

Marktwerking is in de mode als panacee voor de te sterk stijgende kosten in de zorg en het tekortschieten van de kwaliteit van zorg. Wil concurrentie de vruchten afwerpen waarop men hoopt, dan zal aan verschillende voorwaarden moeten worden voldaan. Zo moeten zorgvragers goed geïnformeerd zijn, moeten zij de kosten voelen in hun eigen portemonnee en moeten zij kunnen kiezen uit behandelalternatieven. Marktwerking is eerder ideologisch dan wetenschappelijk gefundeerd. Bezien vanuit de complexiteit van de organisatie en uitvoering van medische zorg is deze benadering dan ook wat simplistisch. De pretenties van de economie als wetenschap zijn overtrokken. Beleid staat of valt met de motivatie van degenen die het werk moeten uitvoeren om hun gedrag ook daadwerkelijk en blijvend aan te passen. Daar is nog nauwelijks oog voor geweest. Ervaringen in de VS geven weinig steun aan marktwerking in de zorg.

In onze westerse wereld is iedereen het over één ding absoluut eens: de kwaliteit van zorg schiet tekort. Bovendien zijn vanuit bedrijfseconomisch perspectief de kosten van de zorg te hoog en is de levering ervan bepaald niet efficiënt en doelmatig. Er wordt al lang naar oplossingen hiervoor gezocht, en nu is er eindelijk een wondermiddel gevonden: marktwerking.¹ Belangrijke stappen naar die gereguleerde marktwerking zijn al gezet: de regiefunctie in de zorg is neergelegd bij de zorgverzekeraars, er is een nieuw zorgverzekeringsstelsel in het leven geroepen, de zorgautoriteit is marktmeester geworden en organisaties van zorgconsumenten hebben een groter aandeel gekregen in de processen van zorg. Nu kan de markt eindelijk zijn heilzame werk gaan doen.

Het vaste vertrouwen in de natuurlijke wijsheid van de markt is inmiddels behoorlijk beschaamd. De eb van de mondiale kredietcrisis heeft onverbiddelijk de gevaarlijke stromingen en verraderlijke muizen en zandbanken in de neoliberale ideeënzee getoond. Hebzucht, machismo en immoraliteit hebben hoogtij gevierd. Om reden van de kredietcrisis is socioloog De Swaan bepaald niet mild in zijn oordeel over de economie: het 'marktisme' is een dwaalleer, een waanidee, verkocht als wetenschap.² Hij bepleit weliswaar geen afschaffing van de vrije markt, maar eist als primaire voorwaarden tenminste een behoorlijke morele inkadering en een trefzekere regulering ervan door de overheid. Marktwerking betekent de facto een ideologische aanpak.

Redenen genoeg dus voor reflectie. Het is tijd om morele kaders te plaatsen, maar ook de hoogste tijd om vanuit medisch-professioneel perspectief de grondslagen en de potentiële gevolgen van de vrije marktwerking te doordenken - mede in het licht van de kredietcrisis - en om de verantwoordelijkheden van werkers in de gezondheidszorg hierbij te verwoorden. Daarover gaat dit artikel.

Maasstad Ziekenhuis Rotterdam, locatie Clara,

afd. Klinische Pathologie, Rotterdam.

Dr.dr. R.W.M. Giard, patholoog, klinisch

epidemioloog en jurist (tevens: Ikazia Ziekenhuis,

afd. Pathologie, Rotterdam)

(rwm.giard@xs4all.nl).

HET IS DE ECONOMIE, DOMOOR!

Welke pretenties heeft de economie aangaande haar rol binnen de gezondheidszorg? Is haar functie vooral descriptief, om fenomenen ex post (achteraf) te analyseren, of juist prescriptief, waarbij ze ex ante aangeeft hoe de huishouding optimaal zou kunnen verlopen? Een klassieke economische ex-post-analyse is relatief eenvoudig: wat voor kosten zijn er gemaakt en wat leverde dat vervolgens op? Is de boekhouding van de zorg, zeker op landelijke schaal, echter wel voldoende op orde om die balans op te maken? Het bleek in het verleden bijvoorbeeld moeilijk te achterhalen waar het extra geld voor de zorg was gebleven en welke effecten dat had gehad. Kan dit door de invoering van marktwerking nu wel worden nagegaan? Met elkaar concurreren brengt ook marketingkosten met zich mee. Tellen we alle kosten, bijvoorbeeld de honderden extra ambtenaren die nodig zijn voor het uitkeren van de zorgtoeslag, dan ook werkelijk mee of rekenen we ons bij de daling van de prijs per product rijk door selectief te zijn met kostenposten?

