

# Concurrentie, markten en marktwerking in de gezondheidszorg

*Kieke G.H. Okma\**

*Het Regeerakkoord 1994 kondigt een verruiming aan van de marktwerking in de sociale zekerheid. In de Tweede Kamer klinken echter steeds meer bezwaren tegen marktwerking in de gezondheidszorg. Gevreesd wordt dat marktwerking de solidariteit en toegankelijkheid aantast. Bij de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is eerder sprake van toenemende overheidsbemoeienis dan van deregulering. De auteur wijst in dit artikel op drie specifieke punten: ten eerste, de noodzaak tot disaggregatie; ten tweede, de noodzaak tot ontpolariseren van de keuze tussen markt en overheid, en ten derde nuancering van het begrip marktwerking (van de redactie).*

De begrippen marktwerking en concurrentie in de gezondheidszorg roepen dikwijls emotionele reacties op. Pogingen van eerdere coalitie-kabinetten om te komen tot een grotere mate van marktwerking in de gezondheidszorg zijn verstrand in politieke discussies en effectieve oppositie van belanghebbenden. Het Regeerakkoord 1994 kondigt een verruiming van de marktwerking in de sociale zekerheid aan, maar in de Tweede Kamer klinken steeds meer bezwaren tegen marktwerking in de gezondheidszorg omdat deze wordt gezien als een aantasting van de solidariteit en toegankelijkheid. Bij de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is eerder sprake van toenemende overheidsbemoeienis dan van deregulering. Voorstellen om in de thuiszorg meer (prijs-)concurrentie toe te laten zijn inmiddels ingetrokken of afgezwakt. Tegelijkertijd doen zich tal van veranderingen en vernieuwingen voor die wijzen op toenemende concurrentie bij de verzekeringen en dienstverlening. De werkelijkheid lijkt

---

\* mw dr K.G.H. Okma, senior beleidsadviseur Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Postbus 5406, 2280 HK Rijswijk. Met dank aan twee referenten voor hun kritische kanttekeningen en suggesties, en aan Hans Arnold voor verbeteringen in taal en stijl.

snellere ontwikkelingen door te maken dan het denken in politiek en beleid. Dat is aanleiding om weer eens te kijken naar het begrip marktwerking, ontstaan van alle emotionele lading. Phelps wijst erop dat het bekende artikel van Arrow uit 1963 de basis vormt voor een hele generatie van economische studies over de gezondheidszorg, maar dat die studies dikwijls de door Arrow genoemde markeigenaardigheden over het hoofd zien, en zich veelal beperken tot (geaggregeerde) analyses van vraag en aanbod (Phelps, 1995). Er is dus reden om te komen tot herformulering van het analysekader voor het bestuderen van de marktomstandigheden in de gezondheidszorg. Dit artikel wijst op drie specifieke punten: ten eerste, de noodzaak tot disaggregatie; ten tweede, de noodzaak tot ontpolariseren van de keuze tussen markt en overheid, en ten derde nuancering van het begrip marktwerking. Paragraaf 1 gaat in op de kenmerken van vraag en aanbod in de gezondheidszorg en op de vraag of deze zinvolle en effectieve marktwerking uitsluiten. De tweede paragraaf geeft een korte schets van hervormingspogingen en beleid van verschillende coalitie-kabinetten sinds de jaren '70. De derde paragraaf schetst gedragsveranderingen van de verschillende actoren in de gezondheidszorg. Paragraaf 4 belicht de noodzaak tot disaggregatie in de analyse, en tot nuancering van de begrippen marktwerking en concurrentie. Paragraaf 5 concludeert dat het veranderde gedrag van de marktpartijen binnen de gezondheidszorg aanpassing vergt van de bestaande sturingsinstrumenten, en stelt een aantal specifieke onderzoeksvragen aan de orde.

## 1. Vraag en aanbod in de gezondheidszorg

De specifieke kenmerken van vraag en aanbod in de gezondheidszorg lijken deze dienstverlening een prototype van een imperfecte markt te maken (Arrow, 1963; Feldstein, 1983; Schut, 1995; Hsiao, 1995). Een deel van de dienstverlening heeft het karakter van een *merit good*, bijvoorbeeld succesvolle gezinsplanning, het bestrijden van besmettelijke ziekten of het beschikbaar stellen van eerste hulpposten (Hsiao, 1995). Een aantal diensten, zoals schoon drinkwater of preventie-maatregelen heeft het karakter van een *public good*. Andere diensten hebben een individueel consumptiekarakter. Maar ook bij individuele consumptiegoederen en -diensten doen zich allerlei marktbelemmeringen voor. Aanbieders hebben een kennisovermacht en kunnen de vraag beïnvloeden; bovendien genieten zij vaak een positie als monopolist of tenminste een oligopolist. In veel gevallen staat de vraag onder invloed van het aanbod (*induced demand*) waardoor de klassieke vraagcurve als instrument voor marktanalyse aan betekenis inboet. Bij ziekenhuizen lijkt de vraag vooral bepaald door het verwijsgedrag van huisartsen, maar ook door de reistijd van patiënten en door de capaciteit van het bestaande aanbod. Na opening van het Zuiderzeezieken-

huis in Lelystad steeg het aantal ziekenhuisopnamen en medische behandelingen van de bewoners van de Flevopolder met ongeveer een derde (Kleinmeulman en Mul, 1996). Het sluiten van een (klein) ziekenhuis in Kampen begin 1997 leidde tot een drastische daling van het aantal opnamen zonder zichtbare invloed op gezondheid of sterftecijfer in de regio.

