

Betere zorg die doelmatiger en goedkoper is; zorgverzekeringen met scherpere premies en betere dienstverlening: wie wilde dat enkele jaren geleden niet? Iedereen. En daarom heeft de regering het zorgstelsel hervormd. De bedoeling was dat de zorg als een commerciële markt ging werken waar verzekeraars en zorgverleners concurreren om klanten en patiënten. Deze zouden kiezen op kwaliteit en prijs en zo verzekeraars en zorgverleners dwingen tot betere en kosteneffectievere prestaties. Het ging allemaal om marktwerking en vraagsturing. Wat is van dat economische model terechtgekomen? Werkt het? Is er een zorgstelsel ontstaan dat voldoet aan wat de beleidsmakers voor ogen hadden? Dat onderzocht prof. dr. Hans Maarse in het project 'The position of the consumer/patient in a market-oriented health care system' van het NWO-programma Ethiek, Onderzoek & Bestuur.

# Marktwerking in de zorg is nog geen feit

Maarse, bestuurskundige en hoogleraar Beleidswetenschap aan de Universiteit van Maastricht, was er van meet af aan sceptisch over. "Ik betwijfelde of de zorg kan werken als een commerciële markt. Het

onderwerp ligt me na aan het hart", zegt hij. "Ik vroeg me af of de klant of patiënt wel die kritische consument is waar beleidsmakers van uitgaan." Maarse en zijn medewerkers onderzochten

welke gevolgen het nieuwe stelsel heeft voor de klant of patiënt, hoe die ermee omgaat en wat hij ervan vindt. Daartoe hielden ze een serie gesprekken met drie groepen chronisch zieken, die ze

*CZ verdedigt de maatregel om met zes ziekenhuizen niet samen te werken voor borstkankerbehandeling.*

## CZ stopt samenwerking zes ziekenhuizen



als ervaringsdeskundigen bij uitstek beschouwden: mensen met diabetes, met chronisch hartfalen en een gemengde groep met verschillende aandoeningen. Ook enquêteerden ze 55-plussers over de stelselwijziging. Daarvoor sloten ze aan bij de 'Studie naar Medische Informatie en Leefwijzen in Eindhoven' (SMILE), naar mensen die zijn ingeschreven bij de deelnemende huisartspraktijken van de Stichting Gezondheidscentra Eindhoven. Het onderzoek van Maarse draait voor een belangrijk deel om de keuzevrijheid die de klant of patiënt heeft. Dat is een van de pijlers waarop het nieuwe stelsel berust, want zonder keuzevrijheid geen vraagstuk en geen marktwerking.

### Overstap ingewikkeld

Sinds de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 van kracht werd, mogen mensen een ziektekostenvereniging afsluiten bij de maatschappij die ze willen. Maar die keuzevrijheid heeft grenzen. Iedereen moet namelijk een basisverzekering afsluiten. Bovendien stelt de overheid de inhoud van het basispakket vast die voor iedereen gelijk is. Daarmee dwingt de overheid een

## De keuzevrijheid heeft grenzen

zekere solidariteit af: iedereen betaalt mee om alle basisvergoedingen mogelijk te maken. Vrouwen na de overgang en mannen betalen bijvoorbeeld mee voor kraamzorg, terwijl ze daar nooit (meer) gebruik van zullen maken. Omgekeerd is de verzekeraar verplicht om iedereen aan te nemen, ook mensen van wie hoge ziektekosten te verwachten zijn. Hij mag de hoogte van de premie niet aan het ziekterisico koppelen. Deze beperkingen voor beide partijen stroken niet met het marktmodel. Wel mogen klanten kiezen uit verschillende aanvullende pakketten. En ze kunnen voor hun basisverzekering bij elke jaarwisseling overstappen naar een andere verzekeraar



### Overzicht kwaliteitscategoriën borstkankerzorg

Ziekenhuizen die volgens de kwaliteitskaders van CZ als beste scoren worden als voorkeursziekenhuis bestempeld: deze 'beste' ziekenhuizen worden aanbevolen door CZ.
<p>Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis          Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis          Diaconessenhuis Utrecht/Zeist          Elkerliek Ziekenhuis          Havenziekenhuis          Medisch Centrum Leeuwarden          Rijnland Zorggroep          Stichting Deventer Ziekenhuis          Ziekenhuis Ikazia</p>

*CZ beveelt op zijn website ziekenhuizen aan voor borstkankerzorg.*

als ze dat willen. Maar in de praktijk blijven ze bij de verzekeraar waar ze al bij waren. In 2006, toen de nieuwe wet veel publiciteit kreeg, stapten wel veel mensen over, maar daarna nauwelijks meer. Maarse en medewerkers vonden daar verschillende oorzaken voor. Een ziektekostenverzekering houdt mensen niet zo bezig; als ze maar verzekerd zijn, is het goed. Mensen zoeken niet eindeloos naar

langlopende voorzieningen, zoals hulpmiddelen, maken een overstap ingewikkeld, omdat de nieuwe verzekeraar die van de oude moet overnemen. De verzekeringsmarkt is dus niet zo open als beleidsmakers graag willen."

