): 1165-1176
- NZa (2015), *Marktscan van de zorgverzekeringsmarkt 2015*, Utrecht
- NZa (2017), *Marktscan medisch-specialistische zorg 2016*, Utrecht
- NZa (2018), *Monitor zorgverzekeringen 2018*, Utrecht

- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Nederland: Landenprofiel Gezondheid 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels
- Plomp, E., F.T. Schut & M. Varkevisser (2013), Winstuitkering bij ziekenhuiszorg, *ESB*, 98(4667): 508-511
- Postma, J.P. & A.F. Roos (2016), Why healthcare providers merge, *Health Economics, Policy & Law*, 11(2): 121-140
- Propper, C. (2018), Competition in health care: lessons from the English experience, *Health Economics, Policy and Law*, 13(3-4): 492-508
- RIVM (2018a), *Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2018: analyse gevoelige ziekenhuizen*, Bilthoven
- RIVM (2018b), *Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem in internationaal perspectief*, Bilthoven
- Roos, A.F., R.R. Croes, V. Shestalova, M. Varkevisser & F.T. Schut (2017), *Price effects of a hospital merger: heterogeneity across health insurers, hospital products and hospital locations*, Working Paper 2017.01, ESHPM / Erasmus University Rotterdam
- Roos, A.F. & M. Varkevisser (2018), *Ziekenhuisfusies bedreigen functioneren zorgstelsel*, opinieartikel op de website van Zorgvisie, 23 februari
- Roos, A.F. (2018), *Mergers and competition in the Dutch healthcare sector*, dissertation, ESHPM / Erasmus University Rotterdam
- Roos, A.F., F.T. Schut & M. Varkevisser (2016), *Openbare ziekenhuisprijzen dienen consumentenbelang niet*, opinieartikel op de website van Zorgvisie, 11 november
- Roos, A.F., F.T. Schut & M. Varkevisser (2018), Een halve eeuw ziekenhuisfusies in Nederland, *ESB*, 103(4766): 440-443
- Schippers, E. (2016), Naar twintig jaar Zorgverzekeringswet, *ESB*, 102(4745): 16-19
- Schut, F.T. & M. Varkevisser (2016), Hebben zorgverzekeraars teveel macht?, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160: D1133
- Schut, F.T. (2003), *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfaalen en overheidsfaalen in de gezondheidszorg*, oratie, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Schut, F.T., E.M.H. Loozen & M. Varkevisser (2014), Consumentenwelvaart en ziekenhuisfusies, *ESB*, 99(4682S): 56-62
- Schut, F.T., M. Varkevisser & W.P.M.M. van de Ven (2015), Vrije artskenkeuze is niet gratis, *ESB*, 100(4701): 29-30
- Sent, E.M. (2018), Economieles voor Bruno Bruins, *Me Judice*, 9 november
- Siciliani, L., M. Chalkley & H. Gravelle (2017), Policies towards hospital and GP competition in five European countries, *Health Policy*, 121(2): 103-110
- Significant (2016), *Ziekenhuisfusies en kwaliteit van zorg: onderzoek naar de effecten van ziekenhuisfusies op de kwaliteit van zorg*, Barneveld
- Staveren, I. van (2017), Marktwerking is mooi, maar in de zorg werkt het niet, *Trouw*, 12 september

Stolper, K.C.F., L.H.H.M. Boonen, F.T. Schut & M. Varkevisser (2018), Managed competition in the Netherlands: do insurers have an incentive to steer on quality?, *Health Policy*, forthcoming

Tweede Kamer (2001), *Vernieuwing van het zorgstelsel: nota "Vraag aan bod"*, vergaderjaar 2000-2001, 27855, nr. 2, Den Haag

Tweede Kamer (2003), *Kabinetscrisis en -formatie: hoofdlijnenakkoord voor een kabinet van CDA, VVD en D66*, vergaderjaar 2002-2003, 28637, nr. 19, Den Haag

Tweede Kamer (2011a), *Acute zorg: verslag van een algemeen overleg*, vergaderjaar 2010-2011, 29247, nr. 139, Den Haag

Tweede Kamer (2011b), *Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: brief van de minister van VWS*, 32620, nr. 10, Den Haag

Tweede Kamer (2012), *Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg, de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten in verband met het tijdig signaleren van risico's voor de continuïteit van zorg alsmede in verband met het aanscherpen van procedures met het oog op de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg: advies Raad van State en nader rapport*, vergaderjaar 2011-2012, 33253, nr. 4, Den Haag

Tweede Kamer (2016), *Ziekenhuiszorg: brief van de minister van VWS*, vergaderjaar 2015-2016, 31016, nr. 92, Den Haag

Tweede Kamer (2017), *Kabinetsformatie 2017: Regeerakkoord 2017 – 2021 VVD, CDA, D66 en ChristenUnie (bijlage)*, vergaderjaar 2017-2018, 34700, nr. 34, Den Haag

Tweede Kamer (2018a), *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2018: brief van de minister van VWS, de minister voor Medische Zorg en de staatssecretaris van VWS*, vergaderjaar 2017-2018, 34775 XVI, nr. 150, Den Haag

