

<http://hdl.handle.net/1765/115844>

Samenvatting

In dit proefschrift zijn twee belangrijke vormen van marktfalen geanalyseerd die een goede werking van het Nederlandse zorgstelsel kunnen belemmeren, te weten (i) marktmacht in de zorgverleningsmarkt en (ii) selectie en inertie in de zorgverzekeringsmarkt.

Hoofdstuk 2 behandelt het probleem van marktmacht in de Nederlandse ziekenhuismarkt. De belangrijkste oorzaak van de stijging van de marktconcentratie in de Nederlandse ziekenhuismarkt is het groot aantal fusies tussen ziekenhuizen. Daarom is het van belang om goed te begrijpen hoe fusies tussen ziekenhuizen de werking van de ziekenhuismarkt beïnvloeden. De eerste onderzoeksvraag was: **Stijgen de prijzen van ziekenhuiszorg na een fusie tussen twee naburige ziekenhuizen in Nederland? En zien we variatie in de prijsveranderingen tussen verschillende ziekenhuislocaties, verschillende producten en verschillende zorgverzekeraars?** We hebben het prijseffect van een ziekenhuisfusie geanalyseerd voor drie producten: heupvervanging, knie vervanging en staaroperatie. Onze resultaten toonden aan dat er heterogene prijseffecten zijn tussen ziekenhuislocaties, producten en zorgverzekeraars. Wanneer we het prijseffect splitsen naar locatie en product, vonden we significantie prijsstijgingen die gerelateerd zijn aan de fusie. Deze prijsstijgingen vonden plaats bij één van de twee locaties en alleen bij één van de drie producten (heupvervanging). Daarnaast varieerde het prijseffect sterk tussen de verschillende zorgverzekeraars. Deze bevindingen geven aan dat, wanneer we het effect van een fusie op de ziekenhuismarkt analyseren, het belangrijk is om op de effecten op verschillende niveaus te onderzoeken om een completer beeld te krijgen van de prijseffecten van de fusie.

In de meeste ontwikkelde landen melden ziekenhuizen een nieuwe fusie eerst bij een mededingingsautoriteit. De mededingingsautoriteit onderzoekt de fusie en beslist of de fusie mag doorgaan. De resultaten in Hoofdstuk 2 geven aan dat het de moeite waard kan zijn voor een mededingingsautoriteit om vooraf (ex ante) te onderzoeken of de fusie mogelijke prijsstijgingen kan veroorzaken in specifieke sub-markten of locaties. Dit geeft de mededingingsautoriteit de mogelijkheid om uitvoerig de mogelijke negatieve effecten van de fusie in kaart te brengen en te adresseren.

Helaas is het voorspellen van de effecten van een ziekenhuisfusie niet eenvoudig. Economen hebben nieuwe methoden ontwikkeld om fusies te beoordelen, zoals de Option Demand Methode (OD-Methode). De OD-methode heeft duidelijke voordelen ten opzichte van de meer traditionele marktafbakening methoden, omdat de OD-methode een directe schatting doet van de effecten van een fusie. Ook vereist het geen aanvechtbare aannames, zoals die wel gebruikt worden bij methoden voor marktafbakening. Er is echter een gebrek aan empirisch bewijs dat benaderingen zoals de OD-methode in staat zijn betrouwbare voorspellingen te doen. Vandaar de tweede onderzoeksvraag: **Wat is de voorspellende kracht van de Option Demand Methode voor fusies in de Nederlandse ziekenhuismarkt?** In Hoofdstuk 3 hebben we deze vraag onderzocht door

de ex-ante voorspelling van een simulatiemodel te vergelijken met de ex-post waargenomen prijseffecten voor een voltooide ziekenhuisfusie in Nederland.

Onze resultaten toonden aan dat er een verband bestaat tussen onze marktmacht indicator en de prijzen voor heupvervanging. Onze bevindingen suggereren dat de OD-methode een waardevolle aanvulling zou kunnen zijn voor de mededingingsautoriteiten, maar dat er meer onderzoek nodig blijft.