De onzekerheid over de kans om een bepaalde (dure) ziekte te krijgen, is voor consumenten aanleiding om inkomensbescherming te zoeken door het afsluiten van een verzekering. In de loop van deze eeuw hebben steeds meer landen verplichte verzekeringen ingevoerd. Alle OESO-lidstaten kennen thans vormen van verplichte ziektekostenverzekeringen voor werknemers of voor de hele bevolking, met een inkomensafhankelijke financiering uit algemene middelen of uit premies. Daarmee combineren zij de functie van inkomensbescherming met het zeker stellen van toegang tot de gezondheidszorg. Dat verzekeren brengt weer andere marktimperfections met zich mee: eenmaal verzekerd, heeft de consument geen financiële prikkels tot zuinig gebruik (het *verzekeringseffect*); jonge, gezonde (en kortzichtige) burgers menen dat zij voorlopig geen verzekering nodig hebben (het verschijnsel van zelf-selectie of *adverse selection*); mensen stellen het verzekeren uit of verzekeren zich niet of onvoldoende omdat zij verwachten niet op straat te zullen belanden in geval van ernstige ziekte of handicap (de *free riders*); en verzekeringsbedrijven hebben voorkeur voor jonge en gezonde en dus goedkope verzekerden en proberen dure klanten buiten de deur te houden (*risico-selectie*).

Op de arbeidsmarkt bestaan weer andere belemmeringen. De overheid stelt de instroom en capaciteit vast van initiële opleidingen voor medische, paramedische en sociale beroepsgroepen. Medisch specialisten beperken zelf de toegang tot de vervolgopleiding. Bij de beroepsuitoefening bestaan allerlei toetredingsdrempels en afspraken tot marktverdeling (Den Hertog, 1993). Andere factormarkten vertonen evenmin het ideaalbeeld van een volledig concurrerende markt. De farmaceutische industrie heeft in de meeste industrielanden een oligopolistische positie; voor omvangrijke kapitaalinvesteringen of voor de aanschaf van bepaalde dure medische technologie zijn doorgaans vergunningen van de overheid vereist.

Schut noemt als voorwaarde voor 'workable competition' het bestaan van rivaliteit tussen aanbieders van diensten die hun winst trachten te maximaliseren, en die dingen om de gunsten van de klant (Schut, 1992). In principe kan een dergelijke concurrentie leiden tot optimale efficiency en kwaliteit, een optimaal niveau van productie, en voldoende winst om investeringen en innovatie zeker te stellen. Op grond van een analyse van kenmerken van vraag en aanbod in de gezondheidszorg luidt doorgaans de conclusie dat deze geen

(privaat) economisch goed is, en dat marktwerking niet zal leiden tot een optimale allocatie. Daartegenover staat de opvatting dat wel marktwerking mogelijk is op de markt van ziektekostenverzekeringen wanneer de consumenten kunnen kiezen tussen onderling concurrerende verzekeraars, mits de overheid regels stelt ten aanzien van toegang en acceptatie en lastenverdeling (Commissie Dekker, 1987; Enthoven, 1988).

Het Regeerakkoord 1994 kondigt een omvangrijk programma aan van overheidsingrijpen in de gezondheidszorg, in het bijzonder voor de dienstverlening gefinancierd uit de AWBZ. Vrijwel al deze maatregelen betekenen een stevige uitbreiding van het domein van de overheid, en inperking van de beslissingsvrijheid van burger, aanbieder van diensten en verzekeringsbedrijf. De afgelopen jaren heeft een ambtelijke werkgroep enkele studies verricht naar mogelijkheden voor marktwerking voor op een aantal specifieke vormen van hulpverlening, maar deze hebben niet geleid tot werkelijke deregulering (Het ziekenhuis ontketend, 1996). Er is eerder sprake van uitbreiding van (de reeds omvangrijke) wet- en regelgeving. Daarmee lijkt de gezondheidszorg langzamerhand het paradijs voor kartels en bureaucratie geworden. Betekent dit alles dat de Nederlandse gezondheidszorg ook de komende generatie een periode van centrale overheidssturing tegemoet kan zien? Bestaan er wel mogelijkheden voor effectieve en zinvolle marktwerking binnen de gezondheidszorg als middel tot het verbeteren van allocatie en doelmatigheid?

Bij het beantwoorden van deze vragen staan drie punten centraal. In de eerste plaats is van belang om aandacht te schenken aan de ontwikkelingen binnen deelsectoren. In de media en het politieke debat wordt het begrip 'gezondheidszorg' veelal gebruikt als een homogene sector van dienstverlening, voorbijgaand aan het feit dat er sprake is van een breed scala van goederen en diensten, zeer verschillende groepen verzekerden en patiënten, en uiteenlopende financieringsbronnen. Disaggregatie leidt tot andere conclusies dan een benadering op macro-niveau.

Ten tweede is een meer genuanceerde benadering nodig van de keuze tussen 'markt' en 'overheid'. De discussie over de allocatie van middelen voor de gezondheidszorg heeft een sterk ideologisch en gepolariseerd karakter gekregen, en lijkt soms alleen nog maar te gaan om de keuze tussen hetzij staat, hetzij markt.

