

# Gereguleerde concurrentie in de curatieve zorg

## De deelmarkten spoedeisende zorg en electieve zorg in dagbehandeling

M. Varkevisser  
S.A. van der Geest  
F.T. Schut  
E. Dijkgraaf

Dit rapport is opgesteld door OCFEB en iBMG in opdracht van het  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

© OCFEB, Rotterdam, 2003

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

ISBN 90-5539-139-5

Ontwerp omslag en druk: ISO Groep, Hardinxveld-Giessendam

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>7</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>9</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>15</b>
1.1 Aanleiding onderzoek . . . . .	15
1.2 Onderzoeksvraag . . . . .	21
1.3 Onderzoeksaanpak . . . . .	21
1.4 Leeswijzer . . . . .	27
<b>2 Deelmarkt spoedeisende zorg</b>	<b>29</b>
2.1 Inleiding . . . . .	29
2.1.1 Definitie spoedeisende zorg . . . . .	29
2.1.2 Keten spoedeisende medische hulpverlening . . . . .	30
2.1.3 Substitutie binnen de keten en oneigenlijke vraag . . . . .	31
2.1.4 Afbakening relevante markt spoedeisende zorg . . . . .	32
2.2 Publieke belangen . . . . .	34
2.2.1 Toegankelijkheid . . . . .	34
2.2.2 Microbetaalbaarheid . . . . .	35
2.2.3 Macrobetalbaarheid . . . . .	35
2.2.4 Kwaliteit . . . . .	36

---

2.3	Inschatting marktkenmerken . . . . .	36
2.3.1	Omvang van de relevante markt . . . . .	37
2.3.2	Aard van de vraag . . . . .	37
2.3.3	Schaaleffecten . . . . .	38
2.3.4	Synergie-effecten . . . . .	39
2.3.5	Betwistbaarheid van de markt . . . . .	40
2.3.6	Specifieke kapitaalgoederen . . . . .	40
2.3.7	Eigendomsrechten . . . . .	41
2.3.8	Kans op varkenscyclus . . . . .	41
2.3.9	Verdeling van onderhandelingsmacht . . . . .	41
2.3.10	Informatieproblemen . . . . .	42
2.4	Marktfalen . . . . .	42
2.5	Borging publieke belangen en vereiste regulering . . . . .	43
2.5.1	Toegankelijkheid . . . . .	43
2.5.2	Micro- en macrobetaalbaarheid . . . . .	45
2.5.3	Kwaliteit . . . . .	51
2.6	Inschatting potentiële concurrentie tussen SEH's . . . . .	53
2.7	Spoedeisende zorg in het buitenland . . . . .	57
2.7.1	Aantal SEH's . . . . .	57
2.7.2	Bereikbaarheid . . . . .	58
2.7.3	Beschikbaarheid . . . . .	59
2.7.4	Concurrentie . . . . .	60
2.8	Conclusie . . . . .	63
<b>3</b>	<b>Deelmarkt electieve zorg in dagbehandeling</b>	<b>65</b>
3.1	Inleiding . . . . .	65
3.1.1	Definitie electieve zorg in dagbehandeling . . . . .	65
3.1.2	Beleid ten aanzien van privé-klinieken . . . . .	66

3.1.3	Afbakening relevante markt electieve zorg in dagbehandeling . . .	67
3.2	Publieke belangen . . . . .	69
3.2.1	Toegankelijkheid . . . . .	69
3.2.2	Microbetaalbaarheid . . . . .	70
3.2.3	Macrobetalbaarheid . . . . .	70
3.2.4	Kwaliteit . . . . .	71
3.3	Inschatting kenmerken . . . . .	71
3.3.1	Omvang van de markt . . . . .	72
3.3.2	Aard van de vraag . . . . .	74
3.3.3	Schaaleffecten . . . . .	74
3.3.4	Synergie-effecten . . . . .	76
3.3.5	Betwistbaarheid van de markt . . . . .	77
3.3.6	Specifieke kapitaalgoederen . . . . .	78
3.3.7	Eigendomsrechten . . . . .	78
3.3.8	Kans op varkenscyclus . . . . .	79
3.3.9	Verdeling van onderhandelingsmacht . . . . .	79
3.3.10	Informatieproblemen . . . . .	80
3.4	Marktfalen . . . . .	80
3.5	Borging publieke belangen en vereiste regulering . . . . .	81
3.5.1	Toegankelijkheid . . . . .	81
3.5.2	Micro-en macrobetaalbaarheid . . . . .	82
3.5.3	Kwaliteit . . . . .	83
3.6	Dagbehandelingen in het buitenland . . . . .	84
3.6.1	Omvang markten . . . . .	84
3.6.2	Toetreding en aanbodgeïnduceerde vraag . . . . .	86
3.6.3	Prijsvorming . . . . .	87
3.6.4	Kwaliteit . . . . .	89

