

Marktwerking in de gezondheidszorg

1. Inleiding

In de Nederlandse gezondheidszorg is het commerciële marktmechanisme¹ niet het dominante coördinatiemiddel van maatschappelijke activiteiten. Een aanwijzing daarvoor kan al worden gevonden in de gebruikte terminologie: er is overwegend geen sprake van 'klanten' of 'consumenten' maar van 'patiënten', niet van 'gezondheidsbedrijven' maar van 'zorgaanbieders', niet van bijvoorbeeld 'orgaanrecycling' maar van 'orgaandonatie' enz. Tegelijk zijn er dringende problemen in de gezondheidszorg, zoals de wachtlijsten en het personeelstekort, waarvoor sommige commerciële marktwerking als oplossing zien. Middelen tot vergroting van de rol van commerciële markten in de gezondheidszorg zijn bijvoorbeeld: prijsconcurrentie tussen verzekeraars en tussen zorgaanbieders, eigen bijdragen van patiënten en verzekerden (in extremis: *no cure no pay*), restitutie van betalingen aan zorgaanbieders in plaats van verstrekkingen in natura, nominale in plaats van procentuele premies en vermindering van regelgeving door de overheid. In deze bijdrage onderzoeken wij hoe commerciële marktwerking en andere wijzen van handelingscoördinatie zich in de gezondheidszorg tot elkaar verhouden en welke waarden daarbij in het geding zijn.

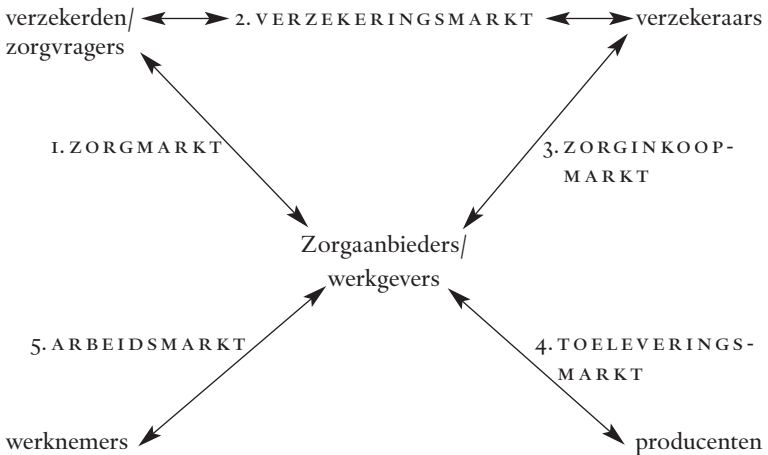
2. Welke markten zijn in het geding?

In de gezondheidszorg lenen zich vijf relaties voor een mogelijke duiding in termen van ‘markten’:

1. *de zorgmarkt*: de relatie tussen zorgaanbieders en zorgvragers,
2. *de verzekeringsmarkt*: de relatie tussen verzekerden en verzekeraars,
3. *de zorginkoopmarkt*: de relatie tussen zorgaanbieders en verzekeraars,
4. *de toeleveringsmarkt*: de relatie tussen producenten (van geneesmiddelen enz.) en de zorgaanbieders,
5. *de arbeidsmarkt*: de relatie tussen werkgevers en werknemers in de zorg.

Deze vijf relaties kunnen als volgt in een schema worden ondergebracht. De relaties zijn daarbij door middel van pijlen als wederzijdse relaties, vraag en aanbod, getekend:

Figuur: *Marktrelaties in de gezondheidszorg*



Dit schema laat zien dat er sprake is van meerdere ‘partijen’, die soms meerdere rollen vervullen:

- a. de *zorgvragers* op de zorgmarkt zijn op een enkele (onverzekerde) uitzondering na tegelijk de *verzekerden* op de verzekeringsmarkt; het omgekeerde gaat niet zonder meer op: niet alle verzekerden vragen zorg en zeker niet tegelijkertijd.²
- b. de *zorgaanbieders* op de zorgmarkt zijn tegelijk *inkopers* op de toeleveringsmarkt, voor een deel zijn zij tegelijk ook *werkgevers* op de arbeidsmarkt en verkopers op de zorginkoopmarkt,
- c. de *zorgverzekeraars* zijn zowel *zorginkoper* als verzekeringsverkoper,
- d. de *producenten* van o.a. geneesmiddelen, die optreden als verkoper op de toeleveringsmarkt,
- e. de *werknemers* op de arbeidsmarkt.

Het schema wijst voorts uit dat het marktmechanisme in een deel van de gezondheidszorg een plaats heeft: inzake de toeleveringsmarkt en de arbeidsmarkt aarzelt men niet om van ‘markten’ te spreken, hoewel er in beide gevallen sprake is van een belangrijke rol van waarden, die door actoren behartigd worden die niet in het schema zijn opgenomen. Zo oefent de regering invloed uit op de toelating van geneesmiddelen, op de prijsstelling en op de marketing van de producenten jegens de artsen. En de beschikbare loonsom wordt in de gezondheidszorg niet bepaald door de werkgevers/’ondernemers’ (en de vakbeweging), maar via de vaststelling door de regering van collectieve ziektekostenpremies en tarieven voor verstrekkingen. Er zijn daarom nog twee partijen, die niet in het schema zijn opgenomen maar wel een rol spelen:

- f. de *overheid*, die wetten, regels en wettelijk verplichte premies vaststelt,
- g. het *bedrijfsleven*, dat verzekeringen inkoopt en belang heeft bij een lage premiedruk en snelle levering van zorg.