### Niet uit de verf

Naast keuzevrijheid is ook eigen verantwoordelijkheid een pijler van het nieuwe zorgstelsel; mensen moeten zelf hun verzekering afsluiten. Maarse: "Maar je ziet ook dat veel gemeenten een collectieve verzekering afsluiten voor de daklozen en soms voor mensen met een minimuminkomen, waarbij ze de premie inhouden op de uitkering. Zo voorkómen ze dat deze mensen onverzekerd

de beste optie. Ze vinden het vervelend en ingewikkeld om polissen te vergelijken. En ze hebben de neiging om alles bij het oude te laten. Maar het is niet alleen uit gemakzucht dat mensen blijven waar ze zijn. Ze zijn ook huiverig om over te stappen. "Niet helemaal onterecht", vindt Maarse. "Mensen zijn bijvoorbeeld bang dat een nieuwe verzekeraar hen niet accepteert voor de aanvullende verzekering. Daarom blijven ze daarvoor vaak bij hun oude verzekeraar, terwijl ze voor de basisverzekering overstappen. Dat mag, maar de oude verzekeraar straft hun daar soms voor, want die brengt bijvoorbeeld meer administratiekosten in rekening voor de aanvullende verzekering. Ook

*Gemeenten sluiten vaak een zorgverzekering af voor daklozen om te voorkomen dat ze zelf opdraaien voor eventuele ziektekosten via de bijzondere bijstand. Van keuzevrijheid is voor daklozen dan geen sprake.*



rondlopen of hun premie niet betalen. Dat is ook in het belang van de gemeente zelf, want die zou anders via de bijzondere bijstand opdraaien voor eventuele ziektekosten. Daarnaast doen gemeenten dat om deze mensen te beschermen, al gaat dat ten koste van hun keuzevrijheid.”

Wat de zorgverzekering betreft gaat in de praktijk het marktmodel dus niet helemaal op. De keuzevrijheid voor klanten is beperkt en de verzekeraars hebben verplichtingen. Feitelijk is het is

weloverwogen keuze maken, zo was het idee.

Maar zo werkt het in de zorg niet, zegt Maarse: “Mensen kiezen graag, maar alleen als de keuze redelijk overzichtelijk is en de risico’s niet te groot zijn, zoals bij de aanschaf van een auto. Soms is dat in de zorg ook zo. Veel ouderen bepalen zelf welke huishoudelijke of sociale hulp ze willen en mensen zijn erg gehecht aan het persoonsgebonden budget waarmee ze zorg kunnen inkopen. Maar voor grote

daar niets aan.”

Daar komt bij dat de relatie met een hulpverlener persoonlijk, vertrouwelijk en vaak langdurig is. Er worden existentiële zaken besproken, zoals angst voor ziekte en dood. Patiënten investeren in zo’n relatie en wisselen die niet gauw in voor een andere. De zorg is geen product zoals een auto.

### Onoverzichtelijk

Voor zover patiënten zelf niet kiezen, kunnen zorgverzekeraars namens hun klanten op zoek gaan naar de beste zorgverleners. Het marktmodel geeft hun die rol, maar de praktijk staat pas in de kinderschoenen. Wel zijn er al zorgverzekeraars die contracten hebben met bepaalde Zelfstandige Behandelcentra. En er zijn verzekeraars die een lagere premie vragen als mensen zich laten behandelen door zorgverleners die de verzekeraar geselecteerd heeft, de zogenoemde voorkeuraanbieders. Hier zit een opgaande lijn in. Zo had zorgverzekeraar CZ zes ziekenhuizen aangewezen waarin de kwaliteit van borstkankerbehandelingen beneden de maat zou zijn en waar zijn klanten dus niet heen zouden moeten gaan. Maar deze vorm van vraagsturing valt slecht. Mensen vinden het betuttelend.