---

3.6.5	Financiering vaste kosten . . . . .	90
3.6.6	Belangrijkste lessen . . . . .	91
3.7	Conclusie . . . . .	91
<b>4</b>	<b>Relaties tussen deelmarkten</b>	<b>95</b>
4.1	Inleiding . . . . .	95
4.2	Verticale relatie tussen markten . . . . .	95
4.3	Eén aanbieder, verschillende deelmarkten . . . . .	96
4.4	Spoedeisende zorg en electieve zorg in dagbehandeling . . . . .	96
4.4.1	Effectieve concurrentie op de markt voor klinische opnamen . . .	97
4.4.2	Marktmacht op de markt voor klinische opnamen . . . . .	98
<b>A</b>	<b>Enquête betreffende spoedeisende zorg in het buitenland</b>	<b>101</b>
	<b>Referenties</b>	<b>103</b>

# Voorwoord

Het is de bedoeling dat zorgverzekeraars in 2006 rechtstreeks met zorgaanbieders over de hoeveelheid, de kwaliteit en de prijs van de te leveren curatieve zorg gaan onderhandelen. Dit model van gereguleerde concurrentie moet onder andere tot een verbetering van de doelmatigheid en een afname van de wachtlijsten leiden. Voor een succesvolle introductie van gereguleerde concurrentie moet echter aan verschillende voorwaarden – zoals de afwezigheid van economische machtsposities – worden voldaan. Aangezien binnen de gezondheidszorg verschillende deelmarkten met specifieke kenmerken bestaan, kan de wijze waarop deze gereguleerde concurrentie moet worden vormgegeven van markt tot markt verschillen. In dit rapport presenteren we een economische analyse betreffende de markt voor spoedeisende zorg en de markt voor electieve zorg in dagbehandeling.

Als onderzoekers zijn wij veel dank verschuldigd aan Kees Birkhoff, Tilly de Bruin, Mariken Meijs en Jan Verduijn (allen VWS). Tevens danken we Rob Aalbers (OCFEB) en de leden van de Werkgroep Instellingen, Verantwoordelijkheden en Infrastructuur (iVi) voor hun opmerkingen bij eerdere versies van ons onderzoeksrapport.

Vanzelfsprekend komen de conclusies die in dit rapport worden getrokken enkel en alleen voor rekening van OCFEB/iBMG. Ook de verantwoordelijkheid voor eventuele onjuistheden berust volledig bij OCFEB/iBMG.

Marco Varkevisser (projectleider),  
Stéphanie van der Geest,  
Erik Schut en  
Elbert Dijkgraaf

Rotterdam, juni 2003





# Samenvatting

De nota Vraag aan bod – die op 6 juli 2001 door het tweede paarse kabinet naar de Tweede Kamer is gezonden – heeft een belangrijk fundament voor de toekomstige inrichting van het Nederlandse zorgstelsel gelegd. In deze nota staat dat een omslag van aanbodsturing naar vraagsturing noodzakelijk is om te komen tot een kwalitatief hoogstaande, innovatieve, doelmatige en vraaggerichte zorg. In dit kader moet de verdeling van verantwoordelijkheden worden herzien. Niet langer de overheid, maar de zorgverzekeraars voeren in het beoogde zorgstelsel de regie over een goede organisatie van de zorg. Tevens zijn zij verantwoordelijk voor een doelmatige inkoop van de benodigde zorg. Hoewel de overheid niet meer de rol van regisseur vervult, blijft zij wel eindverantwoordelijk voor het borgen van de publieke belangen toegankelijkheid (bereikbaarheid en beschikbaarheid), microbetaalbaarheid (technische, allocatieve en dynamische doelmatigheid), macrobetaalbaarheid en kwaliteit. Zorgaanbieders zijn in het beoogde zorgstelsel in principe autonoom en verantwoordelijk voor beslissingen betreffende prijzen, contracten, toetreding en (des)investeringen. Naast een verandering van de verdeling van verantwoordelijkheden behelst de overgang van aanbod- naar vraagsturing tevens de introductie van gereguleerde concurrentie. Op welke wijze gereguleerde concurrentie op de zogeheten zorginkoopmarkt mogelijk is, verschilt per deelmarkt. Afhankelijk van de specifieke kenmerken van een deelmarkt moet namelijk rekening worden gehouden met marktfalen. Door marktfalen kunnen de publieke belangen in het geding komen en kan op deelmarkten regulering gewenst zijn. De hoeveelheid en het type regulering kan dus per deelmarkt verschillen. Dit rapport bespreekt de mogelijkheden van gereguleerde concurrentie op zowel de markt voor spoedeisende zorg als die voor electieve zorg in dagbehandeling.

