De paradox van marktwerking

Tom Groot

Nieuwe bezems vegen schoon. Zo zou je het ook van nieuwe markten kunnen zeggen. Nieuwe markten zijn plaatsen waar transacties in een open markt plaatsvinden die eerder in een budgetsysteem waren ondergebracht. Daarbij kan men denken aan privatiseringsprojecten van de overheid en aan de introductie van marktwerking bij de voortbrenging van (semi-)publieke goederen. Een mooi voorbeeld is de invoering van marktwerking in de zorg. In het coalitie-accoord van het tweede kabinet Balkenende is aangekondigd dat de zorginkoopmarkt in enkele stappen zal worden geliberaliseerd. De toenmalige minister Hoogervorst maakte daarmee in 2005 een begin door voorzichtig 10% van de zorgproductie van ziekenhuizen vrij onderhandelbaar te maken. Dat wil zeggen dat zorgaanbieders (veelal besturen van ziekenhuizen) en verzekeraars (in hun hoedanigheid als zorginkopers) voor deze 10% vrijelijk afspraken kunnen maken over prijs, hoeveelheid en kwaliteit van te leveren zorg. Dit systeem is de afgelopen jaren sterk uitgebreid, via een verhoging naar 20% in 2008, 34% in 2009 tot uiteindelijk 70% in 2012. De ambities zijn dan ook hoog: bij de laatste verhoging merkt de huidige minister Schippers op dat van marktwerking wordt verwacht dat zij zal leiden tot een systeem waarin "goed bereikbare en kwalitatief goede zorg tegen een goede prijs" tot stand zal komen (VWS, 2011, p. 5). Daarnaast verwacht men dat marktwerking aanbieders zal stimuleren tot innovatie en vernieuwing van de zorg, terwijl de transparantie in prijs- en kwaliteitsinformatie patiënten zal helpen bij het maken van optimale keuzen in zorgconsumptie. Marktwerking lijkt aldus wel te werken als Haarlemmerolie die alle fricties tussen vraag en aanbod snel en adequaat opheft. Informatie, zowel in de vorm van prijsinformatie alsook accounting informatie, moet helpen bij het tot stand brengen van een goede samenwerking tussen marktpartijen. We zijn nu een eindje op streek en de vraag dient zich aan of al deze hooggespannen verwachtingen ook echt worden waargemaakt. Het beeld dat uit een globale verkenning oprijst is niet al te positief: er is marktwerking, maar dit zet partijen in het algemeen niet aan tot het voorbeeldgedrag waarop vooraf was gehoopt. Marktwerking maakt kennelijk niet het beste in de mens los. De vraag is dus welk gedrag we op dit moment in de nieuwe zorgmarkt tegenkomen. Naar deze vraag wordt op dit moment echter niet veel gestructureerd en grootschalig onderzoek gedaan. Hierdoor zijn we voorlopig veroordeeld tot een fragmentarisch beeld dat vooral wordt ingekleurd door praktijkvoorbeelden, aangevuld met empirisch onderzoek op deelonderwerpen. Het totaalbeeld dat dit oproept is niet heel erg bemoedigend. Wat doen marktpartijen wanneer de zegeningen van een vrije keuze over hen neerdalen?

De aanbodzijde van de markt

Het lijkt erop dat marktwerking niet heeft kunnen voorkomen dat de zorgproductie in de afgelopen jaren toeneemt. Tussen 2006 en 2010 groeit de omzet van ziekenhuizen met 6,2% per jaar, waarvan de helft wordt verklaard door de behandelpraktijk (NZa, 2012). Belangrijke kostenverhogende beslissingen die ziekenhuizen maken is de keuze voor eerder behandelen, voor een duurdere behandeling, en van het inzetten van meerdere behandeltrajecten per patiënt. Hier geldt kennelijk het adagium: als op prestatie wordt beloond zullen aanbieders kiezen voor uitbreiding van het aantal handelingen, ook als dat uitgaat boven de autonome zorgvraag die voortkomt uit veroudering en technologische innovaties.

Naast uitbreiding van de productie zien we ook een verschuiving tussen zorgproducten. Het aantal verpleegdagen in de kliniek neemt al enkele jaren af ten faveure van dagverpleging en poliklinische behandelingen. Het is niet duidelijk of dit nu komt door de wens de kwaliteit van zorg te verbeteren of doordat de marges van niet-klinische behandelingen groter zijn dan die van klinische. Het aantal ziekenhuizen is de laatste jaren gemiddeld met één per jaar afgenomen. Dat duidt op een concentratie-tendens. Concentratie vermindert de keuzemogelijkheid voor consumenten en zorgt voor het accumuleren van marktmacht. Het kan ook een goed teken zijn: het bijeen brengen van ziekenhuizen leidt tot grotere klinische eenheden waar specialisten werken die gemakkelijker het minimum aantal behandelingen halen dat nodig is voor het bereiken van kwalitatief goede zorg. Onderzoek naar fusieprocessen in de zorg heeft echter onlangs aangetoond dat dit meestal niet de belangrijkste doelstelling van fusies is (Zuiderent-Jerak, Kool & Rademakers, 2012). Fusies blijken vooral aantrekkelijk als middel om een groter productievolume te realiseren en om praktische bemensingsvraagstukken op te lossen. Hierbij lijkt het meer te gaan om welbegrepen eigenbelang, het versterken van de concurrentiepositie van de eigen instelling en het oplossen van personeelsproblemen,

dan om verbetering van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.

