

KLANT IS KONING OP DE ZORGMARKT

Zorg is een verhandelbaar goed

Dat van marktwerking in de zorg alleen maar narigheid komt, zoals het onlangs verschenen manifest van de SP verkondigt, is onzin. Bij een goed georganiseerde markt spint de klant garen. En dat geldt ook voor de gezondheidszorg.

J.G.A. VAN MIERLO

Manifest 'De Zorg is geen Markt'

De ondertekenaars van dit manifest spreken zich uit tegen de ingeslagen weg van marktwerking in de zorg door dit kabinet. Marktwerking werkt niet in de zorg. De zorgvrager is geen klant, maar is bezorgd over zijn gezondheid, of ziek. Er is veelal sprake van een afhankelijke relatie. De zorgvrager is afhankelijk van de kennis van de professionele zorgverlener. Je kunt niet eerst weken rondkijken wat het beste 'product' is. Oftewel: de zorg is geen markt.

Voor de heilzaamheid van de marktwerking, om problemen in de zorg op te lossen is geen enkele aanwijzing, voor negatieve effecten wel. Indien het marktprincipe verder wordt doorgevoerd zijn de volgende negatieve effecten te verwachten.

Zo begint het Manifest tegen marktwerking in de zorg, verschenen in de Volkskrant van 26 oktober. Het staat bol van loze beweringen en regelrechte onzin. Dat kan ook niet anders als de opsteller Agnes Kant heet. Als Tweede-Kamerlid van de SP weet zij het allemaal al: de markt is in zich slecht, daar kan sowieso niets goeds van komen, dus zeker niet in de zorg.

Dat veertig verstandige mensen uit het veld het manifest ondertekenen, baart mij meer zorgen: zij zouden toch beter moeten weten. Daarom een poging om wat orde te scheppen in het debat over marktwerking in de zorg.

In beginsel kan voor elk verhandelbaar goed een markt worden georganiseerd. Zorg is een verhandelbaar goed en daarom kan daarvoor wel degelijk een markt worden georganiseerd. Die markt heeft wel een paar problemen (marktfalen zoals monopolie-macht en informatie-asymmetrie), maar daaraan kan wel degelijk iets worden gedaan.

De zorg bestaat uit drie deelmarkten: voor ziektekostenverzekeringen (tussen ziektekostenverzekeraars en verzekerden), voor verstrekkingen en verrichtingen (tussen medische dienstverleners en patiënten) en voor zorginkoop (tussen verzekeraars en medische dienstverleners).

Op alle drie de deelmarkten is sprake van overheidsinterventie die uitmondt in gereguleerde concurrentie (*managed competition*). Dit model wordt ook wel 'gecontroleerd marktmechanisme' genoemd. De overheid treedt daarin op als marktmeester, toezichthouder, scheidsrechter en procesarchitect tegelijk. Als die markten goed worden georganiseerd, is de klant koning, ook in de zorg. Als het niet goed gaat, moeten die markten beter worden georganiseerd. Vaak is er niet sprake van te veel marktwerking, maar van te weinig of verkeerde marktwerking.

In het hiervolgende zal ik puntsgewijs de in het SP-manifest genoemde negatieve effecten van de marktwerking op de zorg tegenspreken. >>

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

Minder samenwerking

Samenwerking en samenhang zijn wat de zorg juist méér nodig heeft. Door samenwerking kan de zorg beter op de zorgvrager worden gericht, integraal worden gegeven en kunnen wachtlijsten beter worden aangepakt (ketenzorg). Bundeling van krachten is noodzakelijk evenals een goede en gewenste spreiding in het land (ziekenhuizen). Concurrentie werkt samenwerking tegen, is hier zelfs tegenstrijdig mee en zal leiden tot versnippering van de zorg. Transmurale zorg wordt moeilijker.

Er wordt geen enkel argument of bewijs voor aangevoerd dat er minder zal worden samengewerkt. Op de verstrekkings- en verrichtingenmarkt is zorg een ketenproces met wederzijdse afhankelijkheden tussen coproducten. Concurrentie heeft niet plaats tussen verschillende fasen in de keten, maar tussen verschillende coproducten binnen dezelfde fase van de keten. Concurrerende collega's worden 'concullega's': samenwerking waar mogelijk want profijtelijk, concurrentie waar dat beter is en dus wenselijk.

