

Verlos ons van het M-woord

Marktwerking in de zorg leidt tot eindeloos geruzie. Voorstanders zeggen dat concurrentie de zorg goedkoper maakt, tegenstanders vrezen juist het omgekeerde. Flip Vuijsje, voormalig hoofdredacteur van *Arts & Auto*, analyseert de meningen en stelt vast dat 'marktwerking' een zo vaag en beladen concept is dat het een zinvol debat verhindert.

TEKST FLIP VUIJSJE

Voorbeeld 1. Het nieuwe akkoord tussen Edith Schippers, ziekenhuizen en zorgverzekeraars, over concentratie en specialisatie van ziekenhuiszorg, kreeg in een commentaar in *de Volkskrant* naast kritiek ook één compliment: de minister maakt hiermee 'een terecht einde aan de mislukte vrije marktwerking'.

Een paar dagen later bracht diezelfde *Volkskrant* nog een commentaar over dit onderwerp. Dat de nieuwe plannen hogere kosten brengen en geen kwaliteitswinst, plusodeloos reizen voor patiënten. Vergelijkbare kritiek, maar met dit verschil dat die tweede auteur hier juist een 'kleffe saus van marktwerking' bespeurde.

Voorbeeld 2. Bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 publiceerde de SP een bundel kritische teksten. Ook

econoom Sweder van Wijnbergen hekelde in zijn bijdrage aan *De zorg is geen markt* het 'blinde maar puur ideologische geloof dat marktwerking lagere kosten betekent'. Maar hij besloot zijn artikel met een pleidooi om het voorbeeld te volgen van het Verenigd Koninkrijk. Daar vormde premier Tony Blair de bureaucratische National Health Service om naar een stelsel 'met meer concurrentie in het aanbod van de zorg'. Met voor ziekenhuizen meer financiële vrijheid, en 'ruim baan voor private winstgestuurde zorgaanbieders'.

Voorbeeld 3. In haar recente proefschrift *De dokter en de tijdgeest* beschrijft Jolanda Dwarswaard de 'bedreiging van de huisartsgeneeskunde' door het beleid van marktwerking. Nieuwe extra >

> vergoedingen voor verrichtingen, zoals het maken van een ECG of een longfunctieonderzoek, ondermijnen de traditionele beroepsethiek. Die was juist gericht op terughoudendheid bij het verlenen van (dure) zorg. Het vroegere systeem van alleen een abonnementstarief (voor ziekenfondspatiënten) was vrij van dit soort foute financiële prikkels.

Maar wacht even, vindt ziekenhuisbestuurder Hans Feenstra, in zijn samen met publicist Willem Wansink geschreven boek *Zo gaat het in de zorg*. Zeker: te veel huisartsen focussen nu op verrichtingen die extra geld opleveren. Maar: "Met marktwerking heeft dit weinig te maken. Eerder is het een bewijs dat er in de zorg onvoldoende samenhang bestaat tussen prestaties en beloning."

Een beleidsakkoord dat voor de ene commentator een welkom einde van de marktwerking is, maar voor een andere – in dezelfde krant – juist een kwalijk staaltje van marktwerking. Een antimarktwerkingboekje met daarin een pleidooi voor meer winst maken in de zorg. Een nieuwe bekostiging van huisartsenzorg waarin de één wel en een ander juist geen marktwerking ziet. 'Marktwerking in de gezondheidszorg' blijkt een bron van grote verwarring.

Wat is dat dan eigenlijk: marktwerking? Volgens economen ongeveer dit: een ongehinderde werking van vraag en aanbod, waarbij alle partijen die bij een mogelijke transactie betrokken zijn, zelf kunnen kiezen hoeveel van een bepaald product, en met welke kwaliteit, ze tegen welke prijs willen verkopen of kopen. Pas je dit toe op ons zorgstelsel, dan kun je hiermee alle kanten uit. En kan, in het aanhoudende debat tussen voor- en tegenstanders van 'meer marktwerking', iedereen moeiteloos zijn eigen gelijk bewijzen.