Ten derde is nadere uitwerking gewenst van het begrip 'mededinging'. Is er alleen concurrentie of rivaliteit mogelijk en zinvol bij volledig vrije prijsvorming, absolute consumentensouvereiniteit en volledige marktdoorzichtigheid?

## 2. Gezondheidszorg, hervormingen en huidig beleid

In 1998 zal de totale omzet van de Nederlandse gezondheidszorg naar schatting 66,9 miljard gulden bedragen, ruim 9 procent van het bruto nationaal product (Jaaroverzicht Zorg 1998). De financieringsbronnen zijn de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Ziekenfondswet (ZFW), particuliere ziektekostenverzekeringen, de schatkist en directe betalingen. De financiering bestaat dus uit een mix van algemene middelen, werknemersverzekering, particuliere verzekering, volksverzekering en directe particuliere betalingen. Het verzekeringskarakter overheerst: algemene middelen en directe betalingen maken tezamen minder dan 20 procent van het geheel uit.

Het geheel van die 66 miljard gulden is bestemd voor een breed scala aan goederen en diensten gericht op het beschermen en verbeteren van gezondheid, en op het aangenamer en draaglijker maken van het bestaan: ziekenhuizen, verpleeghuizen en verzorgingshuizen; instellingen voor mensen met verstandelijke of lichamelijke beperkingen; geestelijke gezondheidszorg; extramurale zorg; geneesmiddelen en hulpmiddelen; en overige uitgaven (onder meer administratie, beheer en preventie). Er bestaat geen één-op-één relatie tussen financieringsbron en bestemming. Elke financieringsstroom brengt specifieke verantwoordelijkheden, bevoegdheden en financiële risico's met zich mee. Dat leidt tot een onoverzichtelijk geheel van machtsrelaties tussen overheid, aanbieders, patiënten en verzekeringsinstellingen. Dat leidt ook tot ondoelmatigheden in de allocatie en het beheer van middelen. Er bestaat ruime gelegenheid tot afwentelen van financiële risico's van de ene voorziening naar de andere, of van de ene financieringsregeling naar de andere.

De afgelopen 25 jaar hebben verschillende coalitie-kabinetten pogingen ondernomen tot een fundamentele herstructurering van de gezondheidszorg. In 1974 verscheen de Structuurnota van staatssecretaris Hendriks (Structuurnota gezondheidszorg, 1974). Deze kende aan de overheid een centraal sturende rol toe in de planning van voorzieningen, de prijsvorming en het beheer van instellingen. Ruim 20 jaar later stelde de commissie-Dekker een geheel ander sturingsmodel voor, gebaseerd op functionele decentralisatie (Commissie Dekker, 1987; Ministerie van WVC, 1988). Dit model (in later stadium ook wel aangeduid als plan-Simons) kende juist een grotere rol toe aan verzekeraars en aanbieders van zorg. De veronderstelling van staatssecretaris Hendriks was dat centrale sturing door de overheid zou leiden tot betere allocatie en kostenbeheersing; de commissie-Dekker meende dat meer decentralisatie en marktwerking de beste weg was voor het bereiken van deze doelstellingen.

De paarse coalitie van 1994 maakte een einde aan het invoeringsproces van de plannen van Dekker en kondigde een geheel andere koers aan, met stapsgewijze verbeteringen van het bestaande systeem. Dat betekende een omslag van fundamentele herstructurering naar incrementeel beleid. Het huidige kabinet maakt onderscheid in drie 'compartimenten' in de financiering van de gezondheidszorg: ten eerste, de AWBZ, de volksverzekering voor 'onverzekerbare en langdurige zorg'; ten tweede, de reguliere medische hulpverlening betaald uit de particuliere verzekeringen, ziekenfondsen en bijzondere regelingen voor ambtenaren. Ten derde, de overige zorg. In het eerste deel geldt een strakke overheidssturing. Het tweede deel valt in toenemende mate onder beheer en financiële verantwoordelijkheid van de verzekeraars (het budgetteren van ziekenfondsen is één van de elementen van de hervormingsplannen die het huidige kabinet wel heeft doorgezet), en voor het derde segment geldt vrijheid van de consument om zich al dan niet te verzekeren. Met dit beleid is een interessante mix van sturingsmaatregelen ontstaan, gebaseerd op uiteenlopende en soms strijdige principes. Aan de ene kant pleit het kabinet voor meer marktwerking in de sociale zekerheid; anderzijds nopen de financiële grenzen van het strakke begrotingsbeleid tot juist meer overheidsingrijpen ter beteugeling van de uitgaven voor de gezondheidszorg.