Tweede Kamer (2018b), *Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met aanpassingen van de tarief- en prestatieregulering en het markttoezicht op het terrein van de gezondheidszorg: brief van de minister van VWS*, vergaderjaar 2018-2019, 34445, nr. 13, Den Haag

Tweede Kamer (2018c), *Herziening zorgstelsel: brief van de minister en staatssecretaris van VWS*, vergaderjaar 2018-2019, 29689, nr. 941, Den Haag

Tweede Kamer (2018d), *Ziekenhuiszorg: brief van de minister voor Medische Zorg*, vergaderjaar 2018-2019, 31016, nr. 146, Den Haag

Tweede Kamer (2018e), *Ziekenhuiszorg: brief van de minister voor Medische Zorg*, vergaderjaar 2018-2019, 31016, nr. 149, Den Haag

Varkevisser, M. & F.T. Schut (2008), NMa moet strenger zijn bij toetsen ziekenhuisfusies, *ESB*, 93(4532): 196-199

Varkevisser, M. & F.T. Schut (2016), Marktordening in de gezondheidszorg, in F.T. Schut & M. Varkevisser (red.), *Economie van de gezondheidszorg*, 6e druk, blz. 357-398, Bohn Stafleu van Loghum

Varkevisser, M. & F.T. Schut (2017), Hospital merger control in the Netherlands: was the barn closed in time or has the horse already bolted?, *CPI Antitrust Chronicle*, July 2017: 56-59

- Varkevisser, M. & 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*, 8(3): 287-295
- Varkevisser, M., N. Polman & S.A. van der Geest (2006), Zorgverzekeraars moeten patiënten kunnen 'sturen', *ESB*, 91(4478): 38-40
- Varkevisser, M., S.A. van der Geest & 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*, 31(2): 371-378
- Ven, W.P.M.M. van de & F.T. Schut (2012), Gereguleerde concurrentie: de onvoltooide agenda, in F.T. Schut & M. Varkevisser (red.), *Een economisch gezonde gezondheidszorg*, KVS Preadviezen 2012, blz. 131-151, Sdu
- Ven, W.P.M.M. van de (2015), *Het beste zorgstelsel?*, afscheidscollege, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Ven, W.P.M.M. van de (2018), Onbeheersbare kostenstijging dreigt in de zorg, *TPEdigitaal*, 12(1): 28-38
- Ven, W.P.M.M. van de, K. Beck, F. Buchner, E. Schokkaert, F.T. Schut, A. Shmueli & J. Wasem (2013), Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland?, *Health Policy*, 109(3): 226-245
- Versteeg, S.E., V.K.Y. Ho, S. Siesling & M. Varkevisser (2018), Centralisation of cancer surgery and the impact on patients' travel burden, *Health Policy*, 122(9): 1028-1034
- Victoor, A., J. Noordman, J.A. Sonderkamp, D.M.J. Delnoij, R.D. Friele, S. van Dulmen & J.J.D.J.M. Rademakers (2013), Are patients' preferences regarding the place of treatment heard and addressed at the point of referral: an exploratory study based on observations of GP-patient consultations, *BMC Family Practice*, 14: 189



Prof. dr. Marco Varkevisser (1974) is bijzonder hoogleraar **Marktordening in de Gezondheidszorg** bij Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Van 1993 tot 1998 studeerde hij algemene economie aan diezelfde universiteit. In 2010 promoveerde hij op een proefschrift over het keuzegedrag van patiënten, concurrentie en mededingingstoezicht bij ziekenhuiszorg. In zijn onderwijs en onderzoek houdt hij zich bezig met de structuur & financiering van gezondheidszorg en de juiste ordening van zorgmarkten in het bijzonder.

In Nederland en tal van andere landen wordt bij de organisatie van gezondheidszorg in toenemende mate gebruik gemaakt 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. In plaats daarvan speelt onderlinge concurrentie een steeds belangrijkere rol. Deze marktwerking vormt natuurlijk geen doel op zich, maar 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. Marktordening in de gezondheidszorg is dan ook 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. Ten eerste wordt ingegaan op het belang van effectief toezicht op eerlijke concurrentie. Helaas heeft de mededingingsautoriteit gedurende de afgelopen vijftien jaar bij een flink aantal ziekenhuisfusies het licht te gemakkelijk op groen gezet. Misbruik van regionale machtsposities ligt hierdoor op de loer. Ten tweede wordt benadrukt dat zorgverzekeraars het keuzegedrag van hun verzekerden moeten kunnen beïnvloeden. Verzekeraars staan in de contractonderhandelingen met zorgaanbieders namelijk sterker wanneer zij hen in ruil voor gunstige contractvoorwaarden meer patiënten kunnen toezeggen. Ten derde wordt besproken dat zorgaanbieders in het geval van tekortschietende prestaties, verkeerde investeringen en/of mismanagement failliet moeten kunnen gaan. Om onnodige financiële problemen te voorkomen, is het verstandig om het huidige verbod op winstuitkering voor ziekenhuizen onder de juiste voorwaarden los te laten.

Erasmus University Rotterdam
Erasmus School of Health Policy & Management
Bayle Building
Burgemeester Oudlaan 50
3062 PA Rotterdam, The Netherlands
T +31 10 408 8555
E communicatie@eshpm.eur.nl
W www.eur.nl/eshpm