Van belang is dat de verschillende ‘deelmarkten’ binnen het systeem van de gezondheidszorg niet los van elkaar staan: ontwikkelingen op de ene deelmarkt kunnen gevol-

gen hebben op andere deelmarkten. Een voorbeeld is de kostenbeheersing door middel van door de overheid aan de zorgaanbieders voorgeschreven budgettering op de *zorginkoopmarkt*, die wachtlijsten tot gevolg kan hebben op de *zorgmarkt*. Deze constatering van samenhangen tussen de verschillende deelmarkten wijst op de noodzaak van coördinatie voor wat het gehele systeem betreft. Wij komen op deze noodzaak in het navolgende terug.

3. Voor welke waardeconflicten zoekt wie een oplossing?

Het onderzoeken van de vraag naar verdere marktwerking in de gezondheidszorg in relatie tot de realisering van andere waarden vergt een uiteenzetting van de waarden die in het geding zijn. Wij vatten dit ruim op: vermarkting brengt niet alleen waardeconflicten mee, maar kan ook een reactie zijn op waardeconflicten die in de voorafgaande situatie al bestonden, zoals bijvoorbeeld een gebrek aan doelmatigheid. Een volledige analyse betreft daarom ook de situatie in de beschouwing die voorafgaat aan de wens tot vermarkting.

Met betrekking tot de Nederlandse gezondheidszorg kunnen de volgende waarden onderscheiden worden:³

1. de morele norm van *onbaatzuchtig weldoen*. Overeenkomstig de eed van Hippocrates staat de genezing van de patiënt voorop in het medisch handelen;
2. de medisch-technische norm van *kwalitatief goede zorg, of doeltreffendheid*;
3. de waarde van *vrije artskenkeuze* door de patiënt;
4. de waarde van een *goede gezondheid*.

Met betrekking tot de markt kunnen de volgende waarden onderscheiden worden:

5. de economische en maatschappelijke waarden van *vrij ondernemerschap* en persoonlijke *verantwoordelijkheid*;
6. de economische norm van de *doelmatigheid*, dat wil zeg-

gen een optimale verhouding tussen kosten en opbrengsten;

7. de consumptievrijheid.

Met betrekking tot de coördinatie van het hele systeem op het niveau van de samenleving kunnen de volgende waarden onderscheiden worden:

8. de morele en juridische waarden van verdelende, ordenende en correctieve *rechtvaardigheid*, *solidariteit* en het individuele (mensen)*recht op zorg*;⁴

9. de macro-economische norm van een zodanig beheerste kostenontwikkeling dat (a) geen onaanvaardbare effecten op de collectieve lastendruk (en langs deze weg op de concurrentiepositie van het bedrijfsleven en daardoor op de werkgelegenheid) optreden en (b) een rechtvaardige toedeling van middelen aan de verschillende collectieve uitgaven mogelijk is;

10. de waarde van *vertrouwen in het systeem* bij de burgerij. Bij afwezigheid daarvan zal men eerder 'oplossingen' zoeken door de regels te ontduiken in het buitenland of via private zorgaanbieders.

Allerdrie de categorieën waarden spelen in de gezondheidszorg een rol. Van een absolute tegenstelling tussen 'zorg' en 'markt' (en 'overheid') zouden wij niet willen spreken. De kwestie is vooral welke de verhouding tussen de drie categorieën waarden is in de verschillende relaties die in bovenstaand schema zijn onderscheiden. In sommige relaties hebben door middel van marktwerking nagestreefde waarden een hogere positie in de rangorde dan in andere relaties. De vraag spitst zich dus toe op de motieven om de verschillende categorieën waarden een bepaalde plaats toe te kennen ten opzichte van elkaar.

Waardeconflicten als motieven voor vermarkting

Als motieven voor vermarkting van de gezondheidszorg worden in de literatuur (a) de hoge kosten, (b) de uitgebreide regulering en (c) de taxatie van actuele problemen

(zoals de wachtlijsten) en toekomstige problemen (zoals de vergrijzing) genoemd. Deze motieven kunnen worden verwoord in termen van waardeconflicten in de oude situatie, die men door middel van vermarkting wil verbeteren.

Zo kunnen de hoge kosten opgevat worden als een conflict op de zorgmarkt tussen de waarden doelmatigheid en macro-economisch beheerste kostenontwikkeling. Vermarkting zou tot lagere kosten moeten leiden, omdat de klanten prijsbewuster zouden worden en concurrerende ondernemers doelmatiger zouden werken dan de huidige bestuurders van de zorgaanbiedende instellingen. Het gevolg zou moeten zijn ofwel méér capaciteit tegen hetzelfde bedrag ofwel lagere macro-economische kosten.

Op de tweede plaats wordt gewezen op veronderstelde overregulering, die niet alleen in de weg zou staan aan efficiënte oplossingen, maar vanwege de 'verscotting' (het opdelen van de zorg in verschillende typen die elk door een ander wettelijk regime geregeld worden) en de vergaande specialisatie óók aan een zorg die de mens als één geheel beschouwt. Overregulering kan worden opgevat als een conflict op de zorgmarkt tussen rechtvaardigheid, solidariteit en macro-economische kostenbeheersing enerzijds en vrij ondernemerschap, persoonlijke verantwoordelijkheid en doeltreffende zorg van goede kwaliteit anderzijds. Deregulering en vermarkting zouden door middel van ondernemerschap deze doelmatigheidswinst kunnen boeken, wellicht zelfs zonder de rechtvaardigheid en de kostenbeheersing aan te tasten. De wachtlijsten in de zorg zijn onder andere op te vatten als een symptoom van deze overregulering; zij representeren een conflict tussen doeltreffende zorg en rechtvaardigheid enerzijds en macro-economische kostenbeheersing anderzijds. De oplossing wordt door verzekeraars en overheid wel gezocht in het vaststellen van een zodanige wachttijd dat de waarden van onbaatzuchtig weldoen en doeltreffende zorg niet onaanvaardbaar aangetast worden, dat wil zeggen dat bijvoorbeeld een hartpatiënt in elk geval korter op behandeling

hoeft te wachten dan de termijn die gemoeid is met een gemiddelde kans op overlijden aan deze kwaal. Omdat deze oplossing van de waardebotsing, zeker als een stijging van het aantal patiënten niet door méér preventie kan worden afgewend, een opwaartse druk oplevert op de macro-economische kostenbeheersing, neemt de pressie op grotere doelmatigheid door vermarkting toe.