Marktwerking beoogt de relatief beschermde positie van zorginstellingen en zorgprofessionals open te breken en hen door middel van concurrentie te prikkelen zich qua prijs en prestatie te onderscheiden van hun medestrevers. Dit lukt echter alleen als consumenten (a) goed geïnformeerd zijn, (b) de uitgaven 'voelen' in hun eigen portemonnee en (c) kunnen kiezen uit alternatieven.³ Voor een gereguleerde zorgmarkt moeten dergelijke condities nader worden ingevuld. Om te kunnen kiezen tussen zorgverleners, zorginstellingen en zorgverzekeraars is transparantie - het modewoord van deze tijd - van zowel de kwaliteit als de kosten van zorg nodig.

Een ander zorgstelsel betekent ook andere verhoudingen tussen de betrokken partijen in de medische zorg. De overheid moet een geëffend speelveld met voldoende ijkmomenten ('checks and balances') creëren, waarbij eerlijke concurrentieverhoudingen gewaarborgd zijn en aan minimale kwaliteitseisen wordt voldaan.³

Na vele fusies zijn er vier zorgverzekeraars die samen ruim 80% van het marktaandeel hebben, zodat er nauwelijks sprake kan zijn van echte concurrentie, laat staan van een werkelijke keuze voor de consument.⁴ Kiest de patiënt nu bewust voor een liesbreukoperatie in ziekenhuis A, omdat hij daar sneller beter is? Bepaalt de verzekeraar dat je als patiënt naar een ander ziekenhuis, twintig kilometer verderop, moet gaan, omdat de galblaasoperatie daar het goedkoopst is? Als ziekenhuis X goedkoper blijkt, waarop werden er dan kosten bespaard? Op kwaliteit, op scholing of op de arbeidsvoorwaarden van het personeel? Gaan gewiekste ondernemers de krenten uit de zorgpap halen? Marktwerking creëert uiteindelijk winnaars en verliezers: maar wie wint

er en wie verliest er - en waarom dan? In de thuiszorg heeft de marktwerking vooral verliezen, verliezers en gedemotiveerde zorgverleners opgeleverd, een waar schrikbeeld. In de VS zijn de effecten van het 'marktisme' niet bijster opwekkend, integendeel.⁵ Een studie uit ons land schetst eveneens een somber beeld van de invoering van marktwerking.⁶ Gereguleerde marktwerking vraagt om kunstgrepen en dat maakt zaken in ieder geval véél ingewikkelder. Daarbij moeten we ons bewust zijn van de al bestaande complexiteit van het huidige zorgstelsel.

COMPLEXITEIT

Bevordering, behoud en herstel van gezondheid zijn resultanten van complexe processen die spelen binnen verschillende interactieve systemen - medisch-technische, organisatorische, verzekeringstechnische, maatschappelijke, economische en politieke. De term 'complexiteit' verdient nadere uitleg, aangezien die benaming vaak verkeerd begrepen wordt.⁷ Het systeem van de gezondheidszorg is dynamisch. Het bestaat uit verschillende interactieve onderdelen die op hun beurt vaak weer uit meerdere onderdelen bestaan. Chirurgie, bijvoorbeeld, is een onderdeel van de ziekenhuiszorg dat functioneert door de wisselwerking tussen verschillende kennis- en organisatiesystemen (zoals de polikliniek, de verpleegafdeling, ok-faciliteiten, anesthesiologie, sterilisatie, etcetera). Ook de eerstelijnszorg functioneert in samengestelde verbanden.

Als complex stelsel kenmerkt de gezondheidszorg zich door een hoge mate van zelfstandig organiseren, om ondanks veranderingen doelgericht te blijven functioneren.⁷ De gevolgen van de introductie van marktwerking zijn echter slecht te voorspellen. Marktwerking kan zelfs averechts werken. Zelfstandige diagnostische centra kunnen bijvoorbeeld de zorgconsumptie eerder aanwakkeren dan stroomlijnen.

Bij deze complexiteit moet we ons realiseren dat we bij de introductie van marktwerking te maken krijgen met (a) de eigenschappen van het bestaande zorgsysteem, (b) de intrinsieke eigenschappen van de interventie en (c) de interactie daartussen.^{8,9} Kiezen we voor de benadering vanuit het model van complexe systemen, dan is het traditionele denkkader van orde, regels en lineaire sturing ongeschikt geworden. Dit biedt ruimte voor nieuwe perspectieven en andere methoden,¹⁰ maar het dwingt ook tot nadenken; je kunt systemen namelijk maar tot een bepaald niveau complex maken, daarna houdt het op. Moeten we ons niet afvragen hoe we zaken simpeler kunnen maken? Wordt het niet eens tijd om toe te geven dat we niet alles onder controle kunnen krijgen?