Hoewel prijzen natuurlijk een belangrijk marktresultaat zijn, kan de kwaliteit van de ziekenhuiszorg voor patiënten nog belangrijker zijn. Op de Nederlandse ziekenhuismarkt - waar de meeste prijzen niet door de overheid worden gereguleerd maar vrij onderhandelbaar zijn - is de potentiële impact van concurrentie op de kwaliteit op voorhand onduidelijk. Dat wil zeggen, afhankelijk van de specifieke marktomstandigheden kan concurrentie resulteren in een lagere of hogere kwaliteit van zorg. Vandaar de derde onderzoeksvraag: ***Wat is de relatie tussen concurrentie en kwaliteitsindicatoren in de Nederlandse ziekenhuismarkt waar prijzen vrij onderhandelbaar zijn?***

In hoofdstuk 4 hebben we deze vraag onderzocht door DBC-data op patiëntniveau te combineren met informatie over kwaliteitsindicatoren. We onderzochten drie diagnosegroepen (staar, keel- en neusamandelen, en blaastumor) uitgevoerd door Nederlandse ziekenhuizen in de periode 2008-2011. Voor deze onderzoeksperiode evalueerden we de relatie tussen de kwaliteitsscores en de marktmacht indicatoren van de ziekenhuizen. Voor staar (cataract) en blaastumor vonden we een negatieve relatie tussen marktaandeel en kwaliteitsscores. Voor keel- en neusamandelen was deze relatie echter niet statistisch significant. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat de patiëntengroep voor keel- en neusamandelen minder complex is. Voornamelijk kinderen jonger dan 11 jaar worden behandeld voor keel- en neusamandelen. Deze patiënten hebben relatief weinig aanvullende diagnoses. Het kan zijn dat patiënten minder gevoelig zijn voor kwaliteit bij behandelingen met een lager risico op complicaties. Voor twee van de drie onderzochte diagnosegroepen hadden ziekenhuizen in (meer) concurrerende markten betere kwaliteitsscores dan ziekenhuizen in geconcentreerde markten.

In verschillende ontwikkelde (OESO) landen spelen markten ook een belangrijke rol bij de financiering van de gezondheidszorg. Dit is ook het geval in Nederland. Dergelijke zorgmarkten bestaan uit een complexe interactie tussen consumenten, verzekeraars en aanbieders. Over het algemeen kopen consumenten polissen van concurrerende zorgverzekeraars. Deze polissen geven consumenten toegang tot een netwerk van gecontracteerde aanbieders wanneer zij medische behandeling nodig hebben. Een verzekeraar en een aanbieder onderhandelen over de contractvoorwaarden (prijs, volume en kwaliteit van zorg).

Het functioneren van de zorgverzekeringmarkt kan worden belemmerd door selectie- en informatieproblemen. Informatieproblemen kunnen selectieproblemen echter verminderen wanneer consumenten minder of trager (dat wil zeggen inert) reageren

op premieverschillen. Dit betekent dat het beter informeren van consumenten op de zorgverzekeringsmarkt vanuit maatschappelijk perspectief per saldo ongunstig kan uitpakken. Empirische identificatie van de exacte omvang van het selectieprobleem is over het algemeen een uitdaging vanwege de interactie tussen selectie en moreel risico. Het enkele feit dat mensen die kiezen voor een vrijwillig eigen risico lagere gezondheidskosten hebben, bewijst op zichzelf niet dat er sprake is van adverse selectie. Dit kan ook te wijten zijn aan meer kostenbewust gedrag veroorzaakt door het vrijwillig eigen risico (dat wil zeggen, minder moreel risico).

In Hoofdstuk 5 probeerden we voor het moreel risico-effect te controleren om de vierde onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden: **Hoe groot is het selectie-effect voor individuen die vrijwillig eigen risico kiezen in een zorgverzekeringsmarkt met risicoverevening?** We hebben op het niveau van individuele verzekerden geanalyseerd welke keuzes zij hebben gemaakt voor het vrijwillig eigen risico. Hierbij hebben we rekening gehouden met hun eerdere zorgkosten. Hierdoor konden we het selectie-effect onderscheiden van het moreel risico-effect. Uit onze analyse blijkt dat het aanbieden van contracten met een vrijwillig eigen risico resulteert in zelfselectie door gezondere personen. Bovendien blijken deze personen overgecompenseerd te worden door het risicovereveningsysteem. De verwachte winst op het risicovereveningsysteem per individu met een vrijwillig eigen risico van 500 euro wordt geschat op ongeveer 450 euro (gemiddeld). Dit voordeel komt voor de verzekeraars bovenop het voordeel van lagere kosten doordat verzekerden met een vrijwillig eigen risico een groter deel van de zorgkosten uit eigen zak betalen. In ruil voor deze voordelen biedt de verzekeraar een premiekorting aan voor het nemen van een vrijwillig eigen risico, maar deze korting is meestal (veel) lager dan de kostenbesparingen als gevolg van zelfselectie en hogere eigen betalingen door de consument.