Waar samenwerking via de markt niet werkt, kan worden ingegrepen door het 'prikkelsysteem' te veranderen: beloon vruchtbare samenwerking en straf negatieve concurrentie tussen coproducten.

De zorg wordt duurder

De markt en de vraagsturing daarin zullen de kosten niet in de hand houden. Bij de huidige schaarste zullen de prijzen stijgen (bij het loslaten van de prijzen) en bij het opheffen van de schaarste zal de vraag stijgen. Marktwerking werkt consumptie in de hand. In de VS waar de zorg grotendeels is overgelaten aan de vrije markt, zijn de uitgaven aan zorg als aandeel in het nationaal inkomen het hoogst (14,8% BBP in 2002, OECD, Health data 2004). Uit vele recente Amerikaanse onderzoeken blijkt dat de kosten van de zorg toenemen bij marktwerking. Dat valt onder meer te verklaren uit meer bureaucratie, hogere salarissen managers en winstgerichtheid.

De zorg wordt niet duurder, maar goedkoper onder voorwaarde dat sprake is van werkbare concurrentie. Door concurrentie zullen de producenten worden gedwongen tot het zoeken naar

De inspectie als marktmeester

doelmatigheidswinst. Onder concurrentie is de prijs een gegeven en kan alleen winst worden gemaakt door kostenreductie.

De Verenigde Staten worden altijd aangehaald als voorbeeld van duurdere zorg door marktwerking. Daarbij moet echter worden onderscheiden tussen factoren aan de aanbodzijde

en aan de vraagzijde. Als de kostenstijging wordt veroorzaakt door prijsstijgingen per eenheid, moet dat liggen aan te weinig concurrentie aan de aanbodzijde. Dat kan empirisch worden onderzocht. Wordt de kostenstijging veroorzaakt door hoeveelheidstijging, ofwel door meer vraag, dan betekent dat dat de consumenten hun zin krijgen. Daar is toch niets mis mee? Wie bepaalt of zorg zinnig of onzinnig is, de consument toch zeker en niet de producent?

Minder kwaliteit

Het marktprincipe betekent zoveel mogelijk zorg leveren tegen een zo laag mogelijke prijs. Het risico is groot dat er bezuinigd wordt op kwaliteit, scholing en arbeidsomstandigheden van het personeel. Zoals bij de medio jaren negentig ingevoerde marktwerking in de thuiszorg. Ook de kritische conclusies van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over de kwaliteit van privé-klinieken geven alle reden tot bezorgdheid.

Concurrentie dwingt tot strategische keuzen in doelgroepen- en productselectie, ofwel marktsegmentatie. Product/marktcombinaties leiden tot heterogene productie (voor elk wat wils) en kwaliteitsdifferentiatie. Er zullen verschillende zorgpakketten met verschillende prijs-kwaliteitsverhoudingen ontstaan. Daar is niets mis mee zolang het standaardpakket aan de onderkant van de markt - of je dat nu collectief regelt of niet - op een aanvaardbaar niveau ligt. Hier ligt een mooie taak voor de inspectie als toezichhouder. Daarboven is alles vrij en kan de consument vrij kiezen. Dat staan we op de goederenmarkt van bijvoorbeeld Edah tot Albert Heijn toch ook toe?

Er zal ongelijkheid tussen zorgconsumenten ontstaan, maar zolang dat komt door verschillende consumentenvoorkeuren - mensen kiezen nu eenmaal verschillend - is dat niet verkeerd. Als het niet in overeenstemming is met een bepaalde invulling van het gelijkheidsdenken, komt de aap uit de mouw: dan ligt het probleem in die specifieke invulling.

Meer bureaucratie

Marktwerking leidt tot meer bureaucratie. De overheid zal misschien minder regels stellen maar de marktspelers zullen verantwoording eisen tot in detail. Uit recente Amerikaanse onderzoeken blijken bureaucratie en overhead juist hoger te zijn dan in een niet-marktsituatie. De nieuwe ziekenhuisfinanciering (Diagnose Behandel Combinatie) als marktgericht instrument zal de bureaucratie enorm doen toenemen.