De taxatie van actuele en toekomstige problemen heeft betrekking op een conflict op de zorgmarkt en de zorginkoopmarkt tussen een groeiende aanspraak op zorg en de macro-economische norm van beheerste kostenontwikkeling. Meer in het algemeen wordt de hypothese van de Amerikaanse econoom W. Baumol hier in het geding gebracht, die in 1967 stelde dat de arbeidsproductiviteit in de zorgsector niet in die mate kan toenemen als in de industrie, omdat het een arbeidsintensieve sector blijft waar minder automatisering mogelijk is. Werkers in de gezondheidszorg meten hun salarissen echter wel af aan wat elders verdiend kan worden. De werkgevers moeten daarin op een bepaald moment wel meegaan. Dat betekent dat de prijs van de zorg sneller stijgt dan de prijs van industriële producten. Per saldo zal een steeds groter deel van het Nationaal Inkomen naar de zorgsector moeten, aldus Baumol. De samenleving accepteert deze consequentie echter niet en kiest voor kostenbeheersing om de collectieve lastendruk concurrerend te houden met het buitenland. Vermarkting van de zorg leidt dan tot een geringer beslag op collectieve middelen, waartegenover uiteraard méér private middelen moeten staan. Deze zouden kunnen worden opgebracht uit de stijgende (pensioen)inkomens.

De vraag is nu ten eerste of vermarkting deze waardeconflicten oplost en ten tweede of ze geen nieuwe conflicten introduceert, die nog groter zijn dan de bestaande. Wij richten de aandacht daarbij vooral op de zorgmarkt, de zorginkoopmarkt en de verzekeringsmarkt. De arbeidsmarkt en de toeleveringsmarkt blijven buiten beschouwing, omdat de geschetste problemen zich niet op de eer-

ste plaats daar voordoen, maar in de andere drie deelmarkten.

4. Van wie is de vraag om vermarkting afkomstig? Wie heeft het meeste baat bij vermarkting in de gezondheidszorg?

Alvorens de aan het slot van de vorige paragraaf gestelde vraag te beantwoorden, voeren wij eerst nog de dimensie van de macht en de belangenstrijd aan onze analyse toe. Wij doen dat op de eerste plaats omdat wij veronderstellen dat taxaties van beleidseffecten wel een rol spelen in besluitvorming, maar een geringere rol dan politieke haalbaarheid en de handhaving van macht en invloed van regerende instanties. Ten tweede leiden poldermodel-procedures er ook toe dat de resultante van de besluitvorming niet meer is terug te voeren tot afzonderlijke persoonlijke rationale wilsbesluiten. Niemand wil dan eigenlijk het resultaat en toch gebeurt het. Ook trends en de tijdgeest spelen een rol. Tezamen een bundeling van anonieme krachten, die onvrijheid veroorzaakt. Er zijn achteraf wel groepen en personen te noemen die financiële winst behalen of méér macht en invloed krijgen, maar zij blijven vaak vaag en moeilijk grijpbaar. Hun winst blijft lang in nevelen gehuld en wordt pas duidelijk als het proces onomkeerbaar is geworden.

Hoewel het wetenschappelijk bureau van de vvd al eerder beleidssuggesties in die richting deed, neemt men aan dat de eerste breder gedragen voorstellen voor marktwerking in de gezondheidszorg dateren uit 1987. In dat jaar stelde een door het CDA/vvd-kabinet-Lubbers II ingestelde commissie onder voorzitterschap van oud-Philips-topman Dekker een concurrerende basisverzekering voor. De door het denken van het bedrijfsleven geïnspireerde commissie moest politieke en bestuurlijke patstellingen doorbreken, die aan macro-economische kostenbeheer-

sing van de gezondheidszorg in de weg stonden. De voorstellen werden in het CDA/PVDA-kabinet-Lubbers III door PVDA-staatssecretaris Simons tot speerpunt van het beleid verheven, maar zijn slechts zeer gedeeltelijk uitgevoerd. In de visie van de kabinetten-Kok I en II is alleen bij de aanvullende verzekeringen, dat wil zeggen: in het 'derde compartiment' van de zorg (naast het eerste compartiment van de AWBZ- en het tweede van de ziekenfondsverstrekkingen) ruimte voor marktwerking. De belangrijkste drijvende kracht achter deze beleidsvoorstellen lijkt de aan het eind van de vorige eeuw sterk levende noodzaak tot gezondmaking van de overheidsfinanciën te zijn geweest. Nu dit doel langs andere weg (waaronder de budgettering en de loonmatiging in de gezondheidszorg) lijkt te worden bereikt, neemt de hierdoor gemotiveerde animo voor vermarkting af.

Tegelijk kan worden geconstateerd dat er een tendens blijft bestaan in de richting van individualisering en vraaggestuurde zorg. Deze tendens kan niet alleen verklaard worden uit de liberale ideologie als drijvende factor. Er is onmiskenbaar ook een ontwikkeling in de samenleving in die richting: mensen zijn beter opgeleid dan vroeger, eisen hun individuele rechten op en laten zich niet meer paternalistisch behandelen. De maatschappelijke instituties worden daaraan aangepast. Die tendens is niet alleen zichtbaar bij de regeringspartijen van het kabinet-Kok, maar ook bij het CDA, de SER en de vakbeweging. De kwestie die hieruit voortvloeit is of individualisering en vraagsturing per definitie leiden tot commerciële marktwerking, dan wel of er nog andere varianten zijn die aan deze tendens recht doen.

Een tweede krachtenveld dat belang zou kunnen hebben bij vermarkting van de gezondheidszorg wordt gevormd door de banken, de commerciële verzekeraars, het bedrijfsleven en afzonderlijke ondernemers. De laatsten hebben op de zorgmarkt niet veel ruimte gekregen: particuliere klinieken wordt door de overheid nauwelijks méér

toegestaan dan paramedische verrichtingen. Ook het 'commercieel gaan' van ziekenhuizen door bovenop de non-profitactiviteit een commercieel aanbod 'in de markt te zetten' heeft geen toestemming van de Tweede Kamer verkregen. Op de verzekeringsmarkt ligt het anders. Zodra duidelijk werd dat de ziekenfondsen ook buiten de grenzen van hun regionale verzorgingsgebieden mochten gaan opereren en dus concurreren (hoewel de nominale premie nog te weinig bandbreedte lijkt te hebben om werkelijk als prijsinstrument te kunnen fungeren), zijn er fusieprocessen op gang gekomen tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars, waarbij op de achtergrond banken en commerciële verzekeraars een sturende invloed trachtten uit te oefenen teneinde door het bewerkstelligen van grote marktaandeelen schaalvoordelen te realiseren. Er zijn nu achttien zorgverzekeraarsgroepen actief in Nederland, waarbij landelijk gezien de vijf grootste méér dan 70% van de markt in handen hebben. Als twee van de vijf grote verzekeraars fuseren of hun marktaandeel met tien tot vijftien procent uitbreiden ontstaat formeel een oligopolistische situatie, die de Nederlandse Mededingingsautoriteit tot ingrijpen zou kunnen nopen.⁵ Grote winsten worden op deze markt overigens niet geboekt, de ziektekostenverzekeringen zijn nauwelijks winstgevend. Verzekeraars zijn daarin vooral geïnteresseerd vanwege klantenbinding aan pakketten die meerdere verzekeringen omvatten.

Een derde krachtenveld achter de vermarkting van de gezondheidszorg wordt gevormd door het beleid van de Europese Unie. De EU onderscheidt in haar regelgeving alleen marktsystemen en statelijke systemen, het in Noordwest-Europa gebruikelijke tussengebied van private organisaties die publieke belangen dienen, wordt in toenemende mate voor de keuze gesteld om ofwel bedrijfsmatig te gaan opereren ofwel onderdeel te worden van een door de overheid geregeld en bestuurd verzorgingssysteem. Feitelijk heeft deze invloed zich nog niet werkelijk gemanifes-

teerd, maar zij wordt in de komende jaren wel verwacht, tenzij de Europese regelgeving onder politieke druk een beter op onze werkelijkheid afgestemd karakter zou krijgen. Deze politieke discussie is volop gaande.

De conclusie luidt dat de drijvende kracht achter de eventuele vermarkting van de Nederlandse gezondheidszorg een op zichzelf terechte zeer grote bezorgdheid over de openbare financiën geweest is, van achtereenvolgende kabinetten van verschillende politieke samenstelling. Het politieke onvermogen om tot sanering te komen heeft deze kabinetten verleid om naar bedrijfsmatige oplossingen te zoeken. Deze oplossingen zijn echter niet of nauwelijks gerealiseerd. Dat wijst er enerzijds op dat de weerstanden tegen vermarkting binnen het systeem en binnen de politiek groot zijn, terwijl anderzijds een privaat financieel belang ten gunste van vermarkting ontbreekt. Het lijkt erop dat er geen beslissende actoren zijn die baat hebben bij vermarkting. De belangrijkste drijvende kracht is behalve een ideologische, een meer algemene trend in de richting van individualisering in de samenleving, die ertoe leidt dat maatschappelijke instellingen, zoals de zorgsector, meer een vraaggestuurd dan een aanbodgestuurd karakter krijgen aangemeten.

5. Wat betekent introductie van commerciële marktwerking voor de oplossing van de geschetste problemen en welke waarden zijn daarbij in het geding?

Wij bezien deze vraag voor de drie belangrijkste deelmarkten afzonderlijk, alsmede voor het gehele systeem.

Het gehele systeem

Tegen het argument dat vermarkting leidt tot lagere kosten pleit dat de Amerikaanse gezondheidszorg, die overwegend op commerciële leest is geschoeid, een groter beslag

legt op het Nationaal Inkomen dan de overwegend niet-commerciële Nederlandse zorg, die volgens deskundigen ook nog eens betere kwaliteit levert. Veel Amerikanen zijn niet verzekerd, waardoor ze te laat naar de dokter gaan en hun behandeling per saldo duurder wordt. Marktwerking dient derhalve niet het gehele systeem te bepalen. Telkens zal op deelmarkten verkend moeten worden in hoeverre marktelementen de doelmatigheid en de kostenbeheersing bevorderen, zonder de andere waarden te schaden en zonder elders in het systeem onaanvaardbare effecten te veroorzaken.

Deze benadering, die is gebaseerd op 'simultane realisatie' van alle genoemde waarden, betekent dat er één instantie dient te zijn die voor het gehele systeem en voor zijn delen kan bepalen of er marktwerking mag worden geïntroduceerd. Die instantie kan alleen de nationale overheid zijn, omdat zij de enige actor is die het gehele systeem kan overzien en die de bevoegdheid en het vermogen bezit om de toelating van marktelementen te regelen. Als het Europese recht die rol onmogelijk maakt, dient ofwel het Europese recht gewijzigd te worden, ofwel dient de Europese overheid die rol, met inachtneming van een door het subsidiariteitsbeginsel bepaalde taakverdeling tussen haar en de lidstaten, zelf te gaan vervullen.