De vraagkant van de markt

De zorgmarkt kent eigenlijk geen gedifferentieerde vraag zoals in de commerciële markt. Individuele consumenten worden vertegenwoordigd door verzekeraars die namens hen afspraken maken met zorgaanbieders. Patiënten kunnen van zorgaanbieder veranderen, maar blijken dat in de praktijk vrijwel niet te doen: in 2012 overwoog 17% van de patiënten van aanbieder te veranderen, maar slechts 6% heeft dit ook daadwerkelijk gedaan (NZa, 2012). Verzekeraars worden geacht afspraken te maken over prijs, omvang en kwaliteit van de zorg. De zorgproductie wordt zichtbaar gemaakt door 4.000 zorgproducten (de zogenaamde DOT's) en het is dus in principe mogelijk specifieke afspraken over typen aandoeningen en behandeltrajecten te maken. In het algemeen zijn verzekeraars daar (nog) niet mee bezig. Men sluit in het algemeen contracten af op basis van lumpsum- en plafondafspraken. Die gaan over de totale productie en zijn vooral gericht op het behalen van de maximaal toegestane kostenstijging van 2,5% die in het bestuurlijk hoofdlijnenaccoord van 2011 is afgesproken. Van inhoudelijke en op producten gerichte sturing lijkt nog weinig sprake, afgezien van enkele specfieke afspraken. Ook de vraagkant kent zo haar concentratie: verzekeraars zijn verenigd in vijf grote inkoopcombinaties (Multizorg VRZ, VGZ, Menzis, Achmea en CZ) die richting geven aan de contractering. Dit heeft tot gevolg dat een groot deel van de omzet van veel ziekenhuizen bij slechts één of twee verzekeraars terecht komt. Recent onderzoek heeft aangetoond dat ziekenhuizen met enkele dominante verzekeraars hogere kosten maken dan ziekenhuizen met meerdere verzekeraars (Krabbe, Groot & Lindeboom, 2012). Kennelijk komt er meer marktmacht los als er ook meerdere verzekeraars onderhandelen. Wellicht dat meer marktpartijen ervoor zorgen dat meer informatie wordt uitgewisseld dat kan leiden tot verlaging van zorgkosten. Nu lijken partijen wel tot elkaar veroordeeld. Dit beeld wordt ook bevestigd in de GGZ-markt. Nieuwe toetreders op die markt, zoals de Opvoedpoli (een centrum voor jeugd- en gezinszorg), worden niet gecontracteerd ondanks hun aantoonbaar lagere tarieven (Betlem & Olsthoorn, 2013). Het lijkt erop dat verzekeraars vast zitten aan bestaande contractpartijen en dat het hen moeite kost om langdurige relaties te herzien.

Hoe nu verder?

Het is duidelijk dat de nieuwe markt in de zorgsector nog niet de zegeningen brengt die de politiek ervan had verwacht. Zowel aan de aanbod- als aan de vraagkant bestaan aanzienlijke deficiënties. Een voor de hand liggende eerste reactie zou zijn om de marktwerking weer ongedaan te maken. Dit heeft het risico dat hiermee direct ook het kind met het badwater wordt weggegooid. Een alternatief is om goed te analyseren waaruit die deficiënties precies bestaan. Uit het niet-systematisch en incomplete overzicht in deze column valt al op dat het vooral gaat om het niet voldoende functioneren van de markt dan om een teveel aan markt. Veel van die deficiënties komen ook in commerciële markten voor: concentratie van aanbieders en vragers, het creëren van informatieasymmetrie waardoor keuzegedrag wordt gehinderd en de dominantie van gevestigde relaties die innovatie en vernieuwing in de markt frustreert. Het voorgaande leidt tot een even onontkoombare als paradoxale conclusie: om een goede werking van de zorgmarkt te verzekeren dient er meer regie van de markt te komen. En die regie kan alleen maar totstandkomen als er een gedegen, systematische analyse komt van het gedrag van marktpartijen. Deze column is dan ook niet alleen een pleidooi voor meer marktregie, maar derhalve ook een oproep aan onderzoekers van de gezondheidszorg om met gedegen analyses van marktgedrag te komen. Het is nog niet te laat. ■

Prof. Dr. T.L.C.M. Groot is hoogleraar Management Accounting aan de Faculteit Economie en Bedrijfskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Literatuur

- Betlem, R., & Olsthoorn, S. (2013, 22 februari). We zijn aan de goden overgeleverd; zorgaanbieders hekelen plannen om de vrije artsenkeuze van patiënten te beperken. *Het Financieele Dagblad,* p. 3.
- Krabbe, Y., Groot, T., & Lindeboom, M. (2012). Marktwerking in ziekenhuizen. *Economisch Statistische Berichten*, 97(4629), 121-124.
- NZa. (2012). *Marktscan Medisch specialistische zorg, weergave van de markt 2008-2012*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- VWS. (2011). *Zorg die werkt* (No. 32620, nr. 1). Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.
- Zuiderent-Jerak, T., Kool, T., & Rademakers, J. (2012). *De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg; Tijd voor een brede benadering.* Utrecht/Nijmegen/Rotterdam: Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg.