

INTERVIEW

ROBIN HOOD IN DE POLDER

Hans Hoogervorst en Margo Trappenburg over marktwerking in de zorg



Minister Hans Hoogervorst ziet de toekomst van het nieuwe zorgstelsel met vertrouwen tegemoet. Hoogleraar patiëntenperspectief Margo Trappenburg is somber. Zij gelooft er niets van dat uiteindelijk iederéén beter wordt van competitie en concurrentie.



HENK MAASSEN
BEN V.M. CRUL

Hans Hoogervorst heeft de cijfers net binnengekregen. In een oogopslag ziet de minister van Volksgezondheid wie de winnaars en verliezers op de nieuwe zorgverzekeringsmarkt zijn.

Nooit tevoren zijn zoveel mensen in zo'n korte tijd van verzekeraar veranderd. 'Bij de dalers zitten goedkope verzekeraars, maar bij de stijgers ook', constateert hij. 'Prijzen zullen zeker belangrijk zijn geweest bij het maken van een keuze, maar ook service, vermoed ik. Volgend jaar verwacht ik wel meer rust, maar nog steeds marktdynamiek. Prijscompetitie zal nog steeds sterk zijn.'

De toon is gezet: Hoogervorst kijkt vooralsnog tevreden terug op de start van het nieuwe zorgstelsel. Zorgverzekeraar Agis en het Centraal Planbureau mogen dan wel van prijsdumping spreken, de minister blijft er tamelijk onberoerd onder. 'Het betekent alleen maar een extra incentive voor kostenbeheersing. Mijn advies: kijk eens naar het B-segment van de DBC's (de 10 procent van de medisch-specialistische zorg die aan vrije prijsvorming onderhevig is, *red.*). Vorig jaar zijn die nog in prijs gestegen, nu wordt daar zeer scherp gecontracteerd. Bovendien, ook in het A-segment kun je scherp contracteren.'

ONRUST

Daar zijn we meteen bij een van de eigenaardigheden van meer concurrentie in de zorg. Want de ziekenhuizen zitten rond de tafel met twee verzekeraars: een dominante partij en één die namens de anderen onderhandelt. Een merkwaardige constructie, die de Nederlandse Mededingingsautoriteit (Nma) weliswaar goedkeurt, maar de vraag blijft toch of in principe niet alle verzekeraars langs moeten bij alle ziekenhuizen.

De minister knikt. 'Dat gebeurt inderdaad nog niet. Maar wel heeft elk ziekenhuis nu te maken met zorgverzekeraars die meer dan ooit gedreven zijn de kosten te beheersen. Kijk nogmaals naar het B-segment: daarover wordt wel al separaat onderhandeld. Het stelsel is nog ontluikend, geef het de tijd.'

Maar niet iedereen heeft daar zin in. De eerste vruchten van het systeem blijken zelfs onmiddellijk tot misbaar

te leiden. De voorkeursbehandeling die zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid heeft bedongen bij Diaconessenhuis Leiden voor cataractpatiënten was aanleiding tot een bozige reactie van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), die principieel toch niet tegen het stelsel is.

Hoogervorst snapt de onrust niet. Dit was toch de bedoeling?

'Verzekeraars', zegt hij, 'doen bovendien allang aan wachttijdbemiddeling: ze concurreren immers met elkaar om service en snelheid. Op korte termijn zal dat even ertoe leiden dat sommige patiënten wat sneller worden geholpen dan andere. Zolang dat niet tot gevolg heeft dat groepen buiten de Treek-normen (de maximale afgesproken wachttijden, *red.*) vallen, is er niets aan de hand. Per saldo zullen alle patiënten profiteren, want de gemiddelde wachttijd zal omlaag gaan. Dat het werkt, zie je aan de liberalisering van het B-segment. Dat heeft geleid tot een snelle verdwijning van de wachtlijsten. Verder kunnen patiënten volgend jaar altijd switchen als ze de service van hun huidige verzekeraar onder de maat vinden. Ze hebben nu gezien hoe makkelijk dat is.'

BONDGENOTEN

Maar wat heet makkelijk.

Margo Trappenburg, hoogleraar patiëntenperspectief aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, betwijfelt of er wel echt is gekozen: 'De meeste mensen hebben hun keuze uitbesteed aan een collectiviteit.' Trappenburg, bij een breder publiek bekend als columnist van NRC Handelsblad, is wat het nieuwe zorgstelsel betreft criticus van het eerste uur.

Ze begrijpt best dat de patiënten

Trappenburg: 'Het kabinet had goud in handen en heeft het te grabbel gegooid'

in de verzekeraars bondgenoten willen zien tegenover de zorgaanbieders, om zo bepaalde zorg - voorrangbehandeling bijvoorbeeld - af te kunnen dwingen. 'Dat is slim geredeneerd en dat is ook wat sommige patiëntenverenigingen hopen dat er gebeurt, denk ik. Maar dan moet je ook accepteren dat de ene groep patiënten daar meer voordeel mee weet

te behalen dan de andere. Het is de vraag of ze zich dat realiseren.'

Dat het uiteindelijk een win-win-situatie oplevert voor alle partijen, daarover heeft ze zo haar twijfels.

Trappenburg: 'Met dat zogenaamde Robin Hood-idee heb ik altijd grote problemen gehad. Ook als het werkt. Want het is jammer dat een publieke voorziening op het spel wordt gezet. De gedachte was toch dat een arts alleen kijkt naar de ernst van een ziekte en in samenhang daarmee wellicht ook nog naar de plaats van een patiënt op de wachtlijst, maar niet naar diens verzekeringsstatus, zijn belangrijke positie in de maatschappij, of andere oneigenlijke criteria. Ik weet best dat dit tot op zekere hoogte altijd een fictie is geweest, maar het gaat mij erom dat het een in principe breed gedeelde waarde was.'

SOCIALE COHESIE

De filosofie die ten grondslag ligt aan het nieuwe zorgstelsel is niet de hare, en ze vindt het vreemd dat het kabinet-Balkenende, dat zo hamert op herstel van normen en waarden, niet ziet dat het goud in handen had en dat zomaar te grabbel heeft gegooid. Trappenburg legt uit: 'We hebben niet veel gedeelde waarden in dit land, maar wel een paar. Een daarvan is het solidariteitsidee in de gezondheidszorg. Wie zich zorgen maakt over integratie en sociale cohesie zou dat moeten vasthouden. Maar het kabinet breekt deze gemeenschappelijke morele waarde af, vanwege de noodzakelijke modernisering van de verzorgingsstaat. Uit onderzoek blijkt dat veel mensen nu nog een tweedeling in de zorg vrezen. Maar die opinie kan snel omslaan, als je mensen maar vaak en lang genoeg voorhoudt dat de verzorgingsstaat op zijn

retour is, dat ze zich als calculerende burgers moeten gedragen, en dat je als oudere niet meer solidair hoeft te zijn met jongeren en omgekeerd. We denken altijd wel dat veranderingen in Nederland nogal stroperig verlopen, maar het is verbazingwekkend hoe snel mensen 'constructief' gaan meedenken en -doen na een wijziging van beleid.' >>

<< De kwikfit-klinieken, 'kekke privé-klinieken', instellingen die bij wijze van reclame roepen dat het 'leuk moet zijn om naar een ziekenhuis te komen' - ze zijn er al, of ze komen eraan en het zijn allemaal consequenties van het zorgstelsel die Trappenburg weinig kunnen bekoren. Ze ondergraven volgens haar niet alleen de solidariteitsgedachte, maar roepen ook het beeld op van de gezondheidszorg als een voorziening waar vooral



Hans Hoogervorst: 'Vreemd dat in een markt van 120 ziekenhuizen geen commerciële ketens zijn te vinden.'

(nog) betrekkelijk gezonde mensen hun voordeel mee kunnen doen.