In het rapport wordt aangenomen dat reeds aan een aantal basisvoorwaarden voor vraagsturing in de curatieve zorg is voldaan (zie kader i) en dat betrokken partijen voldoende kennis hebben opgebouwd om hun functie goed te kunnen vervullen. Op welke wij-

Voor de analyse veronderstellen we dat aan de volgende basisvoorwaarden voor gereguleerde concurrentie in de curatieve zorg is voldaan:

1. de zorgverzekeringsmarkt is voldoende concurrerend:
  - (a) verzekerden kunnen uit voldoende verzekeraars kiezen;
  - (b) de markt is voldoende transparant; en
  - (c) verzekerden kunnen zonder (grote) belemmeringen van verzekeraar wisselen.
2. zorgverzekeraars zijn risicodragend en een winstoogmerk is toegestaan;
3. er bestaat een adequaat risicovereveningssysteem;
4. zorgverzekeraars zijn niet verplicht om iedere zorgaanbieder te contracteren;
5. zorgverzekeraars krijgen een wettelijke zorgplicht opgelegd die goed afdwingbaar is;
6. alle producten die de zorgverleners aanbieden, kunnen worden geïdentificeerd (bijvoorbeeld met behulp van de DBC-systematiek); en
7. zorgverleners kunnen hun 'producten' van prijzen voorzien die gebaseerd zijn op de integrale kosten (vaste en variabele kosten).

#### Kader i: Het uitgangspunt van de analyse

ze dit het beste kan worden gerealiseerd blijft in ons onderzoek buiten beschouwing. Voor beide deelmarkten doorlopen we systematisch de vier stappen van het eerder door OCFEB/iBMG ontwikkelde analysekader voor de curatieve zorg (zie Aalbers et al., 2003). In de eerste stap wordt geïnventariseerd wat de publieke belangen zijn en welke normen de overheid hiervoor heeft vastgesteld. Vervolgens wordt in de tweede stap de deelmarkt aan de hand van tien economische kenmerken getypeerd. Dit betreft achtereenvolgens (1) de omvang van de relevante markt, (2) de aard van de vraag, (3) schaalearbeiden, (4) synergie-effecten, (5) de betwistbaarheid van de markt, (6) specifieke kapitaalgoederen, (7) eigendomsrechten, (8) de kans op een varkenscyclus, (9) de verdeling van onderhandelingsmacht en (10) informatieproblemen. In de derde stap kan dan bij wijze van gedachte-experiment ingeschat worden tot welke vormen van marktfalen de introductie van concurrentie op de markt kan leiden. Indien blijkt dat als gevolg van marktfalen de publieke belangen niet zijn veiliggesteld, wordt

tenslotte in de vierde stap aangegeven met welk type regulering dit marktfalen kan worden gecorrigeerd. In dat kader is van belang of de kosten van overheidsingrijpen (overheidsfalen) opwegen tegen de baten ervan (corrigeren van marktfalen).