Juist het huidige systeem van communistische aanbodplanning in de zorg leidt tot overmatige bureaucratie van controle, administratie en beheer. Jazeker, invoering van marktwerking brengt transactiekosten (Hoe organiseer ik de markt?) met zich. Maar die zijn eenmalig. Na verloop van tijd volgt standaardisatie maar ontstaan ook leerprocessen. Die transactiekosten moeten zo klein mogelijk zijn en de transitieperiode zo kort mogelijk. Hier ligt ook een taak voor de inspectie als marktmeester. Het

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

laatste communistische bolwerk in de zorg, het CTG, kunnen we dan eindelijk afschaffen omdat prijzen door de relatieve schaarsteverhoudingen op de markt worden gezet en niet langer door een politiek orgaan gefingeerd.

Te weinig oog voor de lange termijn

Preventie, bij uitstek dat onderdeel van de zorg dat zich richt op de lange termijn, zal minder aandacht krijgen. Meer investeren in preventie kan op termijn enorme gezondheidswinst opleveren. Omdat het niet op korte termijn geld oplevert voor de zorgverzekeraars, is de kans groot dat zij hier juist minder in investeren.

Preventie is een probleem op de markt. Maar ook preventie kun je organiseren. Mensen lijden, zeker als het gaat om gezondheid, zaken van leven, ziekte en dood, aan bijziendheid. Wij zijn geneigd kleine risico's te overschatten (SARS) en grote risico's te onderschatten (longkanker). Zolang wij gezond zijn, heb-

ben wij een korte tijdshorizon, maar als wij ziek zijn, wordt die tijdshorizon langer. Hoe zieker, hoe langer de tijdshorizon. Maar dan is het vaak te laat: 'Had ik maar ...' Wij laten ons verleiden tot risicogedrag met de drogredenering dat het ons toch niet zal overkomen. Dan is het ook nog eens de pest dat risicogedrag vaak gepaard gaat met grote verslavingseffecten: roken, drinken, drugs en verkeerd eten. En eenmaal verzekerd, is er de neiging tot riskanter gedragen. In de verzekeringseconomie staat dit soort problemen bekend als *moral hazard* en *adverse selection*.

Preventie moeten wij dus organiseren. Dat betekent vooral dat de 'prikkelstructuur' op de markt van de ziektekostenverzekeringen zodanig moet zijn dat verzekeraars er een groot (financieel) belang bij krijgen om preventiemaatregelen te nemen en verzekeren via de ziektekostenpremie te verleiden tot gezonder gedrag. Dat komt neer op een bonus-malusysteem.

Aantasting solidariteit

De markt zal zich eerder richten op lucratieve zorg waar snel aan te verdienen valt. De markt zal zich eerder richten op klanten die het kunnen betalen zoals voorrangszorg voor werkgevers en mensen met hogere inkomens. Het risico bestaat dat wie niet kan bij kan betalen, langer moet wachten, kwalitatief minder zorg krijgt, of minder keuzevrijheid. Bovendien bestaat het gevaar van risicoselectie door zorgverzekeraars.

De solidariteit verandert van die tussen verschillende inkomensgroepen ofwel inkomenssolidariteit (herverdeling van rijk naar arm door de verzekeringsystematiek van inkomensgebonden premies) in die tussen verschillende risico's ofwel risico- of kanssolidariteit (met nominale, kostengebonden premies). Wanneer kostengerelateerde premies voor het basispakket niet kunnen worden opgebracht door mensen met lagere inkomens, kunnen die worden gesubsidieerd, bijvoorbeeld door middel van een fiscale tegemoetkoming. Dat betekent subsidiëring van de vraagzijde voor wie dat echt nodig heeft, niet van de aanbodzijde.

Marktsegmentatie in de productie maakt het bovendien mogelijk om de markt aan de bovenkant af te romen om met de opbrengsten daarvan productie aan de onderkant te verbeteren of goedkoper te maken (interne kruissubsidiëring). Dit noemen wij de Robin Hood-strategie.

REVOLUTIE

Wij staan nog maar aan het begin van de revolutie. Marktwerving in de zorg maakt de klant koning, maar dan moeten de volgende vijf voorwaarden worden vervuld.

Vertrouw op de *competentie* van mondige en geëmancipeerde burgers, ook en juist in de gezondheidszorg. Naarmate het opleidingsniveau stijgt en de kenniseconomie opmarcheert, is er steeds minder behoefte aan een paternalistische overheid en aan paternalistische beleidsmakers. De betweters in Den Haag worden steeds minder serieus genomen en dat is maar goed ook.