Want er is, dat bestrijdt eigenlijk niemand, op dat stelsel best wat aan te merken. De kosteneffectiviteit kan beter, net als de gemiddelde kwaliteit van het geleverde. Maar hoe dat komt?

Door te veel marktwerking natuurlijk! Kijk maar naar wat er sinds 2006 allemaal is veranderd. Zorgverzekeraars die ongebreideld concurreren om klanten. Contracteervrijheid voor diezelfde verzekeraars. Nieuwe bekostiging, in zowel de eerste als de tweede lijn, met nadruk op betaling per verrichting of diagnose en behandeling. Vrij onderhandelbare ziekenhuistarieven.

Onzin, vinden juist anderen. Nog steeds verhindert een complex van regels dat partijen vrijelijk hun gang gaan. De verzekeringsplicht voor iedereen. Een door de overheid vastgesteld basispakket. Een acceptatieplicht voor verzekeraars. En een overheid die nog steeds tarieven en maximuminkomens oplegt.

Een paar jaren geleden hield *Vrij Nederland* een enquête onder medisch specialisten. Van alle ondervraagden bleek 83 procent

De relatie tussen arts en patiënt is onvergelijkbaar met die tussen aanbieder en koper van een 'gewoon' product

'marktwerking' af te wijzen. Die uitkomst was geen incident. Steeds opnieuw tonen enquêtes dat medisch professionals weinig van marktwerking willen weten.

Tegelijk hechten veel artsen zwaar aan hun zelfstandigheid, en aan hun status van vrij ondernemer. Voorstellen om alle dokters maar in loondienst te nemen, vinden geen draagvlak.

Hoe kan dit samengaan: tegen marktwerking, maar wel zelf ondernemer willen zijn? Zitten veel dokters in het verkeerde beroep? Is een zelfstandig gevestigd arts die tegen marktwerking is, niet hetzelfde als een piloot die tegen vliegen is, of een brandweerman met een hekel aan blussen?

Of speelt hier opportunisme? Wel willen profiteren van de voordelen van het ondernemerschap, zoals veel geld kunnen verdienen, maar gevrijwaard willen zijn van de tucht van onderlinge concurrentie?

Gelukkig is er een derde mogelijkheid, die meer recht doet aan dit complexe onderwerp, en die is verwoord in de titel van een publicatie van zorgondernemer Jaap Maljers samen met opnieuw Willem Wansink: *Alles is anders in de zorg*.

Het is al vaak gezegd en opgeschreven: de relatie tussen arts en patiënt is onvergelijkbaar met die tussen aanbieder en koper

van een 'gewoon' product. Eén karakteristiek van 'echte' marktwerking, weten economen, is volledige transparantie. Is een situatie waarin alle partijen compleet, en gelijkelijk, zijn geïnformeerd over prijzen en kwaliteit. Maar de zorg kent juist een wezenlijke informatie-ongelijkheid, waarbij patiënten niet zelf kunnen beoordelen wat ze nodig hebben. Dat weet alleen de dokter, wiens voorschrift daarom wet is.

Bovendien is meestal niet de patiënt zelf contractpartner van de aanbieder, maar de verzekeraar. En alleen al deze twee factoren, die informatie-ongelijkheid en die indirecte transactierelatie, maken dat zij die vinden dat 'de zorg geen markt is' het grootste gelijk van de wereld hebben. Niet omdat de zorg geen markt hóórt te zijn. Maar omdat de zorg geen markt kán zijn.

Voor een deel is dit een spel van woorden. Maar in een flink aantal recente publicaties over de toekomst van ons zorgstelsel, bepaalt dat ene 'm-woord' wel de toon van de discussie. En dat is jammer, want achter dat rookgordijn van wellesnietes over 'marktwerking' gaat veel informatie en analyse schuil die juist een helder beeld geeft van de echte issues.

Centraal in alle discussie over marktwerking staat de systematiek van bekostiging en beloning. Het beleid van de afgelopen jaren bracht een verschuiving van vooral 'vaste' bekostiging, zoals een abonnementstarief of strakke budgettering, naar prestatiebekostiging; naar betaling dus per geleverde verrichting of behandeling.