## Huiverig om over te stappen

een gereguleerde markt, geen vrije. En van de vrijheid om voor de basisverzekering over te stappen naar een andere verzekeraar maken mensen nauwelijks gebruik; enerzijds omdat kiezen complex is en anderzijds omdat ze bang zijn in de problemen te komen. Hun beoogde rol als kritische consument komt niet uit de verf. Mensen mogen zelf kiezen welke zorgverlener ze willen. En als er maar genoeg informatie is over de kwaliteit van zorgverleners en ziekenhuizen zullen zij een

delen van de zorg geldt dit niet. Wie een ernstige ziekte heeft, vindt het moeilijk om uit te zoeken wie daarvoor de beste dokter is. Waar moet je dan op letten? Wat zijn de gevolgen als je niet de beste kiest? Bovendien, wie direct zorg nodig heeft, heeft geen tijd om zich daarin te verdiepen. Mensen kunnen en willen niet kiezen, maar gaan af op een deskundige, zoals de huisarts. Dat is ook het verstandigste vind ik. Met kwaliteitslijstjes blijken mensen niets te doen. Meer informatie verandert

*Op kiesBeter.nl helpt de overheid de marktwerking in de zorg te stimuleren.*

De zorgverzekeraar moet zich niet met de inhoud van de zorg bemoeien. Daar is de deskundige voor. Maarse: "Het CZ heeft bovendien buitengewoon veel verwarring veroorzaakt. Het vond aanvankelijk dat haar verzekerden niet in het Slotervaartziekenhuis voor borstkanker behandeld mochten worden. Maar twee andere verzekeraars, Agis en Achmea, gaven dat ziekenhuis juist een prijs vanwege de hoge kwaliteit van de borstkankeroperaties. Dat maakt het voor patiënten nog moeilijker om te kiezen en vergroot het vertrouwen in het beoordelingsvermogen van verzekeraars niet. Het zou ook niet geaccepteerd worden en verboden zijn als mensen, waarvan de zorgverzekeraar een contract heeft met een bepaald ziekenhuis, daar sneller geholpen of beter behandeld zouden worden." Het zou ook heel onpraktisch zijn, vindt Maarse, als je moet uitzoeken of het ziekenhuis waar je terecht kunt wel zaken doet met jouw verzekeraar; en zo niet, welk gedeelte van de kosten hij dan wel vergoedt en op welke manier. Dus ook tegenover de zorgverlening is de patiënt niet de kritische consument die



*Kraamzorg zit in het basispakket. Ook mannen moeten daar aan meebetalen. De overheid dwingt die solidariteit af en heeft de keuzevrijheid dus begrensd.*

is mondiger geworden, wachtlijsten zijn weggewerkt, ziekenhuizen hebben meer vrijheid in hun werkwijze gekregen. Maar

krijg je een eersteklas kamer en word je door de hoogste arts behandeld. Dat terwijl ze in België vinden dat marktwerking in de zorg niet kan. Nederlandse beleidsmakers kunnen wel zeggen dat ze marktwerking in de zorg willen, maar tegelijk sturen ze die stevig. Het zijn beelden waar men achteraan rent. Men doet maar alsof. De marktwerking is een illusie. Het is niet geworden wat de bedenkers ervan verwacht hadden."

*Willy van Strien*

## Zorg is geen product zoals een auto

weloverwogen keuzes maakt. De keuzemogelijkheden en de gevolgen van een keuze zijn vaak te onoverzichtelijk. Mensen zijn er onzeker over, en laten de beslissing over aan een deskundige. Bij acute zorg is keuzevrijheid helemaal niet aan de orde. Zorg wordt niet als elk ander product gekozen en gekocht, maar komt tot stand in een samenspel tussen arts en patiënt. En het idee dat zorgverzekeraars namens hun klanten de beste zorgverleners uitkiezen spreekt helemaal niet aan.

### Doen alsof

Toch heeft de herziening van het zorgstelsel veel goeds gebracht, vindt Maarse. De patiënt is centraal komen te staan en

als een markt werkt de zorg niet. Dat blijkt uit het gedrag van de klant of patiënt, die zich niet als kritische consument opstelt. Het blijkt ook uit de voortdurende bemoeienis van de politiek. Maarse: "Er kan niets in de zorg zonder politieke goedkeuring. De IJsselmeerziekenhuizen bijvoorbeeld dreigden om te vallen. In een markt hoort dat erbij, maar hier stak de politiek er een stokje voor." "Het is vreemd te zien dat in het buitenland dingen gebeuren die in een marktsysteem passen, maar die hier verboden zijn. Zo mogen artsen in België met een praktijk aan huis een hoger tarief berekenen aan mensen die in drukke uren naar een consult komen. En als je in het ziekenhuis bijbetaalt

### Bronnen:

Bartholomé, Y. & H. Maarse, 2009. Municipal governments' role in averting access problems associated with market reform. *J Health Serv Res Policy* 15: 36-40.  
Maarse, H. (in prep.) Marktwerking in de zorg: keuzevrijheid, solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Maarse, H., Y. Bartholomé & C. Spreeuwenberg, 2009. Ervaringen van chronisch zieken met marktwerking in de zorg. Rapport Universiteit Maastricht, Department of Health Organization, Policy and Economics.