### 3. Veranderingen in omgevingsfactoren en gedrag

In de afgelopen jaren hebben zich binnen en buiten de gezondheidszorg aanzienlijke veranderingen voorgedaan (Okma, 1997). Naast economische omstandigheden, demografische en technologische veranderingen was de ideologische omslag in het denken over de overheid een belangrijke impuls tot verandering. Dat heeft ook invloed op het karakter van de sociale zekerheid. Het bevroeren of verlagen van de uitkeringen, de strengere herkeuring, het beperken van de koppeling, het inperken en vervolgens privatiseren van de Ziektewet, en het gedeeltelijk privatiseren van de Wet arbeidsongeschiktheid zijn alle maatregelen waarbij de nadruk verschuift van inkomensbescherming en verzekering naar activerende en reïntegrerende functies<sup>1</sup>. Daarnaast zijn nieuwe vormen van collectieve verzekeringen (*employee benefits*) ontstaan, waar verschillende

<sup>1</sup> Marmor, Mashaw en Harvey noemen vier 'core principles' van de sociale zekerheid: ten eerste, het *behaviorist* principe, gericht op gedragsverandering; ten tweede, het *residualist* principe, met een vangnetfunctie voor de overheid (vergelijkbaar met het principe van subsidiariteit); ten derde, het beginsel van 'social insurance' dat zich richt op de basisfunctie van sociale zekerheid namelijk inkomensbescherming bij ziekte, invaliditeit, of ouderdom; en ten vierde, het 'egalitarian populist' principe gericht op herverdeling van macht, rijkdom en inkomen (Marmor, Mashaw and Harvey, 1990:23).

arbeidsverzekeringen en ziektekostenverzekeringen bij elkaar komen. Daarmee krijgen ook gezondheidszorg en ziektekostenverzekering een andere rol.

Als uitwerking van de voorstellen van de commissie-Dekker is in 1990 een begin gemaakt met de budgettering van ziekenfondsen. Dit beperkt de mogelijkheid voor de fondsen om alle onkosten te kunnen declareren bij de Centrale Kas, en geeft de fondsen een nieuwe rol in de onderhandelingen met aanbieders van zorg. Het vervangen van vaste tarieven door maximumtarieven, en het afschaffen van de contracteverplichting heeft de mogelijkheid geopend om lagere tarieven overeen te komen, of om bestaande contracten desnoods niet te verlengen. In wezen krijgen de ziekenfondsen daarmee hun oorspronkelijke rol als zelfstandige, risico-dragende verzekeringen terug. Zij hebben thans belang bij reële kostprijzen in plaats van rekesttarieven om tot een betere afweging van kosten en baten te komen. Hoewel fondsen in enkele gevallen de contracten met zelfstandige beroepsbeoefenaren niet hebben voortgezet, hebben de verruimde onderhandelingsmogelijkheden tot nu toe niet geleid tot massale verschuivingen of discontinuïteit. Dat wijst erop dat aanbieders en verzekeraars belang hebben in continuïteit in de bedrijfsvoering (evenmin hebben verzekeren massaal besloten om naar een ander ziekenfonds over te stappen).

De afgelopen jaren zijn allerlei nieuwe coalities en strategische allianties ontstaan. Dat heeft geleid tot grensvervaging tussen de tradionele terreinen van zorg en verzekering. Ziekenfondsen en particuliere verzekeringsmaatschappijen gingen samenwerken om strategische marktposities te veroveren. In 1994 besloten de twee koepelorganisaties VNZ en KLOZ te fuseren onder de naam Zorgverzekeraars Nederland (VZN/KLOZ, 1994). De Landelijke Vereniging voor Thuiszorg LVT werkt steeds meer samen met de koepel van hulpverlenende instellingen, de Nederlandse Zorgfederatie NZf. De NZf heeft zich inmiddels aangesloten bij de werkgeversorganisatie VNO/NCW. Ziekenhuizen en andere instellingen zoeken naar mogelijkheden voor functionele netwerken en horizontale integratie van dienstverlening (Innovatie in de Nederlandse gezondheidszorg, 1990/91 en 1991/92; NZI, 1990; Poiesz en Veluwenkamp, 1991). Verpleeghuizen en verzorgingshuizen vormen met thuiszorgorganisaties verticaal geïntegreerde organisaties. De ziekenhuizen hebben de afgelopen jaren opvallend veel aandacht besteed aan de kwaliteit van hun dienstverlening. Zij doen hun best om het de bezoeker naar de zin te maken. De ontvangstalies zijn tegenwoordig bemand door vriendelijke dames en heren in uniform. Rondom de ingangshal zijn allerlei winkels en horecabedrijven gevestigd, de bezoeken zijn zoveel mogelijk verruimd, en de informatie voor patiënten is sterk verbeterd. Technologische vernieuwing heeft geleid tot kortere ligduur, en tot een snelle verschuiving van opname naar dagbehandeling en poliklinische hulpverlening. Aangemoedigd door de overheid tonen ziekenhuizen toenemen-

de belangstelling voor 'transmurale zorg' (RVZ, 1997). Ondersteund door subsidies van de Ziekenfondsraad verlenen verpleeghuizen zorg aan thuiswonende ouderen. Daarmee begeven deze instellingen zich in wezen ook als nieuwe concurrent op het terrein van de thuiszorg. De bezettingsgraad van ziekenhuizen is de afgelopen decennia flink gedaald, maar het dalingspercentage is niet voor alle instellingen dezelfde. Hoewel het lastig (en vooral duur) is om een nieuw ziekenhuis te vestigen, is er wel markttoetreding mogelijk in de vorm van vrij gevestigde poliklinieken. De opkomst van de privé-klinieken heeft weer geleid tot overheidsregulering om afwenteling te voorkomen. Die ontwikkelingen wijzen erop dat er op de 'markt' voor ziekenhuiszorg op z'n minst sprake is van stevige rivaliteit.