Zij die dit kwalijke marktwerking vinden, weten zeker dat dit aanbieders alleen maar stimuleert om méér en duurdere zorg te leveren, ook als die niet nodig is of zelfs averechtse gezondheidseffecten kan hebben. Hoe gemakkelijk maar eenzijdig deze visie is, is onlangs helder verwoord door zorgbestuurder en -adviseur Yvonne van Kemenade. Het vinden van een goede balans tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie, schrijft zij op het online-platform FD Selections zorg, houdt beleidsmakers al jarenlang bezig maar blijkt gewoon heel lastig. Moet je vooral mikken op de passie die mensen voelen voor hun vak? Of is dit niet voldoende en zijn ook financiële prikkels nodig? Maar hoe voorkom je dan dat mensen 'money-driven' gaan werken?

Van Kemenade schrijft eerlijk dat ze hier zelf niet goed uitkomt. "Het is prima om goed presterende zorgaanbieders financieel te belonen, maar de draad naar

perverse prikkels is erg dun. De vraag of hierin een goede balans te vinden is, wordt misschien wel nooit beantwoord.”

Voorstanders van meer marktwerking maken zich wat minder druk over dat gevaar van ‘perverse prikkels’. Maar hun echte verschil van inzicht met de verklaarde tegenstanders, heeft niets maken met ‘marktwerking’ in eigenlijke zin, maar veel meer met een andere, bredere kijk op de betekenis van de zorgbranche als zodanig. Auteurs als Jaap Maljers en Hans Feenstra, maar ook fiscalist Willem Vermeend en verzekeraar Roger van Boxtel, liggen niet alleen maar wákker van de kosten van onze gezondheidszorg. Zij verwachten dat die blijven stijgen, ook als percentage van ons bruto nationaal product – maar wat is daar eigenlijk op tegen?

Waarom zien wij de bestedingen aan gezondheidszorg alleen maar als ‘kosten’, en niet als de omzet, gelukkig gezond groeiend, van een vitale en innovatieve bedrijfstak? Die alleen maar goed is voor onze economie – inclusief de export, want ook in het buitenland is vraag naar hoogwaardige medische diensten.

Intussen heeft zorgeconoom Marc Pomp uitgerekend dat ook nu al onze macro-bestedingen aan gezondheidszorg verantwoord en renderend zijn. Afgezet tegen gezondheidswinst en gewonnen levensjaren, blijkt iedere euro die wij uitgeven aan gezondheidszorg baten op te leveren ter waarde van 1 euro en 30 cent. Niet toevallig is de ondertitel van Pomps recente boek *De gouden eieren van de gezondheidszorg*.

Toch vindt natuurlijk niemand, ook niet voorstanders van ‘meer marktwerking’, dat elke afzonderlijke extra euro die aan zorg wordt uitgegeven vanzelf ook goed besteed is. Sterker nog: als er iets is waarmee je alle serieuze deelnemers aan het zorgdebat op één lijn kunt krijgen, dan is het wel het inzicht dat ‘incentives’ in de zorgsector primair moeten dienen ter stimulering van *kwaliteit*.

Een mooi voorbeeld van hoe het beladen woord ‘marktwerking’ zo’n consensus versluiert, vinden we in *De derde weg* van Doeke Post, emeritus hoogleraar sociale geneeskunde en invloedrijk deskundige binnen het CDA. Zijn boek leest als één lange kritiek op het marktdenken in de gezondheidszorg, dat essentiële professionele waarden onderuit zou halen en alleen maar leidt tot overbehandeling en kostenexplosie. Totdat op het eind een

nieuw beleid wordt bepleit dat naadloos aansluit, schrijft Post zelf, op wat Michael Porter en Elizabeth Teisberg voorstellen in hun in 2006 verschenen *Redefining Health Care*. En dat is opmerkelijk, want dit lijvige maar wereldwijd veelgeprezen boek vormt juist één groot pleidooi voor meer *competition* in de gezondheidszorg. Geen concurrentie op prijs, zoals nu overheerst in de Verenigde Staten, het thuisland van Porter en Teisberg. In plaats daarvan concurrentie op kwaliteit, die beter presterende en gedreven innoverende zorgaanbieders meer klandizie en omzet bezorgt, en die de slechter presterende dwingt om óók beter te presteren – of ze uit de markt werkt. Maar evenzogoed: concurrentie.