De waarde van beheerste kostenontwikkeling is medio jaren tachtig door de overheid aangegrepen om door middel van budgettering (van het volume van de verstrekte zorg) en plafonnering (van de premies die onder de collectieve lastendrukdefinitie vallen⁶) de groei te beperken tot de demografische factor (vergrijzing). Dat heeft tot spanningen geleid met betrekking tot de waarden weldoen, kwaliteit, rechtvaardigheid, vrijheid en verantwoordelijkheid. De vraag is of een grotere vrijheid tot vaststelling van de premies door de verzekeraars ten behoeve van door hen namens hun verzekerden te contracteren zorgvolumina van een bepaalde kwaliteit, niet beter aan deze waarden recht doet. De zorgaanbieders zouden dan van de budget-

tering ontheven moeten worden. Omdat een dergelijke ontheffing echter op haar beurt botst met de waarden 'rechtvaardigheid/solidariteit' (de lagere inkomensgroepen kunnen de premies dan moeilijker opbrengen) en 'beheerste kostenontwikkeling' (het beslag op het Nationaal Inkomen zal stijgen), zullen daarvoor oplossingen gevonden moeten worden.

De botsing met de wens tot beheerste kostenontwikkeling kan worden opgelost door de vervanging van de procentuele premie door een nominale premie, die niet onder de definitie van de collectieve lastendruk valt. De botsing met 'solidariteit/rechtvaardigheid' is van inkomenspolitieke aard: introductie en verhoging van nominale premies zijn denivellerend, vergeleken met de op draagkracht/solidariteit gebaseerde procentuele premies, en treffen dus de lagere inkomens. Een oplossing voor dit probleem wordt gezocht in een plafonnering via de belastingen van de kosten die een huishouden per jaar aan gezondheidszorg betaalt. Komen deze kosten boven een bepaald normbedrag dan past de fiscus bij. Per saldo wordt het solidariteits-element uit de verzekeringssfeer gehaald en overgebracht naar de fiscale sfeer. Er blijft in het door dit normbedrag bepaalde plafond dus een verantwoordelijkheid van de overheid bestaan, die een open eind karakter draagt. Stijgende zorgkosten zullen immers tot een stijgend plafond aanleiding geven. Tegenover dit probleem staat de oplossing van een grotere doelmatigheid door meer concurrentie tussen de verzekeraars, die zich kan vertalen in lagere premies of meer zorgaanbod tegen dezelfde kosten. Op zichzelf is dit probleem niet nieuw, bij de individuele huursubsidie gebeurt precies hetzelfde.

Als deze beide oplossingen aanvaardbaar worden geacht, komt er dus een sterker marktelement in de gezondheidszorg in die zin dat de verzekerde ervoor kan kiezen om door het betalen van een hogere nominale premie méér en betere zorg voor zich te laten inkopen door zijn verzekeraar. Het aandeel van de kosten van de gezond-

heidszorg ten laste van het Nationaal Inkomen kan daarmee oplopen, maar het aandeel dat de zorgpremies in de collectieve lastendruk opeisen kan beheerst blijven. Aldus zouden de verantwoordelijkheid en de beslissingsmacht van de zorgwerkgevers ten opzichte van de beschikbare loonsom eveneens toenemen, zodat ook de arbeidsvoorwaarden in de zorg minder door de overheid worden bepaald en méér door de verantwoordelijken zelf.

De zorgmarkt

Introductie van commerciële marktwerking in de curatieve gezondheidszorg zou betekenen dat artsen op prijs en kwaliteit moeten gaan concurreren om de gunst van patiënten en verzekeraars te verwerven. De patiënt zoekt daarbij naar de beste zorg en is soms bereid daar veel voor te betalen; de verzekeraar zou uit zijn op de goedkoopste zorg tegen een aanvaardbare minimumkwaliteit. Concurrentie creëert een potentieel belangenconflict tussen artsen onderling, tussen artsen en patiënten en tussen artsen en verzekeraars. De waarden die in de arts-patiëntrelatie in het geding zijn, kunnen in gevaar komen als de tucht van de zorginkoopmarkt de arts dwingt tot opportunistisch gebruik van zijn informatievoorsprong door de patiënt de goedkope variant met aanvaardbare minimumkwaliteit voor te leggen en de betere te verzwijgen.⁷

In de sfeer van de *cure*⁸ is de relatie tussen zorgaanbieder (artsen, tandartsen, fysiotherapeuten en apothekers) en zorgvrager ongelijk. Enerzijds zijn er de nood en de afhankelijkheid van de patiënt, anderzijds is er de deskundigheid van de arts. De patiënt kan zich geen oordeel vormen over de kwaliteit van het product, hij weet niet eens welk product hij nodig heeft. Omdat de zorg in principe een eenmalig proces in een hulpbehoevende situatie is, is vergelijkend warenonderzoek voor de patiënt niet goed mogelijk. De ook door het Ministerie van Volksgezondheid bevorderde toepassing van internet ter verbreiding van medische informatie zal meer zelfzorg, een zinvolle

community-vorming tussen patiënten en een verbetering van het contact met de arts kunnen bewerkstelligen.⁹ De vraag of dit de patiënt werkelijk in een zodanig betere positie ten opzichte van de deskundigheid van de arts brengt, dat een afweging van de verschillende waarden die leidt tot meer concurrentie tussen artsen gerechtvaardigd zou zijn, beantwoorden wij echter vooralsnog negatief.¹⁰