Informatie-asymmetrie speelt een grote rol bij gespecialiseerde medische hulp, maar veel minder bij andere vormen van dienstverlening waar goed geïnformeerde (groepen) consumenten tegenwicht bieden aan het professionele aanbod. De snelle groei van alternatieve gezondheidszorg en de opkomst van commerciële thuiszorg wijzen op keuzegedrag en exit-mogelijkheden van de consument. De toenemende leegstand in verzorgingshuizen - aangemoedigd door het beleid van de overheid om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen - wijst op een groeiende voorkeur van oudere consumenten om zolang mogelijk zelfstandig thuis te blijven wonen. Ouders en familieleden van kinderen met een lichamelijke of verstandelijke beperking zijn vaak goed georganiseerd en goed geïnformeerd. Zij hebben invloed op de organisatie van het aanbod en op (her-)allocatie van middelen. Het is opmerkelijk dat juist bij voorzieningen gefinancierd uit de AWBZ dikwijls sprake is van een mondige, goed geïnformeerde en invloedrijke consument. De Consumentenbond verricht vergelijkend onderzoek naar de inhoud en kosten van verschillende verzekeringen. Het blad van deze consumentenorganisatie bevat steeds meer kritische publicaties over de (tekortschietende) kwaliteit van dienstverlening. In 1997 organiseerde de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie samen met de Raad voor de Volksgezondheid een studiedag over keuzevrijheden en -mogelijkheden voor patiënten in het zorgstelsel (NP/CF en RVZ, 1997). Het gedrag van de Nederlandse consument in de gezondheidszorg conformeert zich dus niet meer aan de veronderstellingen van het economisch model met een afhankelijke vraag.

#### 4. Disaggregatie

De klassieke leerboeken van de gezondheidseconomie onderscheiden drie deelmarkten: (medische) behandeling, arbeidsmarkt en onderwijs (Feldstein, 1983). Soms komt daar een afzonderlijke deelmarkt 'financiering' of 'verzeke-



ring' bij. Hsiao onderscheidt vier deelmarkten: financiering, dienstverlening, inputs en opleidingen (Hsiao, 1995). Op deze deelmarkten bestaan uiteenlopende mogelijkheden voor (prijs-) concurrentie, marktdoorzichtigheid en consumentensouvereiniteit. Vooral de financiering en inputs lenen zich in principe voor een zekere mate van concurrentie en marktwerking: er is toetreden mogelijk, de markten zijn redelijk doorzichtig, en de consument heeft invloed. Daarmee is nog weinig gezegd over de effecten van marktwerking op die terreinen, de mate van concurrentie, of de benodigde overheidsregulering. Er bestaat in Nederland opmerkelijk weinig empirisch onderzoek naar vraag- en aanbodelasticiteiten in de gezondheidszorg, vooral op gedisaggregeerd niveau. De indeling in vier deelmarkten is bovendien nog te geaggregeerd om antwoord te kunnen geven op de centrale vragen van dit artikel. De aanbieders bestaan uit tienduizenden zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaren zoals huisartsen, tandartsen of fysiotherapeuten; en honderden instellingen en organisaties die een rijke schakering van diensten aanbieden (het is overigens belangrijk om op te merken dat Nederland doorgaans een bredere definitie van het begrip gezondheidszorg hanteert dan andere landen). Binnen ziekenhuizen en andere instellingen werken niet alleen dokters, maar ook allerlei paramedische, verpleegkundige, verzorgende en sociale beroepsgroepen. Er bestaan drie hoofdgroepen van verzekeringsinstellingen: ziekenfondsen, particuliere verzekeraars, en de beheersorganisaties van de bijzondere ziektekostenregelingen voor ambtenaren. Bij de consument is het onderscheid tussen verzekerden en gebruikers van zorg van belang. Er bestaan honderden verschillende consumentenorganisaties in de gezondheidszorg.

De indeling van Hsiao vergt dus nader detaillering. Zoals ook blijkt uit de voorbeelden uit paragraaf 3, kunnen marktomstandigheden en marktgedrag op *specifieke deelmarkten* sterk uiteenlopen. Verder bestaan aanzienlijke verschillen in *functies*. Bij medische dienstverlening in ziekenhuizen spelen professionele aanbieders een dominante rol, maar voor de hotelfuncties, de ziekenhuis-apotheek of het laboratoriumonderzoek is dat bepaald niet het geval. Voor dergelijke functies bestaan alternatieven. De instelling kan besluiten tot uitbesteden.

Als voorbeeld van een meer gedisaggregeerde benadering bevat het volgende schema een uitgewerkt overzicht van enkele deelmarkten in de gezondheidszorg. Een dergelijke benadering is uiteraard ook mogelijk bij andere deelmarkten, maar hier is gekozen voor het aanbod omdat de kenmerken op die deelmarkten ook bepalend zijn voor de mogelijke en wenselijke vormen van financiering en verzekering.