### **Deelmarkt spoedeisende zorg**

Onder spoedeisende zorg wordt alle acute medische zorg verstaan die een afdeling spoedeisende eerste hulp (SEH) kan bieden; de gespecialiseerde traumacentra zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gebleven. Vanwege het spoedeisende karakter van dit type zorg bestaan in Nederland verschillende regionale markten. Uit onze analyse blijkt dat ten aanzien van de meeste geëigende concurrentievorm en daarvoor benodigde regulering verschillende scenario's onderscheiden moeten worden. Voor de regio's waar op de relevante markt voor spoedeisende zorg en/of op de relevante markt voor electieve zorg voldoende aanbieders voor effectieve concurrentie aanwezig zijn, kan gekozen worden voor concurrentie op de markt. Zorgverzekeraars bezitten dan namelijk een voldoende sterke onderhandelingspositie om misbruik van marktmacht door SEH's tegen te gaan. Dit is met name een gevolg van het feit dat zij bij hun onderhandelingen met ziekenhuizen over spoedeisende zorg ook hun vraag naar electieve zorg kunnen betrekken. Voorwaarde is wel dat (1) specifieke spoedeisende diagnosebehandelcombinaties (DBC's) worden onderscheiden en (2) de inkoopmarkt voor spoedeisende zorg met betrekking tot bijvoorbeeld kwaliteit voldoende transparant is. Hier ligt een belangrijke taak voor de overheid. Wanneer zowel op de relevante markt voor spoedeisende zorg als die voor de electieve zorg onvoldoende aanbieders voor effectieve concurrentie zijn, zullen zorgverzekeraars vanwege een gebrek aan onderhandelingsmacht er niet in slagen om de spoedeisende zorg op een doelmatige wijze te organiseren. Concurrentie op de markt is in dergelijke regio's geen geschikte concurrentievorm. Ons inziens is concurrentie door vergelijking met prijsregulering (maatstafconcurrentie) onder dergelijke marktomstandigheden de meest geëigende vorm van marktwerking. Hiervoor is het wel noodzakelijk dat (1) voldoende inzicht bestaat in de kosten van spoedeisende zorg, (2) in voldoende mate gecorrigeerd kan worden voor verschillen in exogene factoren die tussen SEH's bestaan en (3) de kwaliteit van spoedeisende zorg goed observeerbaar en meetbaar is. Het nieuwe overheidsinstrumentarium dient op deze noodzakelijke voorwaarden te zijn gericht.

Voor alledrie de scenario's geldt dat bij de introductie van de genoemde vorm van gereguleerde concurrentie het publieke belang microbetaalbaarheid in principe is geborgd.

Gezien het feit dat spoedeisende zorg collectief wordt gefinancierd en de vraag naar spoedeisende zorg in principe prijsinelastisch is, zijn dan ook de macrokosten zo laag mogelijk. Om het publieke belang toegankelijkheid veilig te stellen moeten in de eerste plaats de gestelde normen ten aanzien van bereikbaarheid en beschikbaarheid in de wettelijke zorgplicht worden opgenomen en zware sancties worden opgelegd indien zorgverzekeraars hun zorgplicht niet nakomen. Op de tweede plaats moet de prijs per DBC gebaseerd zijn op de integrale kosten. Voor SEH's die omwille van de bereikbaarheid op een inefficiënte schaal moeten opereren, geldt dat zij hogere kosten per DBC kennen dan aanbieders van spoedeisende zorg waarvoor dat niet geldt. Verzekeraars moeten deze kostenverschillen hetzij op hun verzekerden (via regionale premiedifferentiatie) hetzij op het collectief (via risicoverevening of een subsidie) kunnen verhalen. Om een minimumniveau aan geleverde kwaliteit te garanderen is het van belang dat heldere kwaliteitseisen worden geformuleerd en een kwaliteitsbeoordelingssysteem wordt opgezet. Hierbij zou aangesloten kunnen worden bij de in het buitenland reeds aanwezige kennis.

### **Deelmarkt electieve zorg in dagbehandeling**

Voor de analyse van deze deelmarkt is de relevante productmarkt gedefinieerd als alle tweede-compartiments dagbehandelingen die door ziekenhuizen en zogeheten zelfstandige behandelcentra (ZBC's) worden aangeboden. In tegenstelling tot klinische opnamen is bij dagbehandelingen geen sprake van een overnachting. Aangezien er verschillende typen dagbehandelingen bestaan, kan strikt genomen niet van dé markt voor dagbehandelingen gesproken worden. Over het algemeen bezitten de specialismen die in dagbehandeling worden aangeboden echter min of meer dezelfde economische kenmerken. Ten aanzien van de relevante geografische markt geldt dat in Nederland naar verwachting enkele regionale markten bestaan.