De patiënt heeft dus garanties nodig dat de arts zich tot het uiterste inspant om zijn nood te verhelpen en dat deze zich niet laat leiden door commerciële motieven of door belangen van derden. De morele waarde van het onbaatzuchtig weldoen en de medisch-technische waarde van goede kwaliteit verschaffen deze garantie, voorzover dat mogelijk is. Er is een aantal systeemkenmerken die deze waarden ondersteunen, zoals de intercollegiale toetsing en het medisch tuchtrecht, op hun beurt van *countervailing power* voorzien door het toezicht door de geneeskundige van de verzekeraar, voorts de mogelijkheid van een *second opinion* en het recht van de patiënt op vrije artskeuze. Deze systeemkenmerken lijken vooralsnog superieur aan op commerciële marktwerking georiënteerde alternatieven. In de curatieve arts-patiëntrelatie dienen de gezondheidszorgwaarden een hogere prioriteit te blijven houden dan door middel van marktwerking nagestreefde waarden. De Tweede Kamer heeft in het voorjaar van 2002 in het kader van de Mededingingswet de huisartsen vrijgesteld van concurrentie.

De relatie tussen verzekeraars en zorgaanbieders kan hierbij constructiever zijn dan welke in bovengenoemde conclusie van Van den Heuvel wordt geschilderd. De veronderstelling dat verzekeraars erop uit zijn dat artsen de goedkoopste zorg bieden die nog aan minimale kwaliteitseisen voldoet, is gebaseerd op Amerikaans onderzoek. Het is daartegenover echter denkbaar dat 'Rijnlandse' gedemocratiseerde verzekeraars, die zich tegenover hun verzekerden moeten verantwoorden over hun beleid (coöperaties, onderlinge waarborgmaatschappijen) en die niet het

winstoogmerk voorop stellen, zich sterk maken voor het omgekeerde: de beste zorg voor de patiënt tegen aanvaardbare kosten.¹¹ Weliswaar hebben zich op de verzekeringsmarkt inmiddels concentraties en fusies voorgedaan ten gunste van grote commerciële verzekeraars, maar nog steeds lijkt het mogelijk dat verzekeraars een kwaliteitsbewakende rol vervullen ten behoeve van hun verzekerden. De verzekeringsgeneeskundige controleert daartoe de verstrekkingen van de door de verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voert kwaliteitstoetsen uit namens de verzekerden. Bij blijvende kritiek wordt de zorgaanbieder niet meer gecontracteerd. In dit geval wordt het informatieverschil tussen arts en patiënt opgeheven door op een geaggregeerd niveau (de gezamenlijke patiënten/verzekerden) deskundigheid in te huren. De kwaliteit van de zorg kan langs deze weg bovendien verbonden worden aan 'gezondheidszorgprofielen', die in levensstijlen, zoals bijvoorbeeld de antroposofie, gecultiveerd worden. In dit perspectief van een minder technocratische en meer levensbeschouwelijk pluriforme gezondheidszorg zou contracteervrijheid voor en concurrentie tussen verzekeraars-zonder-primair-winstoogmerk de kwaliteit van de zorg juist kunnen opstuwen. Dit sociale karakter van de verzekeraars zou kunnen worden beschermd door toelatingseisen die de overheid terzake van de verzekeringsmarkt stelt.¹² Met name op dit punt zou de Europese regelgeving waarschijnlijk gewijzigd moeten worden.

In de sfeer van de *care* ligt de relatie tussen zorgvrager en zorgaanbieder anders dan in de sfeer van de *cure*. Het informatieprobleem speelt hier veel minder een rol. Er is dan ook inmiddels een ontwikkeling op gang gebracht om de positie van de zorgvrager te versterken, bijvoorbeeld door een marktachtige benadering als het persoonsgebonden budget dat de zorgvrager van de verzekeraar ontvangt en waarmee hij of zij een zorgverlener naar eigen goeddunken kan inhuren. Een dergelijke benadering past bij de

grotere mogelijkheden die de *care*-ontvanger heeft om de kwaliteit van de zorg te beoordelen.

De verzekeringsmarkt

Zorgverzekeraars (de voormalige ziekenfondsen, te onderscheiden van particuliere verzekeraars) mogen hun diensten sinds 1992 in het hele land aanbieden, waardoor er in theorie regionaal concurrentie kon ontstaan en het natuurlijke monopolie van de voormalige ziekenfondsen werd doorbroken. De bedoeling was een prikkel te genereren om efficiënter zorg in te kopen, die vervolgens tot een lagere nominale premie zou kunnen leiden, of tot méér service. Door overnames en fusies heeft dit geleid tot een afname van het aantal verzekeraars van 31 naar 18, waaronder vijf grote en dertien kleine. De situatie is (opnieuw) bijna oligopolistisch. De meeste verzekerden zijn niet overgestapt naar een andere verzekeraar: 80% komt thans nog uit het oorspronkelijke afzetgebied; gecorrigeerd voor verhuizingen is één op de tien verzekerden van verzekeraar veranderd. De overigen kunnen overigens welbewust zijn gebleven. De 'consument' kiest dus traditioneel, waarbij de keuze kan worden bepaald door tevredenheid over de service, door de specifieke aanvullende zorgverzekering (derde compartiment) of door de verschillen in nominale premie (bandbreedte: van 11,25 tot 18,45 euro per maand). Actievere voorlichting over prijs en kwaliteit zou de concurrentie kunnen bevorderen, omdat de inschatting is dat een premieverschil van 2,70 euro per maand de klant naar de concurrent laat overstappen. Naar verwachting komt in 2005 60% uit het oorspronkelijke afzetgebied, in 2012 50%.¹³ Méér concurrentie hoeft echter niet méér efficiëntie te betekenen, zoals blijkt uit de effecten van concurrentie op de zorginkoopmarkt. Daarover handelt de volgende paragraaf.