De interactie tussen adverse selectie en inert consumentengedrag leidt tot de vijfde onderzoeksvraag: **Wordt adverse selectie effectief verzacht door inertie van consumenten in de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt?** In hoofdstuk 6 hebben we deze vraag onderzocht met behulp van paneldata over alle verzekerden in Nederland gedurende de periode 2010-2013. Hiervoor hebben we alle mogelijke keuzepadten geconstrueerd voor individuen die een vrijwillig eigen risico van nul of 500 euro hebben gekozen. Voor elk individu is zijn keuzepad gebaseerd op de mogelijke vrijwillig eigen risico keuzes die het individu elk jaar kan maken. Voor elk individu kunnen we op die manier 16 mogelijke vrijwillig eigen risico keuzepadten onderscheiden. We hebben vastgesteld dat alle mogelijke keuzepadten kostenpatronen hebben die consistent zijn met de aanwezigheid van adverse selectie. De patronen suggereren ook dat gezonde mensen, gemiddeld gezien, in staat zijn om effectief te anticiperen op hun toekomstige zorgkosten. We hebben op basis van de data ook een logit-model geschat van de individuele keuze voor een vrijwillig eigen risico. We vonden duidelijk bewijs van adverse se-

lectie. Dat wil zeggen dat mensen met hoge voorgaande en toekomstige kosten voor de gezondheidszorg aanzienlijk minder geneigd zijn om een vrijwillig eigen risico bedrag van 500 euro te nemen of te houden. We vonden echter ook duidelijk bewijs van een substantiële consumenteninertie: de kans om een vrijwillig eigen risico van 500 euro te nemen bij personen met lage kosten is slechts 3,5% terwijl een dergelijk vrijwillig eigen risico voor de meeste van hen waarschijnlijk (zeer) winstgevend zou zijn.

Tot op zekere hoogte kan de consumenteninertie welvaartsverhogend zijn, omdat het adverse selectie tegengaat. In het kader van de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt met gereguleerde concurrentie kan de aanwezigheid van substantiële consumenteninertie echter negatief uitpakken voor de consumentenwelvaart. Dit komt omdat de potentiële negatieve welvaartseffecten van adverse selectie mogelijk aanzienlijk worden beperkt door een uitgebreid systeem van risicoverevening. Ondanks de aanwezigheid van risicoverevening, vinden we dat individuen die kiezen voor het hoogste vrijwillig eigen risico overgecompenseerd worden door het risicovereveningssysteem. Los hiervan kan het verminderen van de consumenteninertie op de zorgverzekeringsmarkt mogelijk leiden tot meer adverse selectie. Dit kan, afgezien van het feit dat wanneer meer mensen een vrijwillig eigen risico kiezen de moral hazard afneemt, een negatieve effect hebben op de consumentenwelvaart. Niettemin zullen de bijbehorende negatieve welvaartseffecten waarschijnlijk veel kleiner zijn dan de positieve welvaartseffecten van het verbeteren van de actieve consumentenkeuze vanwege het grote aandeel van de bevolking dat momenteel een aanzienlijk hogere premie betaalt dan noodzakelijk (ongeveer 200 euro per persoon). Dit suggereert dat, binnen de huidige Nederlandse zorgverzekeringsmarkt, activiteiten die gericht zijn op het verminderen van de consumenteninertie met betrekking tot vrijwillig eigen risico waarschijnlijk een positief effect hebben op de consumentenwelvaart. Deze potentiële welvaartswinsten kunnen zelfs hoger zijn als de vermindering consumenteninertie wordt gecombineerd met een verbetering van het risicovereveningssysteem om de overcompensatie voor mensen die een vrijwillig eigen risico kiezen te verminderen.