**Tabel 1: Kenmerken van enkele deelsectoren en functies van aanbod in de gezondheidszorg**

	kenmerken van het aanbod				kenmerken van de vraag
deelmarkt/ functie	is (prijs-) concurrentie mogelijk	is toetreden mogelijk	zijn er substitutie-mogelijkheden	is er markt-doorzichtigheid	
<i>1. Zelfstandige beroeps-beoefenaars</i>					
a. huisartsen	ja	ja/beperkt	beperkt	beperkt	beperkte invloed
b. tandartsen	ja	ja	ja/beperkt	beperkt	exit mogelijk
c. fysiotherapeuten	ja	ja	ja	ja/redelijk	exit mogelijk
<i>2. ziekenhuizen:</i>					
a. medisch	weinig	gereguleerd	beperkt	beperkt	afh. van medische professionals
b. verpleging, verzorging	ja	ja	ja/beperkt	ja/redelijk	enige invloed
c. hotel	ja	ja	ja	ja	indirect
d. laboratorium	beperkt	ja	ja	ja	indirect
e. farmacie	ja/beperkt	ja/beperkt	ja	beperkt	indirect
<i>3. instellingen:</i>					
a. verpleeghuizen	ja/beperkt	ja	ja	ja/redelijk	beperkte exit
b. verzorgings-tehuizen	ja	ja	ja	ja	exit (leegstand)
c. gehandicaptenzorg	ja/beperkt	ja	ja/beperkt	ja	georganiseerde consument
d. geest. gez. zorg	ja	ja	ja/beperkt	beperkt	exit mogelijk
<i>4. thuiszorg</i>	ja	ja/beperkt	ja	ja	beperkt; exit naar particuliere zorg
<i>5. geneesmiddelen</i>	ja/beperkt	oligopolies	beperkt	beperkt	dominante rol medici (voorschrijf)
<i>6. hulpmiddelen</i>	ja	ja	ja	beperkt	in principe wel invloed

Het schema is bedoeld als denkmodel voor het verkennen van mogelijkheden voor het verruimen van marktwerking, en houdt een sterke vereenvoudiging in van vraag en aanbod, voorbijgaand aan het bestaan van ziektekostenverzekering. Het blijft bij een theoretische constructie wegens het ontbreken van vol-

doende empirisch onderzoek in de Nederlandse situatie. Het schema illustreert wel dat een gedisaggregeerde benadering een eerste stap is in het zoeken naar een zinvolle marktordening. Daarmee is nog geen antwoord gegeven op twee andere centrale vragen van dit artikel: is op specifieke deelmarkten 'de markt' of 'de overheid' het beste allocatie- en sturingsmodel; en verder: wat bedoelen we met het begrip concurrentie?

**Markt of overheid?** Het antwoord op de eerste vraag valt niet eenvoudig te geven. In de moderne industriestaten bestaan geen geheel vrije markten. Overal doet zich enige mate van sturing door de overheid voor door belastingen, heffingen, subsidies en allerlei gebods- en verbodsbepalingen. Het goed functioneren van concurrerende markten vergt doorgaans stevig overheidsoptreden voor het beschermen van belangen van ondernemer en consument, verbeteren van transparantie, organiseren van *countervailing power*, en tegengaan van marktconcentraties. Dat geldt ook in de gezondheidszorg. Het gaat niet zoezeer om de keuze tussen markt of overheid, maar om de vraag in welke mate en in welke vorm overheidsingrijpen nodig is. Het is ook niet voldoende om te constateren dat op bepaalde deelmarkten concurrentie of rivaliteit in principe mogelijk en zinvol is als allocatiemechanisme, maar om de manier waarop deze kan worden georganiseerd.

Bovendien berust marktordening niet uitsluitend op economische principes. Bij sociale zekerheid spelen ook overwegingen van solidariteit en verdelende rechtvaardigheid een rol. Daarbij doen zich ook afwegingen voor tussen solidariteit en doelmatigheid, tussen kostenbeheersing en kwaliteit, tussen first-best theoretische besturingsmodellen en second-best pragmatische oplossingen. De overheid heeft geen vrije hand om met een lege tekentafel te beginnen. De huidige sturingsinstrumenten en ordening in de gezondheidszorg kennen een lange ontstaansgeschiedenis van overheidsregulering en partikulier initiatief. Centrale sturing en decentrale uitvoering, privé-verzekeringen en sociale zekerheidsprincipes gaan hand in hand. Deze mix is ontstaan in de loop der decennia, en de institutionele omgeving blijkt vaak weerbarstiger dan de beledenen veranderingsgezindheid in de politieke debatten (Commissie Willems, 1994).

**Nuancering van het begrip concurrentie.** Verder is het nodig om het begrip concurrentie te nuanceren. In de klassieke welvaartstheorie leidt marktwerking tot welvaartswinst bij volledige marktdoorzichtigheid, consumentensouvereiniteit, en vrije prijsvorming. Aan die drie voorwaarden (en aan de door Schut genoemde vereisten voor 'workable competition') voldoet geen van de deelmarkten in de gezondheidszorg. Dat wil nog niet zeggen dat er geen sprake kan zijn van zinvolle en effectieve rivaliteit of concurrentie. Ook op deelmarkten met slechts beperkte mate van vrije prijsvorming bestaat rivaliteit. Voor een

individuele instelling maakt het uiteindelijk niet zoveel uit of het budget is vastgesteld door de overheid, of dat het op een volledig concurrerende markt tot stand komt; in beide gevallen is de prijs gegeven (in het eerste geval is het niet zeker dat de budgetten een goede weerspiegeling vormen van reële kostprijzen). In beide gevallen hebben de ziekenhuizen belang bij zuinig en doelmatig beheer van middelen en een tevreden klant teneinde de continuïteit in de bedrijfsvoering te verzekeren. Met een budget ontstaat in zekere zin een indirecte prijscompetitie. De consument kan invloed uitoefenen op hoeveelheden, kwaliteit en allocatie van middelen. De mate van invloed hängt af van de exitmogelijkheden (en de financiële prikkels) voor de consument.