De zorginkoopmarkt

Het overheidsbeleid is erop gericht dat elke zorgverzekeraar met zorgaanbieders onderhandelt en overeenkomsten sluit die op maat zijn gesneden voor de verzekerden. De verzekeraars krijgen daarmee de 'regiefunctie' in de zorg.¹⁴ Dit vraagt van de zorgverzekeraar een sterke onderhandelingspositie. Die positie verzwakt als er veel verzekeraars in een regio zijn, die allemaal afzonderlijk contracten sluiten. Hoewel de verzekeraars in dat geval meer specifieke kwaliteitseisen kunnen stellen, leidt deze situatie tot hogere transactiekosten per verzekerde. Per saldo prikkelt de situatie de verzekeraars die naar lage kosten streven tot fusies en overnames en dus tot afname van concurrentie. Momenteel onderhandelt de grootste regionale verzekeraar namens alle verzekeraars in de regio met de zorgaanbieders. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) heeft hiervoor tijdelijk ontheffing verleend.

Er is dus een dilemma tussen méér concurrentie tussen verzekeraars, ten behoeve van keuzevrijheid van verzekerden, en grotere efficiëntie door een effectieve inkoopmacht te vormen, hetgeen tot minder verzekeraars per regio leidt. Van den Brink schetst enkele opties om uit dit dilemma weg te komen: (1) kleine zorgverzekeraars vormen samen een inkoopcombinatie ten behoeve van onderhandelingen met de zorginstellingen; met de vrije beroepsbeoefenaren blijven ze afzonderlijk contracteren. Uit de jurisprudentie en uit de beschikkingspraktijk van de Europese Commissie blijkt dat zulke inkoopcombinaties circa vijfendertig procent van de verzekerden mogen vertegenwoordigen. (2) de kleine verzekeraars nemen zorg af bij de grootste verzekeraar in de regio die centraal inkoop. De NMa zal dit waarschijnlijk niet goedkeuren, omdat er geen sprake is van concurrentie maar van min of meer gedwongen winkelnering. (3) de zorgverzekeraars die in een regio te klein zijn, treden daar als schadeverzekeraar op (dat wil zeggen dat zij alleen aan hun verzekerden verstrekkingen vergoeden, maar dat zij niet over prijzen, kwaliteit en volu-

me onderhandelen met de zorgaanbieders; dat laten zij aan de grootste verzekeraar in de regio over) doordat zij niet langer verplicht worden zorg in te kopen voor hun verzekerden. Deze variant vergt wel concurrentie tussen regio's zodat door middel van *benchmarking* toch een oordeel kan worden gevormd over de doelmatigheid van de zorginkoop op de punten van prijs en kwaliteit. (4) zorgverzekeraars richten zich op de regio's waar ze de grootste zijn en ze proberen hun gebied aan de randen uit te breiden. Dat zou materieel de situatie van vóór 1992 herstellen, maar formeel niet: het zijn nu de verzekeraars zelf die dit doen, niet de wetgever die ertoe verplicht. Het eerste is in het kader van het mededingingsrecht geoorloofd, het laatste niet.

Zowel voor de verzekeringsmarkt als voor de zorginkoopmarkt hebben wij in de paragraaf over de zorgmarkt voorstellen gedaan die tot een ander type verzekeraars leiden. Met name levensbeschouwelijk geïnspireerde verzekeraars hebben belang bij een eigen contracterings- en controlemogelijkheid terzake van de aan hun verzekerden geboden zorg. Deze wens tot kwaliteitszorg door de verzekeraars en een pluriformiteit van zorgstijlen als men dat wenst, wijzen in de richting van vrijheid voor de verzekeraars om zelf te bepalen hoe zij de zorg willen contracteren. Dit vergt dat de N M a voor het terrein van de gezondheidszorg een speciaal regime hanteert en niet zonder meer algemene criteria voor commerciële marktwerking toepast.¹⁵

6. Conclusie: markt en waarden in de gezondheidszorg

De gezondheidszorg kan worden opgevat als een geheel van onderling afhankelijke subsystemen, waarin simultane realisatie van een aantal waarden geboden is om het geheel tot bloei te brengen. Deze waarden omvatten sectorspecifieke gezondheidszorgwaarden, door middel van markt-

werking nagestreefde waarden en samenlevingswaarden. De door middel van marktwerking nagestreefde waarden en de sectorspecifieke waarden kunnen elkaar soms versterken, maar soms ook schaden. Simultane realisatie van alle waarden vereist niet dat de overheid een totale regierol op zich neemt, maar dat zij de waarderangorde in de verschillende subsystemen bepaalt. De overheid heeft zelfs een te sterke regierol op zich genomen ten gunste van één van de waarden, de wens tot kostenbeheersing. Dat is ten koste van de andere waarden gegaan. Andere oplossingen zijn denkbaar die méér recht doen aan het geheel van de waarden die in het geding zijn. Een bepaald type vermarkting kan daarbij een rol spelen.