Uit onze analyse komt naar voren dat op de markt voor electieve zorg in dagbehandeling concurrentie op de markt de meeste geschikte vorm van marktwerking is. Hiervoor is het wel essentieel dat de overheid de transparantie op de inkoopmarkt verbetert. In principe zijn de publieke belangen micro-en macrobetaalbaarheid dan geborgd.

Aangezien naar verwachting een groot aantal aanbieders op de markt actief zal zijn en toetreding relatief gemakkelijk is, is ook het publieke belang bereikbaarheid in principe veiliggesteld. Overigens ontbreekt het momenteel nog aan een expliciete bereikbaar-

heidsnorm voor dagbehandelingen, waardoor feitelijk niet kan worden vastgesteld of dit publieke belang in het geding is. Voor het borgen van het publieke belang beschikbaarheid kan de overheid in de wettelijke zorgplicht voor verzekeraars maximaal aanvaardbare wachttijden opnemen. Bovendien moeten er sancties aan zorgverzekeraars worden opgelegd wanneer de feitelijke wachttijd de norm overschrijdt. Het expliciet opnemen van normen in de wet vergroot de transparantie voor verzekerden. Om een goede kwaliteit van geleverde zorg te garanderen is het noodzakelijk dat er publiek toegankelijke, gevalideerde prestatie-indicatoren (uniform kwaliteitssysteem) voor het beoordelen van de kwaliteit van dagbehandelingen worden gemaakt en er heldere kwaliteitseisen worden geformuleerd.

### **Relaties tussen markten**

Hoewel in dit rapport afzonderlijke deelmarkten worden geanalyseerd, moet ook aandacht worden besteed aan het feit dat tussen deze deelmarkten relaties bestaan. Deze relaties kunnen de marktresultaten op de afzonderlijke deelmarkten namelijk in belangrijke mate beïnvloeden. In de eerste plaats kunnen deelmarkten in verticale zin met elkaar verbonden zijn: de output van de ene markt vormt dan één van de inputs op de andere markt. Zo kan bijvoorbeeld op de zorgverleningsmarkt een (capaciteits)probleem ontstaan zodra op de opleidingsmarkt als gevolg van markt- of overheidsfalen onvoldoende artsen, verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel worden opgeleid. In de tweede plaats kunnen deelmarkten ook met elkaar verbonden zijn omdat een aanbieder op verschillende deelmarkten actief is. Ziekenhuizen vormen hiervan een treffend voorbeeld. Zij bieden doorgaans dagbehandelingen, klinische opnamen en spoedeisende zorg aan. Een belangrijk aandachtspunt is vervolgens of ziekenhuizen in staat zijn om op een bepaalde deelmarkt een overwinst te behalen en deze te gebruiken om de concurrentie op andere deelmarkten te verstoren (kruissubsidiëring). Ten aanzien van de deelmarkten die in dit rapport centraal staan, vervult de markt voor electieve klinische opnamen als gevolg van omvangrijke synergie-effecten met spoedeisende zorg een spilfunctie. Wanneer op deze deelmarkt sprake is van effectieve concurrentie tussen ziekenhuizen, dan kunnen zorgverzekeraars ook op de markt voor spoedeisende zorg misbruik van marktmacht voorkomen. Ze kunnen dan namelijk dreigen hun vraag naar electieve zorg elders onder te brengen in geval dat de prijs-kwaliteitverhouding van spoedeisende zorg onder de maat zou zijn. Dit heeft niet alleen positieve gevolgen voor het functioneren van

de markt voor spoedeisende zorg zelf, maar ook voor het functioneren van de markt voor dagbehandelingen omdat ziekenhuizen niet in staat zijn om overwinsten te behalen. Wanneer ziekenhuizen op de markt voor klinische opnamen wel over marktmacht beschikken, vervalt echter de mogelijkheid voor verzekeraars om hun vraag naar electieve zorg als stok achter de deur te gebruiken bij hun onderhandelingen over spoedeisende zorg. In dat geval moeten in principe de prijs en kwaliteit van zowel spoedeisende zorg als klinische opnamen door de overheid worden gereguleerd. Een verkeerde regulering op deze beide markten – dat wil zeggen dat de overheid te hoge of te lage prijzen vaststelt – kan echter tot een ongelijk speelveld tussen ziekenhuizen en ZBC's leiden en langs die weg effectieve concurrentie op de markt voor dagbehandelingen frustreren.