Geen wonder dus dat ook Hans Feenstra en Willem Wansink, in hun boek dat juist waarschuwt tegen overdreven anti-marktdenken, schrijven dat *Redefining Health Care* ‘een boek is dat elke beslisser in de zorg gelezen moet hebben’. Ook laat het boek van Porter en Teisberg zich lezen als één lange echo van een stelling waar Jaap Maljers steeds op hamert. Namelijk dat achter onbewezen doemvoorspellingen van een door marktwerking dreigende ‘tweedeling’ tussen zij die zich wel of geen goede gezondheidszorg kunnen veroorloven, een veel belangrijker tweedeling schuilgaat. Eentje die bovendien al een feit is: het onderscheid tussen zij die, door

Een rookgordijn van welles-nietes over ‘marktwerking’ versluiert een wezenlijke consensus over concurreren op kwaliteit

kennis of door toeval, belanden bij zorgaanbieders die uitstekend presteren; en zij die terecht komen bij minder of slecht presterende aanbieders – vaak zonder dit te weten, ook achteraf, omdat hiertoe de vereiste informatie ontbreekt.

Zo blijken voor- én tegenstanders van ‘marktwerking’ elkaar juist prima te kunnen vinden in een keuze voor concurrentie op kwaliteit. En ze krijgen hierin bijval

van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ), in het nieuwe rapport *Sturen op gezondheidsdoelen*. Daarin stelt de Raad eerst vast dat de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland gemiddeld goed is, net als de toegankelijkheid. Maar het kan wél nog een stuk beter. De stijging van de levensverwachting blijft achter bij andere Europese landen. En verschillen in kwaliteit tussen bijvoorbeeld ziekenhuizen zijn in Nederland onverklaarbaar groot.

De Raad bepleit daarom een systeem van bekostiging dat niet het produceren van verrichtingen belooft, zoals het huidige systeem van diagnose-behandelcombinaties (dbc) en dbc’s op weg naar transparantie (dot) in ziekenhuizen, maar het behalen van resultaten. Ervaringen in binnen- en buitenland, in de eerste en de tweede lijn, laten zien dat ‘sturen op expliciete gezondheidsdoelen op alle niveaus in de gezondheidszorg zinvol, wenselijk en mogelijk is’.

Hoe dit dan precies te realiseren, is iets waar de Raad geen pasklare oplossing voor heeft. En niet iedereen zal overtuigd zijn door de specifieke cases die de revue passeren, zoals een systeemverandering in het Verenigd Koninkrijk die huisartseninkomens deed exploderen. Maar wat *Sturen op gezondheidsdoelen* wél doet, is aansluiten bij een consensus-in-ording over een beter sturingsmechanisme voor de gezondheidszorg. Prestatie-indicatoren, plannen voor een Kwaliteitsinstituut voor de zorg, verzekeraars die selectief gaan inkopen op kwaliteit, het akkoord over concentratie van ziekenhuiszorg. Allemaal actuele signalen die voortbouwen op het gegeven dat het nu ontbreekt aan effectieve prikkels die zorgaanbieders stimuleren tot optimaal presteren.

Met *marktwerking*, een woord dat in het hele RVZ-rapport niet één keer voorkomt, heeft dit allemaal niks te maken. Hoog tijd dus om die term niet langer te gebruiken. Omdat menselijk gedrag in elke context door prikkels kan worden beïnvloed; en praten over prikkels dus niet vanzelf ook een context impliceert van ongeregeerd vraag en aanbod.

En omdat marktwerking geen term is die mensen, professionals én burgers, effectief voor verandering kan enthousiasmeren. Het verwijst alleen maar naar een middel, en niet naar een positief geformuleerd doel. Inruilen dus, dat ‘m-woord’, voor een superieur alternatief. Want *resultaatsturing* in de gezondheidszorg – wie kan daar nou met goed fatsoen tegen zijn? <