## 5. Maar wat nu verder?

De algemene conclusie luidt dus dat er meer disaggregatie en een meer genuanceerde benadering van het begrip concurrentie nodig is. Dat vergt nieuwe theorievorming en empirische onderzoek. Koopmans merkt op de bestaande modellen uit de macro-economie en welvaartstheorie ontoereikend zijn, en dat daarnaast modellen nodig zijn uit de (toegepaste) bedrijfseconomie en industriële organisatie, in het bijzonder studies naar transactiekosten, inkoopbeleid, reële kostprijzen en tarieven, en processen van innovatie (Koopmans, 1993). Enkele specifieke thema's daarbij zijn: definiëren van producten en vaststellen van kostprijzen; meten van *inputs* en *outputs*; analyseren van mogelijkheden tot exit en substitutie; de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt; en de gevolgen van technologische ontwikkelingen voor de schaalgrootte en de organisatie van de zorg, en het herdefiniëren van sectoren en deelterreinen in de zorg.

Phelps constateert dat de gezondheidseconomie op een dood spoor zit, en ziet de noodzaak tot verdere theorievorming en empirische studie op een zestal terreinen. Ten eerste, disaggregeren van het begrip gezondheidszorg tot kleinere eenheden van analyse (zoals de hierboven genoemde deelterreinen en functies in de zorg). Ten tweede, het verzamelen van empirische data. Dit is bijvoorbeeld van belang bij het debat over de eigen bijdragen in de gezondheidszorg, een onderwerp waarover in Nederland vrijwel geen empirische studie is verricht (Bakker, 1995). Ten derde, meer aandacht voor de rol van informatie en onzekerheid bij vraag en aanbod. Is de consument volledig afhankelijk van professioneel advies, of kan hij invloed uitoefenen op prijzen, kwaliteit en hoeveelheden? Welke rol speelt onzekerheid bij de vraag naar gezondheidszorg en de vraag naar verzekeringen? Ten vierde, meer aandacht voor de institutionele omgevingsfactoren. Dit gaat om de manier waarop de verschillende belangengroepen in de *policy arena* zich organiseren, strategische coalities vormen, invloed hebben op het beleid en een veto kunnen uitspreken (Van der Grinten,

1996; Björkman en Okma, 1996). Ten vijfde, het ontwikkelen van nieuwe theorieën en modellen. Dat laatste begint met het formuleren van gedragsveronderstellingen van vragers en aanbieders op de onderscheiden deelmarkten. Gaat het bij instellingen en beroepsgroepen om winstmaximalisatie, of ligt de nadruk op continuïteit van de bedrijfsvoering, uitbreiden van het marktaandeel of om handhaven van het inkomensniveau? Heeft de gezonde consument alleen maar oog voor lage premies, en wenst de acute patiënt alleen maar zoveel mogelijk behandeling? Tenslotte wijst Phelps op het belang van interdisciplinaire samenwerking. Heidenheimer, Heclo en Teich Adams wezen eerder op het dikwijls parochiale karakter van de debatten over sociaal beleid tussen verschillende wetenschapsbeoefenaren, die elk het eigen model verdedigen (Heidenheimer, Heclo en Teich Adams, 1990). Die zes thema's zijn eveneens van belang voor het debat over de mogelijkheden en het nut van marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg.

De eerste vraag van deze bijdrage luidt: valt te verwachten dat de centrale overheidsturing in de Nederlandse gezondheidszorg onveranderd doorgaat? Op deze vraag passen verschillende antwoorden. Het eerste antwoord is gebaseerd op een voorspelling van de inhoud van de verkiezingsprogramma's van de vier grote partijen. Afgaand op de inhoud van eerdere verkiezingen, en op recente uitspraken van woordvoerders van deze partijen, lijkt er weinig belangstelling te bestaan voor een fundamentele herijking van marktverhoudingen. Het mislukken van voorgaande pogingen tot herstructurering, de afkeer van 'blauwdrukdenken' en de emotionale bezwaren tegen marktwerking in de gezondheidszorg lijken een dergelijke heroverweging in de weg te staan.

Een ander antwoord gaat uit van een snel veranderende werkelijkheid. De afgelopen jaren hebben alle marktpartijen veel verandering en vernieuwing op gang gebracht, voor een deel aangemoedigd door de overheid. Consumenten nemen een kritische houding aan en beïnvloeden de organisatie en het aanbod. Instellingen en organisaties vertonen in toenemende mate concurrerend marktgedrag, waarbij de grenzen vervagen tussen de verschillende vormen van hulpverlening. Daarmee boeten studies die zich uitsluitend richten op één vorm van hulpverlening, bijvoorbeeld 'het ziekenhuis', aan betekenis in (Het ziekenhuis ontketend, 1996; RVZ, 1996). Al deze veranderingen verhouden zich slecht met het klassieke instrumentarium van centrale planning, allocatie en prijsvorming. Het valt te verwachten dat deze ontwikkelingen ook invloed zullen hebben op de vormgeving van die sturingsinstrumenten.

Tenslotte pleit een recent rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid voor heropenen van de discussie over de ordening van de Nederlandse gezondheidszorg (WRR, 1997). Dat is wellicht goede aanleiding

om weer eens meer systematisch na te denken over verdeling van bevoegdheden, middelen en macht.