# Hoe is het gesteld met marktwerking in de zorg?

Marktwerking in de zorg geïntroduceerd in 2006

*Keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid:*

1. Mensen mogen hun eigen zorgverzekeraar kiezen.
2. Mensen moeten zelf hun verzekering afsluiten.
3. Mensen mogen zelf hun zorgverlener kiezen.
4. Zorgverzekeraars mogen de zorgverleners selecteren die ze vergoeden.

## 1 Zelf zorgverzekeraar kiezen

### Consumenten

- Mogen kiezen uit verschillende aanvullende pakketten.
- Mogen voor de basisverzekering bij de jaarwisseling overstappen.

### Inperkende regels

#### Consumenten

- Moeten een basisverzekering afsluiten.
- Hebben niets te zeggen over inhoud basispakket. De overheid bepaalt.
- Krijgen allemaal hetzelfde basispakket.
- Moeten solidair zijn. Iedereen betaalt basispremie bijv. mannen voor kraamzorg.

#### Verzekeraars

- Moeten iedereen aannemen, ook mensen met hoge ziektekosten.
- Mogen de premie niet aanpassen aan het ziekterisico.

### Praktijk

De consument is niet kritisch en stapt nauwelijks over.

### Oorzaken

#### Gemakzucht

- Mensen vinden de ziektekostenverzekering geen issue; als ze maar verzekerd zijn.
- Ze vinden polissen vergelijken vervelend en complex.
- Langlopende voorzieningen, zoals hulpmiddelen, maken overstappen ingewikkeld, omdat de nieuwe verzekeraar die moet overnemen.
- Mensen veranderen niet graag.

#### Huiver

- Mensen zijn bang dat een nieuwe verzekeraar hen niet accepteert. Gevolg: ze blijven voor de aanvullende verzekering vaak bij de oude verzekeraar, en stappen alleen voor de basisverzekering over.

### Conclusie

De verzekeringsmarkt is niet zo open als gehoopt.

## 2 Zelf zorgverzekering afsluiten

### Gemeenten

- Sluiten vaak een collectieve verzekering af voor daklozen en soms minima.
- Houden de premie in op de uitkering.

### Redenen

- Bescherming daklozen en minima.
- Voorkomen dat gemeenten via de bijzondere bijstand de ziektekosten moeten betalen van onverzekerde daklozen en minima.

### Conclusie

Daklozen en minima hebben minder keuzevrijheid.

## 3 Zelf zorgverlener kiezen

### Mensen kiezen graag, mits

- De keuze redelijk overzichtelijk is
- Risico's niet te groot zijn, zoals bij een auto, of huishoudelijke of sociale hulp.

### De consument vindt kiezen te moeilijk.

- Wie is de beste dokter voor mijn ziekte?
- Waar moet ik op letten?
- Wat gebeurt er als ik niet de beste kiest?
- Wie direct zorg nodig heeft, heeft geen tijd om zich te verdiepen.
- Mensen gaan liever af op een deskundige, zoals de huisarts.
- Mensen doen niets met kwaliteitslijstjes. Meer informatie helpt niet.
- Patiënten investeren in hun relatie met een hulpverlener. Ze wisselen niet graag.

### Conclusie

De consument is overvraagd en niet kritisch.

# Nieuw zorgstelsel

**Eindconclusie**  
De zorg is geen vrije,  
maar een gereguleerde markt.

**Positieve gevolgen van marktwerking:**

- Patiënten staan centraal
- Patiënten zijn mondiger
- Minder wachtlijsten
- Ziekenhuizen hebben meer vrijheid in hun werkwijze

4

## Zorgverzekeraar kiest zorgverlener voor klanten

### Staat pas in de kinderschoenen. Sommige verzekeraars:

- hebben contracten met bepaalde Zelfstandige Behandelcentra
- vragen minder premie van klanten die naar voorkeuraanbieders gaan

### De consument

- vindt dat niet zorgverzekeraars, maar medici de beste behandelaar moeten aanwijzen
- vindt het verwarrend en moeilijk dat verschillende verzekeraars anders oordelen over een zorgverlener. Het verlaagt het vertrouwen in het verzekeraars
- vindt het omslachtig als hij eerst moet uitzoeken of het ziekenhuis waar hij heen kan wel zaken doet met zijn verzekeraar. Zo niet, welk deel van de kosten krijgt hij dan wel vergoed en hoe

### Conclusie

De consument vindt dat de zorgverzekeraars hem inperken.