In de curatieve zorg zal vermarkting de relatie tussen arts en patiënt meer schade dan goed doen. In de *care* liggen er echter wel degelijk mogelijkheden, bijvoorbeeld door middel van het persoonsgebonden budget, om de positie van de zorgvrager ten opzichte van het zorgaanbod met behulp van een marktbenadering te versterken. Ook concurrentie tussen verzekeraars, mits gebonden aan toelatingseisen die hun karakter als 'maatschappelijke onderneming' veiligstellen, kan een welkome stimulans voor een beter functionerende gezondheidszorg opleveren. Om verzekeraars een regisserende rol te kunnen geven, zonder de waarde van de macro-economische kostenbeheersing te schaden, is het voorts van belang dat de budgettering en de premieplafonnering afgeschaft worden en vervangen worden door een systeem van niet onder de collectieve lastendruk vallende premies. De waarden rechtvaardigheid en solidariteit kunnen daarbij gehandhaafd blijven door de kosten van de gezondheidszorg per huishouden aan een plafond te binden en via de loon- en inkomstenbelasting het meerdere te suppleren. Het resultaat is niet een primair commerciële marktwerking, maar wel een gezonde rivaliteit tussen zorgverzekeraars om ten behoeve van hun verzekerden voldoende zorg met een optimale prijs/kwaliteitsverhouding in te kopen bij de zorgaanbieders. Goed-

koper wordt het niet, maar dat hoeft ook niet. Belangrijk is dat aldus de wachtlijsten kunnen worden teruggebracht naar medisch verantwoorde proporties, zodat de verzekerden daadwerkelijk krijgen waar zij premie voor betalen.

NOTEN

- 1 Als er geconcurrereerd wordt op prijs, dan is er commerciële marktwerking; concurreert men louter op basis van kwaliteit bij gelijke prijs (zoals scholen concurreren om leerlingen), dan is er alleen sprake van marktwerking.
- 2 Dit laatste wijst erop dat het ook om marktrelaties-in-de-tijd gaat: je betaalt premie voor als je ooit ziek wordt. Dat veronderstelt vastlegging van rechten met een lange looptijd en dus een betrouwbare administratie (bureaucratie?).
- 3 Wij vertrokken hierbij van de niet-limitatieve opsomming in: A. van den Heuvel, *Tussen beginsel en belang. Normatieve gedachten over economie, markt en samenleving* (Houten: Den Hertog, 1998), p. 232.
- 4 Als afdwingbaar recht bestaat dit laatste alleen in de contracten tussen particulier verzekerden en de verzekeraars. De artikelen 22 en 25 van de Algemene Verklaring van de Rechten van de Mens en artikel 23 van de Grondwet behelzen enkel een inspanningsverplichting van de overheid, die onder meer gestalte kreeg in de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de aan deze wetten verbonden premieheffing. De laatste tijd zijn verschillende rechtszaken gevoerd om de afdwingbaarheid van de in deze wetten toegezegde verstrekkingen en de rechtmatigheid van wachtlijsten te toetsen. De rechter baseert zijn oordeel daarbij vooral op de mate van inspanning die redelijkerwijze van overheid, verzekeraars en zorgaanbieders gevegd mag worden.
- 5 R.J. van den Brink, 'Een efficiënte ziekenfondsmarkt?', in: *Economisch Statistische Berichten*, 9 maart 2001, p. 220-223.

- 6 Tot de collectieve lastendruk worden gerekend premies, waarvoor een wettelijke verplichting tot afdracht bestaat en waarvan de opbrengst niet vrij door private actoren bestemd kan worden. Met name dit laatste criterium levert een verschil op tussen de wettelijke premies voor ziektekostenverzekeringen en de verplichte wettelijke aansprakelijkheidsverzekering voor automobilisten en motorrijders. Omdat de collectieve lastendruk onderwerp is van politieke afweging en indirect ook van Europese regelgeving in het kader van de Monetaire Unie, kunnen de verzekeraars de premies niet automatisch laten meestijgen met de vraag naar zorg.
- 7 Van den Heuvel, *Tussen beginsel en belang*, p. 242.
- 8 *Cure* richt zich op genezing, heeft een korte tijdshorizon en onttrekt zich grotendeels aan de deskundigheid van de patiënt. *Care* richt zich op verzorging, heeft een lange tijdshorizon en behalve bij patiënten met een mentale stoornis zijn de meeste zorgvragers behoorlijk in staat om de verleende zorg op kwaliteit te beoordelen.
- 9 H. ten Have, 'Arts en patiënt in cybergeneeskunde', in: Charles van der Mast e.a. (red.), *Mens Machine Mens. Nieuwe media en maatschappelijke relaties* (Nijmegen: Valkhof Pers, 2001), p. 109-124, wijst erop dat deze informatie door middel van morele codes gecertificeerd moet worden, willen er geen risico's voor de volksgezondheid optreden doordat aanbieders andere belangen voor ogen kunnen hebben dan die van de patiënt of door kwakzalverij.
- 10 De ervaring hiermee in België toont artsen die wegens een tekort aan betalende patiënten als taxichauffeur moeten bijverdienen. Niet duidelijk is of dit ook de kwalitatief minder presterende artsen zijn, die aldus door marktwerking tot hogere kwaliteit aangezet zouden moeten worden. Een opmerkelijk contrast is wel, dat in Nederland een ver doorgevoerde regulering en planning thans een artsentekort niet heeft kunnen voorkomen, terwijl een ver doorgevoerde marktwerking in België een artsenoverschot laat zien.
- 11 Vergelijk voor een uitleg van de term 'Rijnlandse' de bijdra-

ge van De Jong aan deze bundel over de financiering en het bestuur van bedrijven.

- 12 In de literatuur wordt daartoe wel de figuur van de maatschappelijke onderneming bepleit: een bedrijf dat de winst investeert in de onderneming en geen winstuitkering aan aandeelhouders doet.
- 13 Van den Brink, 'Een efficiënte ziekenfondsmarkt?', p. 221.
- 14 M.T. de Gans, *Herziening overeenkomstenstelsel*, Amstelveen: College voor Zorgverzekeringen, [2000].
- 15 Deze figuur is niet uitzonderlijk. De N M a ontziet thans collectieve arbeidsovereenkomsten en ook voor milieuconvenanten wordt een nuancering van het verbod op kartelafspraken bepleit.