## Literatuur

- Arrow, K.J., 1963, 'Uncertainty and the welfare economics of medical care', *American Economic Review*, 5, blz. 941-973
- Bakker, F., 1995, 'Perikelen met eigen betalingen. Beschouwingen aan de hand van het experiment-RAND', *Medisch Contact*, 50, blz. 989-994
- Björkman, J.W. en G.H. Okma., 1996, 'The Institutional Heritage of Dutch Health Care Reforms', in: J.W. Björkman and C. Altenstetter B. (red.), *Health Policy, National Schemes and Globalization*, London, MacMillan.
- Commissie Dekker., 1987, *Bereidheid tot Verandering. Rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg*. 's-Gravenhage, Distributiecentrum Overheidspublicaties
- Commissie Willems., 1994, *Onderzoek besluitvorming volksgezondheid*, Tweede Kamer der Staten-Generaal, 1993-1994, 23666, nr 1 en 2. 's-Gravenhage, SDU
- Enthoven, A., 1988, 'Managed Competition of Alternative Delivery Systems'. *Journal of Health Politics, Policies and Law.*, 13, blz. 305-321
- Feldstein, P.J., 1983, *Health Care Economics*, (2nd ed), New York, John Wiley & Sons
- Grinten, T.E.D. van der, 1996, 'Scope for policy: essence, operation and reform of the policy system of Dutch health care', in: L.J. Gunning-Schepers, G.J. Kronjee and R.A. Spasoff (red.), *Fundamental questions about the future of health care*. Conference report, Den Haag, SDU Uitgevers
- Heidenheimer, A.J., H. Hecló, en C. Teich Adams, 1990, *Comparative Public Policy. The Politics of Social Choice in America, Europe and Japan*, New York, St Martin's Press
- Hertog, J.A. den, 1993, 'De markt voor medische verrichtingen', *Economisch Statistische Berichten* 78, blz. 769-773
- Hsiao, WC., 1995, 'Abnormal economics in the health sector', *Health Policy*, 32, blz. 125-139
- Innovatie in de Nederlandse gezondheidszorg. *Jaarboek 1989/90; Jaarboek 1991/92*. Rijksuniversiteit Utrecht, 's-Gravenhage: VUGA
- Kleinmeulman, J. en F. Mul, 1996, *Veranderingen in zorggebruik als gevolg van sluiting stadsziekenhuis Kampen*, Groningen/Zwolle, Groene Land Verzekeringen
- Koopmans, L., 1993. *Gezondheidszorg en economische wetenschap*. Oratie Rijksuniversiteit Groningen

- Marmor, TR., J.L. Mashaw en P.L. Harvey (eds.), 1990, *America's Misunderstood Welfare State. Persisting Myths, Enduring Realities*. Basic-Books
- Mayston, D., 1990, 'NHS Resourcing: a Financial and Economic Analysis', in: A.J. Culyer, A. Maynard, J. Posnett (red), *Competition in Health Care. Reforming the NHS*, MacMillan
- Ministerie van VWS., 1997, *Jaaroverzicht Zorg 1998*. (concept augustus 1997)
- Ministerie van WVC., 1988. Verandering Verzekerd. Stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg. *Kamerstukken II*, 1987-1988, 19945, nrs 27 en 28., 's-Gravenhage:, SDU
- NP/CF en RVZ., 1997, *Keuzevrijheid en keuzemogelijkheden voor patiënten in het zorgstelsel*. Zoetermeer, Raad voor de Zorg en Zorggerelateerde dienstverlening
- NZi., 1990. *Het ziekenhuis buiten de muren*. Utrecht, Nationaal Ziekenhuisinstituut
- Okma, G.H., 1997. *Studies in Dutch health politics, policies and law*. Proefschrift. Universiteit Utrecht
- Okma, G.H., 1996. 'Van Dees naar Borst: van modificatie naar codificatie?' *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 20, blz. 1086-1090
- Phelps, CE., 1995, 'Perspectives in health economics', *Health Economics*, 4, blz. 335-353
- Poeisz, J.J. en D.W. Veluwenkamp, 1991. *Wat betekent de stelselherziening voor instellingen?* (5 deelrapporten), Utrecht, Nationaal Ziekenhuisinstituut
- Regeerakkoord 1994. *Kamerstukken II*, 1994-1995, 23715, nr. 11. 's-Gravenhage: SDU, 1994
- RVZ., 1996, *Het Ziekenhuis als maatschappelijke onderneming*, Zoetermeer, Raad voor de Zorg en Zorggerelateerde dienstverlening
- Schut, FT., 1995, *Competition in the Dutch Health Care System*, PhD. Thesis, Erasmus University Rotterdam
- Schut, FT., 1992, 'Workable competition in health care: prospects for the Dutch design', *Soc. Sci. Medicine*, 12, blz. 1445-1455
- VNZ/KLOZ., 1994, *Nieuwe branche-organisatie* (Persbericht), Bunnik, Vereniging Nederlandse Zorgverzekeraars en Kontaktorgaan Landelijke Ziektekostenverzekeraars
- WRR, 1997, *Volksgezondheidszorg. Rapporten aan de regering*, nr 52., 's-Gravenhage: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
- Het ziekenhuis ontketend*, 1996. Rapport van de MDW-Werkgroep ziekenhuiszorg