Bij de beoogde kostenbesparing door middel van marktwerking in de geneeskundige zorg ontstaat de volgende

paradox. De cruciale aanjager van ondernemingslust is de mogelijkheid om op enige termijn winst te kunnen maken. De vraag naar zorg is in principe onbeperkt. De medische technologie staat niet stil, biedt daardoor meer mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling, hetgeen de zorgvraag vergroot.

GEDRAGSBEÏNVLOEDING

Wie spreekt over marktwerking, doet dat in termen van onpersoonlijke krachten. Elk economisch-maatschappelijk systeem wordt gedragen door mensen die op de werkvloer hun dagelijkse taken verrichten. Als ze beter, harder of efficiënter moeten werken, dan zal hun gedrag moeten veranderen. Er is maar een beperkt aantal gedragsmechanismen dat ervoor kan zorgen dat wetgeving doet wat ze moet doen.¹¹ Een van deze mechanismen loopt langs de weg van economische prikkels, maar beslist onder voorwaarden.¹²

Vanuit professioneel perspectief heb ik ernstige bedenkingen tegen de invoering van marktwerking in de Nederlandse zorg. Is deze invoering werkelijk een 'evidence-based curatieve therapie' of is het 'beleidshomeopathie'?²¹ Er wordt te veel overhoop gehaald. Een dergelijke vermarktingspolitiek is even modieus als naïef; de theoretische onderbouwing ervan is armzalig en het nut ervan is praktisch niet bewezen, integendeel zelfs.

De belangrijkste bedrijfsmiddelen van de arts zijn diens medische kennis en diens tijd voor patiëntenzorg. Hoe

complexer en gereguleerder het systeem, hoe meer regels om op te volgen en hoe groter de behoefte aan management. Zorgprofessionals moeten temidden van deze uitdijende bureaucratie met haar talrijke vergaderingen maar zien te overleven. Zij raken hun individuele verantwoordelijkheid meer en meer kwijt, voelen zich vreemd en merken dat er steeds minder tijd is voor de patiënt en voor verbetering van de eigen kennis en vaardigheden. Hebben we het doel van de eerste-, tweede- en derdelijns medische zorg uit het oog verloren? Zorgverzekeringen hebben toch primair een maatschappelijke functie.

Ja, er liggen grote problemen die om oplossingen vragen en waarvoor wij als medici ook verantwoordelijkheid moeten durven dragen, en ja, er zullen veranderingen nodig zijn. Tegenover deze politieke middelmatigheid moet een wetenschappelijk front met een brede blik in stelling worden gebracht: er moet interdisciplinair onderzoek komen naar betere modellen van zorgverlening en we moeten vooral ook leren zicht te krijgen op wat werkt en wat niet.^{11,12} Dat gaat echter stap voor stap.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 29 januari 2009

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2009;153:A153

[➤ Meer op www.ntvg.nl/perspectief](http://www.ntvg.nl/perspectief)

LITERATUUR

- 1 Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2008.
- 2 De Swaan A. Hoe wetenschap plots een meninkje werd. NRC Handelsblad oktober 30 2008.
- 3 Enthoven AC. Market forces and efficient health care systems. Health Aff (Millwood). 2004;23:25-7.
- 4 'Marktwerking in de zorg faalt'. Trouw december 17 2008.
- 5 Nichols LM, Ginsburg PB, Berenson RA, Christianson J, Hurley RE. Are market forces strong enough to deliver efficient health care systems? Confidence is waning. Health Aff (Millwood). 2004;23:8-21.
- 6 Custers T, Arah OA, Klazinga NS. Is there a business case for quality in the Netherlands? A critical analysis of the recent reforms of the health care system. Health Policy. 2007;82:226-39.
- 7 Rickles D, Hawe P, Shiell A. A simple guide to chaos and complexity. J Epidemiol Community Health. 2007;61:933-7.
- 8 Lessard C. Complexity and reflexivity: two important issues for economic evaluation in health care. Soc Sci Med. 2007;64:1754-65.
- 9 Shiell A, Hawe P, Gold L. Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. BMJ. 2008;336:1281-3.
- 10 Kernick D. Wanted - new methodologies for health service research. Is complexity theory the answer? Fam Pract. 2006;23:385-90.
- 11 Leeuw FL. Gedragsmechanismen achter overheidsinterventies en rechtsregels [oratie]. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2008.
- 12 Hodgson GA. An institutional and evolutionary perspective on health economics. Cambridge Journal of Economics 2008;32:235-56.