ELLEENDE

'Een deel van het solidariteitsgevoel komt voort uit het feit dat je in de wachtkamer van het ziekenhuis merkt dat je kleine, oplosbare kwaal niets is vergeleken met de vreselijke ellende waar anderen mee zitten. Maar als er inderdaad van die kwikfit-klinieken komen die zich specialiseren in het verhelpen van veelvoorkomend ongemak, kom je die andere patiënten dus niet meer tegen.'

Ook het idee dat ziekenhuizen veel geld gaan uitgeven om zichzelf op de kaart te zetten en patiënten te werven, staat haar tegen. 'Dat zullen zelden de patiënten zijn die dure kankermedicijnen nodig hebben, maar eerder de mensen die, zogezegd, in serieproductie beter worden gemaakt. Het ziekenhuis hoeft geen paleisje te worden. Ik hoef geen dvd-speler in een ziekenhuis. Gelukkig is er ook een zekere hardheid van het leven waar geen PR of reclamecampagne tegenop kan. Je kunt het verblijf van demente bejaarden nog zo mooi voorstellen, dementie blijft een afgrijselijke ziekte.'

NAAR DE BEURS

Meer concurrentie betekent misschien zelfs wel dat ziekenhuizen naar de beurs

zullen gaan. Elders in Europa gebeurt dat al (zie blz. 581). Alweer een ontwikkeling waarop Trappenburg niet zit te wachten. 'Als we moeten bezuinigen op de zorg, kunnen we ook de salarissen aanpakken, of zuinig en zinnig gebruik van de beschikbare middelen stimuleren. Dat moet, vind ik, het ethos van elke publieke voorziening zijn. Het is raar om daar geld mee te verdienen, want het leidt tot perverse effecten. Er ontstaat een belang bij veel productie: kom nog eens extra langs, want dan rinkelt de kassa.'

Hans Hoogervorst ziet dat - het zal niet verbazen - heel anders. Hij weet uiteraard niet wanneer het eerste beursgenoteerde ziekenhuis zich zal aandienen, 'maar dat zou heel snel kunnen gebeuren.' Eigenlijk, gaat hij verder, 'is het heel vreemd dat in een markt van 120 ziekenhuizen helemaal geen commerciële ketens zijn te vinden. Ketens die medische kennis, kwaliteitseisen en financiële kennis bundelen.' Hij wijst op de veelbezongen Duitse Röhrklinieken: 'Die werken helemaal in het gereguleerde gebied van de zorg. Maar ze doen het 25 procent goedkoper dan de andere. Een walhalla voor elke commerciële partij.'

OVERAANBOD

Om de marktwerking nog een extra zetje te geven, heeft Hoogervorst onlangs niet toegegeven aan het advies van het Capa-

je zeker dat er tweedeling komt, omdat mensen dan te weinig keuze zullen hebben. Nog consequenter zou het zijn als beroepsgroepen flink tegen elkaar worden opgezet. Begrijp me goed: ik wil natuurlijk geen gevecht om, bijvoorbeeld, de diabetespatiënt. Maar patiënten zullen binnen het nieuwe stelsel hun zegeningen tellen. Als meerdere instellingen, dokters of verzekeraars zo graag een bepaalde groep patiënten willen, zal zo'n groep van die concurrentie willen profiteren.'

ILLUSIE

Zal dat overschot aan dokters straks de markt opgaan en dingen gaan doen die voor hen lucratief zijn maar voor de gezondheidszorg niet? En suggereerde de minister twee jaar geleden niet dat artsen die na hun dure studie iets anders gaan doen, een deel van de opleidingskosten zouden moeten terugbetalen? 'Het is een groot maatschappelijk offer', lacht hij. Laconiek daaraan toevoegend: 'Bij voldoende aanbod voorzie ik alleen maar voordelen. Zo kunnen verzekeraars veel gemakkelijker nieuwe organisatievormen laten ontstaan.'