Maak de markt *transparant* en zorg voor zo goed mogelijke informatie, opdat zowel vragers als aanbieders in de zorg betere keuzen kunnen maken. Alleen dan kunnen cliënten >>

<< hun echte consumentenvoorkeuren onthullen en alleen dan kunnen die dienen als richtsnoer voor het producentenaanbod. Benchmark-gegevens over wachtlijsten, succes/faal-ratio's en andere cruciale informatie zijn eenvoudig op internet te plaatsen en bij te houden. Op deze manier kunnen cliënten alternatieven met elkaar vergelijken en in een logische voorkeursorde-ning plaatsen.

Zorg dat er voor de cliënten ook daadwerkelijk *iets te kiezen* valt. Voer zo ver en zo consequent mogelijk varianten van marktwerking in de zorg: allerlei vormen van echte of quasi-concurrentie en echte of quasi-prijzen, interne markten en afrekenen op afspraak. Durf ermee te experimenteren en durf ervan te leren. Allerlei bezwaren zullen blijken te zijn gebaseerd op koudwatervrees, ideologische vooringenomenheid en zelfs plat economisch eigenbelang.

Organiseer de *preventie* door een specifieke prikkelstructuur op de ziektekostenverzekeringenmarkt, waarbij verzekeraars financieel gewin ontdekken en verzekerden door een bonus/malus-systeem tot gezonder leefgedrag worden verleid. Noodzakelijke voorwaarde is wel dat er voldoende concurrentie is op de ziektekostenverzekeringenmarkt; een actieve mededingingspolitiek is dan gewenst.

En het allerbelangrijkste: ontwikkel een *andere rol voor de overheid*. 'Niet roeien maar sturen' is het nieuwe parool. De overheid kan veel beter fungeren als marktmeester, proces-architect, eindregisseur en facilitator dan als dienstverlener en zorgverlener. Dat laatste doen wij zelf wel en dat kunnen wij ook veel beter. Daar hebben wij de overheid echt niet voor nodig. ■

prof. dr. J.G.A. van Mierlo,
hoogleraar openbare financiën, Faculteit der Economische Wetenschappen en Bedrijfs-
kunde, Universiteit Maastricht

Correspondentieadres: H.vanMierlo@ALGEC.unimaas.nl.



Meer artikelen over de zorgmarkt vindt u bij dit artikel via:
www.medischcontact.nl/dezeweek.

PRAKTIJKPERIKEL

Vriendin



Op het spreekuur van de bedrijfsarts komt de heer A., productiemedewerker, 28 jaar, mager, versterkte thoracale kyfose, afgekloven nagels, samen met - 'Mag ik meekomen?' - zijn vriendin B. (met op het oog: adipositas).

De vriendin doet het woord en kijkt wat somber. Het probleem is, weet de vriendin, dat vriend (te) vaak te laat op zijn werk komt en dat het werk te zwaar voor hem is. Hij is te moe en heeft rugklachten waarvoor de huisarts hem heeft verwezen naar de fysiotherapie, maar hem ook adviseerde eens met de bedrijfsarts te gaan praten over de werkbelasting.

De vriendin blijkt met de leidinggevende over A. telefonisch een lastig gesprek te hebben gehad. Daarover is enkele weken geleden een gesprek geweest met de chef en die vond de zwaarte van het werk maar onzin en vond dat A. gewoon op tijd op zijn werk moest komen. Werkgever heeft geen begrip voor werknemer en dat blijkt, aldus vriendin, hieruit dat A. niet steeds vrij kan nemen als zij naar het ziekenhuis moet.

'Naar het ziekenhuis moet?'

'Ja, ik heb een ziekte.'

'Een ziekte?'

'Ja, ik heb een spierziekte.'

'Een spierziekte?'

'Ja, fibromyalgie en daar boven op nog wat ME.'

'En heeft dat een verband met de problemen van uw vriend?'

'Ja, hij komt gewoon altijd wat later, want hij moet mij 's ochtends helpen met aankleden en zo.'

'En werkt u ook?'

'Ik zit voor zo'n 50 procent in de WAO.'

'En voor die andere 50 procent als ik vragen mag?'

'Dat mag u best vragen. Daarin ben ik werkzoekende.'

De werkgerelateerde deeloplossing leek te liggen in enkele verhelderende gesprekken tussen leidinggevende en A. zelf in een 1:1 situatie over de werkbelasting.

De vriendin werd gelukkig al behandeld. ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signaleringen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.