

De zorgzame markt

Tom Groot

Het kabinet is na een tumultueuze periode, waarin niet de meest verheffende publieke debatten zijn gevoerd, uiteindelijk demissionair geworden. Bij nader inzien is de timing eigenlijk niet eens zo ongelukkig: kort na de val van het kabinet publiceerden twintig ambtelijke commissies hun voorstellen voor 35 miljard euro aan bezuinigingen om de structurele overheidstekorten weg te werken. Politieke partijen maken hun keuzes uit deze voorstellen en kiezers kunnen vervolgens bepalen welke partij volgens hen met de beste oplossingen komt. We hebben zelden een zo mooi voorbereide verkiezingsstrijd meegemaakt. Dit is het goede bericht. Maar er zit ook een mogelijke schaduwkant aan deze ontwikkeling. Politieke partijen dreigen met ambtelijke voorstellen aan de haal te gaan en complexe zaken door de politieke retoriek tot versimpelde keuzes te reduceren. Dit dreigt zich uiteraard het meeste voor te doen in de sectoren die politiek de meeste aandacht krijgen, zoals de hypotheekrenteaftrek, de AOW-discussie, het onderwijs en de zorg. Ik wilde het in deze column vooral over de zorg hebben, omdat van deze sector verwacht wordt dat hij de grootste bijdrage aan de bezuinigingen levert (zo'n 6,5 miljard bij de huisartsen en ziekenhuizen en 4,5 miljard euro op de langdurige zorg), terwijl juist de politiek gevoelige discussies over de zorg gemakkelijk kunnen ontaarden in valse tegenstellingen en onoplosbare twistpunten.

Markt of budget

Een centraal onderwerp in de politieke discussies is de marktwerking in de zorg. Het CDA wijt de huidige uitgavenexplosie in de zorg aan 'de vergaande collectivisering van persoonlijke verantwoordelijkheid' en verwacht met de marktwerking honderden miljoenen euro's extra te besparen. De PvdA heeft zich onlangs tot een sterke tegenstander van de marktwerking verklaard, omdat het zal leiden tot louter aandacht voor het geld en niet voor kwaliteit van de zorg. Het lijkt wel of de marktdiscussie in de zorg leidt tot een tweedeling: óf je bent er voor óf je bent er tegen. Dit is nou een typisch voorbeeld van politieke retoriek die aan de complexiteit van de materie geen recht doet.

Laten we daarom eens proberen het vraagstuk van de marktwerking in de zorg nader te bekijken. In de eerste plaats de zorgproducten zelf: lenen die zich eigenlijk wel voor marktwerking? Sommige producten, zoals hooggespecialiseerde zorg en acute zorg, komen onder vrije marktwerking niet in de mate tot stand die nodig is voor de huidige vraag. Hierbij is een actieve overheid noodzakelijk. Echter, de meeste producten zijn bemoeigoederen met interne en externe effecten. Er zijn goede redenen om mensen te helpen toegang te krijgen tot zorgproducten: zij worden er zelf veel beter van en ook de maatschappij heeft baat bij zorgconsumptie die leidt tot verhoging van het gezondheidsspeel van de bevolking. Marktwerking is hier wel mogelijk, maar leidt zonder sturing en ondersteuning niet altijd tot de meest wenselijke voortbrenging. Ten slotte is er de electieve zorg die het leven vergemakkelijkt en verfraait, maar die niet strikt noodzakelijk is, zoals cosmetische behandelingen. Vrije prijsvorming kan hier wellicht tot een beter maatschappelijk evenwicht leiden dan budgetgewijze sturing van vraag en aanbod. Dan zijn er de marktpartijen: patiënten zijn in het algemeen niet goed geïnformeerd om een actieve klantrol te vervullen en dienen derhalve te worden bijgestaan door goed geïnformeerde verzekeraars. Zorgaanbieders lijken op dit moment ook niet goed op hun rol te zijn voorbereid, daar ze vaak niet over relevante productie- en kostengegevens beschikken om optimale productiebeslissingen te nemen. In de afgelopen jaren is juist op het gebied van het verbeteren van de voorwaarden voor marktwerking veel werk verricht. Ik wil die eerst even nader bekijken om vervolgens terug te keren naar de vraag naar de optimale coördinatievorm in de zorgmarkt.