Dat is nodig, meent Hoogervorst, want het is een illusie te denken dat je de sector een zak met geld kunt geven en dat het dan vanzelf wel goed komt. 'Als het zo gemakkelijk was, dan werd niet 30 maar 100 procent van de diabetici in Nederland goed geholpen. En dan waren er ook niet zoveel veiligheidsproblemen in de zorg. Overigens geen typisch Nederlands probleem; je ziet het overal. Ziekenhuizen en artsen aanzetten tot optimale prestaties, waarvan we weten dat die nu

Hoogervorst: 'De instroom in de opleidingen heb ik doelbewust stabiel gehouden.'

citeitsorgaan om de instroom van artsen te beperken. Hoogervorst: 'Met het oog op wat ruimere marktverhoudingen, heb ik de instroom in de opleidingen doelbewust stabiel gehouden. Niet met de bedoeling om de tarieven te verlagen overigens.'

Margo Trappenburg vindt dat de minister in dit opzicht consistent handelt. 'Als je marktwerking wilt, dan moet je overcapaciteit creëren. Alleen bij een flink overaanbod van artsen beheers je de kosten. Is er geen overaanbod, dan weet

niet altijd worden geleverd, daar gaat het om. Marktwerking is daarbij geen doel maar een hulpmiddel, zoals een project als Sneller Beter dat ook is. De kwaliteitsverschillen moeten duidelijker in beeld komen. Het werkt niet om één keer per jaar alle ziekenhuizen met elkaar te vergelijken vanuit Den Haag en dan sterretjes uit te delen, zoals in het Britse systeem. Dat wordt helemaal niks.'

In zijn laatste bewindsjaar wil de minister nog 'een extra kwaliteitsslag maken'. 'Ik wil in alle sectoren normen



voor veiligheid en kwaliteit afspreken, die de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) kan handhaven. Als ultimatum remedium zouden we sommige zelfs wettelijk kunnen vastleggen.'

BIZAR

Margo Trappenburg vindt het vooral 'politieke strategie' om te zeggen dat het nieuwe zorgstelsel er ook is gekomen met het oog op kwaliteitsverbetering. 'Want dat je dat alleen met concurrentiekunt bereiken is een bizar standpunt. Waarom kan dat niet via samenwerking, en via een mechanisme van inspectie, leren van elkaar, visitaties en dergelijke?'

De dokter dreigt in het nieuwe systeem een soort kapper te worden, meent ze. 'De patiënt betaalt voor iets extra's, een screening bijvoorbeeld, en heeft daar dus ook recht op. Ik hoop oprecht dat de beroepsethiek van dokters zo hard is, dat ze er niet aan meewerken. Heeft je ziekenhuis een contract gesloten dat in voorrangzorg voorziet voor een bepaalde groep: doe er niet aan mee! Het zou ook een mooi gebaar zijn als artsen van eventuele financiële premies zouden afzien. Makkelijk zat trouwens, want ze verdienen riant genoeg. Hun uitgangspunt moet blijven: we behandelen uitsluitend naar medische behoefte.' (De minister wilde op de oproep van Trappenburg niet reageren, om niet vooruit te lopen op een overleg dat 6 april met de Kamercommissie plaatsvond over wachttijden in de zorg, red.)

Al met al is Trappenburg weinig optimistisch over de toekomst van het nieuwe stelsel. Berustend: 'We hadden een suboptimaal compromisstelsel en hebben dat vervangen door een ander suboptimaal compromisstelsel. Misschien kijk ik over twee jaar terug en stel vast dat ik een zwartkijker was en dat het zoveel beter is geworden. Vooralsnog ben ik niet overtuigd.'

Een ander kabinet heeft, volgens haar, nog wel mogelijkheden om de steven te wenden. 'Het kan morrelen aan de zorgtoeslag, de no-claim afschaffen, de zorgverzekeraars wettelijk minder winstgericht maken. Het kan regelen dat er echt onbeperkte, vrije artsenukeuze komt.

Dan beperk je de concurrentie tot de prijs en een beetje franje.'

Hans Hoogervorst blijft een tevreden mens: 'We hebben het nieuwe stelsel heel behoedzaam ingevoerd, compleet met fraaie sociale randvoorwaarden. Die komen uit de ziekenfondswet en die zijn bijna allemaal gehandhaafd. En je ziet dat nu de aanvullende verzekeringen naar de markt zijn gebracht, de mensen daar voor het eerst echt naar kijken. Dat is



Margo Trappenburg: 'Heeft je ziekenhuis een contract gesloten dat in voorrangzorg voorziet voor een bepaalde groep: doe er niet aan mee!'

precies wat ik had beoogd. Verder heb ik de invloed van de overheid juist vergroot: we zijn in staat eventuele uitwassen van concurrentie goed aan te pakken. Zo heb ik nu een wet die het mij mogelijk maakt de vergunning van een ziekenhuis in te trekken als het niet aan de acute zorg voldoet.'

CRISISSTEMMING

Zijn er dan helemaal geen beren op de weg? Het vehikel DBC bijvoorbeeld. Is dat, gezien de huidige crisisstemming, wel de beste manier om prijsvorming en daarmee concurrentie gestalte te geven?

Er verschijnt een minzame glimlach op het gezicht van de minister: 'De problemen zijn oplosbaar. Ze zijn vooral ontstaan omdat er veel te veel aan het veld is overgelaten. Veld en minister zijn het eens dat we nu zo veel mogelijk naar vereenvoudiging moeten streven, en dat we de administratieve lasten van de specialist moeten verlagen. Ik zie geen crisisstemming, wel de urgentie om de zaak aan te pakken.'

Dat de NVZ vereniging van ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten het niet eens zijn over de te kiezen richting, is de minister niet bekend. 'Je hebt altijd mensen die het niet eens zijn met elkaar. Daar kan ik niet van wakker liggen, want we moeten nu doorpakken.' ■

VELDWERK

Concurrentie



Concurrentie is het centrale thema van deze editie van Medisch Contact. Laat ik me maar niet wagen aan

het grote geweld van concurrentie tussen ziekenhuizen, buitenlandse beursgenoteerde bedrijven die de zorgmarkt eens komen opschudden en internationaal opererende verzekeraars. Nee, concurrentie tussen artsen wordt mijn thema.

Daar doen we eigenlijk nog weinig aan. Geen reclameborden, geen advertenties in de NRC (voor de gegoede cliëntèle) of in De Telegraaf (voor de gewone burgerij). We onderkennen natuurlijk wel de verschillen in kennis, kunde en ervaring onder medisch specialisten en voor moeilijke of superspecialistische zaken weten we de weg binnen onze maatschappen of in academia wel te vinden.

Ondertussen staan de bladen bol van de reclame voor klinieken voor plastische chirurgie, en zijn er tientallen 'cosmetisch artsen' die uw rimpels met tissuefillers wegspuiten en uw aangezichtsspieren met botox verlammen. Maar ja, dat is de echte new frontier, het wilde westen van de geneeskunde.

Hoe zal dat gaan als ons kikkerlandje volstroomt met collega's uit de nieuwe EU-landen die op zoek zijn naar een beter, althans rijker leven? En als de prijsconcurrentie tussen de ziekenhuizen, focus factories en privé-klinieken in volle hevigheid losbarst? Blijven we ons dan nog zo terughoudend opstellen? De patiënt blijkt immers wel gevoelig voor media-uitingen. Dat hebben de nationale doctors Bob (eerst Smalhout, nu Pinedo) al mogen ervaren. Zij lijken zichzelf er ook zeer wel bij te voelen.

Moeten wij dan optreden voor de regionale radio en televisie? Adverteren in het lokale sufferdje? Als we dan toch met elkaar moeten concurreren, laat het dan zijn op een manier waarop de patiënt er ook echt beter van wordt. Transparant zijn over onze resultaten! De zoektocht naar indicatoren die daar iets over zeggen, is in volle gang... ■

Floris Sanders

de specialist