Van budget naar markt

Vóór 1983 was overwegend sprake van een declaratiestelsel: ziekenhuizen declareerden hun verrichtingen tegen vastgestelde tarieven bij de overheid en kregen op deze wijze hun kosten vergoed. Een stelsel dat weliswaar op een markt

lijkt vanwege het prestatiegeoriënteerde declareren, maar dat sterk werd gedomineerd door de vastgestelde tarieven en andere regels in de sector (toelating zorgverleners, goedkeuring investeringen enzovoort). In 1983 werd de externe budgettering ingevoerd, waardoor ziekenhuizen werden geconfronteerd met een uitgavenplafond. De bedoeling was helder: zorgaanbieders kregen de opdracht binnen het gegeven financiële budget tot optimale zorgverlening te komen. Dit heeft zeker geleid tot een succesvolle kostenbeheersing. Maar het heeft ook tot nadelen geleid: zorginkopers (de verzekeraars) waren niet in staat hun rol naar behoren te spelen, er was een suboptimale benutting van capaciteit, het gedrag van op productieaantallen bekostigde specialisten liep uit de pas met het beleid van de gebudgetteerde ziekenhuizen, en budgetten leidden tot schaarste die tot uitdrukking kwam in wachtlijsten en rantsoenering van zorg. In het nieuwe millennium zijn enkele belangrijke hervormingen doorgevoerd die erop zijn gericht een vorm van marktwerking mogelijk te maken. De vraagzijde van de zorgmarkt is versterkt door de introductie van de Zorgverzekeringswet in 2006. Hierdoor zijn alle Nederlanders verplicht zich te verzekeren voor het basispakket en geldt voor verzekeraars een acceptatie- en zorgplicht. Zo kunnen verzekeraars patiënten met een hoge zorgzwaarte niet van zorgbemiddeling uitsluiten (het tegengaan van het adverse selection-effect). Tevens wordt de ex-post verevening voor verschillen in zorgzwaarte afgeschaft, waardoor zorgverzekeraars worden aangezet tot doelmatiger zorginkoop. De aanbodbak van de zorgmarkt is sinds 2005 transparanter gemaakt door de introductie van Diagnose-Behandel Combinaties (DBC's): productdefinities waarin aard van de zorgvraag, de diagnose en het behandeltraject zijn gespecificeerd. De DBC's moeten ervoor zorgen dat marktpartijen ten behoeve van het maken van contractafspraken over relevante productie- en kostengegevens beschikken. Ten slotte probeert de overheid de werking van de zorgmarkt te verbeteren door de regelgeving te verminderen, bijvoorbeeld door de afschaffing van het bouwregime in 2008, waardoor zorginstellingen een grotere vrijheid hebben bij het nemen van capaciteits- en investeringsbeslissingen. De overheid blijft overigens verantwoordelijk voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg; het toezicht op naleving van de spelregels ligt in handen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Naast deze voorwaardenscheppende hervormingen is men ook al geleidelijk gestart met de introductie van vrije onderhandelingen tussen zorgvragers en aanbieders over prijs, kwaliteit en omvang van een beperkt aantal planbare en electieve zorgproducten. In 2005 betrof dit 10%, in 2008 20% en in 2009 zelfs 34% van de totale zorgproductie. In de ontwikkelingen van de afgelopen jaren vallen de volgende zaken op: er wordt geen drastische draai van budget naar markt

gemaakt, maar marktwerking wordt heel geleidelijk en slechts voor een beperkte selectie zorgproducten ingevoerd. Marktpartijen worden vooral uitgerust met instrumenten die hun behulpzaam kunnen zijn bij het maken van productieafspraken. Hierbij gaat het ook om afspraken die niet onder een systeem van volkomen vrije marktwerking tot stand kunnen komen. Voor de meeste producten moeten de exacte spelregels in een (deels gereguleerd) marktsysteem nog worden vastgesteld.

Maatwerk

De les die we hieruit leren, is dat de zorgmarkt geen homogene markt is: op een gewone markt zijn sommige zorgvragers (namelijk die met hoge gezondheidsrisico's) onbemiddelbaar en komt de productie van sommige (vooral dure gespecialiseerde) zorgproducten niet tot stand. In deze omstandigheden is de werking van een zichtbare hand van de marktmeester gewenst. In andere gevallen ligt het meer voor de hand de markt haar werk te laten doen. Deze zal er immers voor zorgen dat tegen niet al te hoge transactiekosten een efficiënte allocatie van middelen tot stand komt. Hebben we dan in deze eindsituatie een vrije markt in de zorg? Ik ben overtuigd van niet: het NZa zal voortdurend erop toe moeten zien dat de markt transparant blijft, dat informatie over zorgproductie, prijzen en kwaliteit voor een ieder beschikbaar is, en dat partijen hun marktpositie niet uitbuiten. Onlangs heeft demissionair minister Klink de mogelijkheid geopperd om ziekenhuizen toe te staan winst te maken. Dit is een gedachte die snel opkomt als men aan marktwerking denkt, maar die mijns inziens haaks staat op het streven alleen marktelementen in te voeren waar dat kan en centrale sturing te gebruiken waar dat nodig is. Winststreven introduceert een nieuw belang in een sector die zich hier niet goed voor leent. Niemand zit erop te wachten te veel te betalen voor zorg ten behoeve van rendementsdoelstellingen van eigenaren. Laten we in de zorgsector vooral de behoedzaamheid bewaren die in de laatste jaren met zo veel zorg is opgebouwd. ■



Prof. dr. T.L.C.M. Groot is hoogleraar Management Accounting aan de Faculteit Economie en Bedrijfskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam.