

# Marktwerving in de zorg: ondernemende zorg of zorgende ondernemers

Rede

In verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder  
hoogleraar op het terrein van “Concurrentie en regelgeving in de  
Zorg”, aan de Universiteit van Tilburg (UvT), vanwege de Stichting Bijzondere  
Leerstoelen UvT,

op vrijdag 6 februari 2009

door

Marcel Canoy

*Mijnheer de Rector Magnificus,  
Zeer gewaardeerde toehoorders,*

## 1 De zorgmarkt is (g)een gewone markt<sup>1</sup>

Marktwerkingskeptici hameren er hardnekkig op dat de zorg geen markt is en dat daarmee het nieuwe zorgstelsel gedoemd is te mislukken. Je hebt zelfs een Comité ‘Zorg Geen Markt’, opgericht door de Socialistische Partij en de vakbonden. Het clichévoorbeeld is dat van de man die met een hartaanval op straat valt en niet kan kiezen tussen verschillende ziekenhuizen. Of in het subtiele SP jargon van 2<sup>e</sup> Kamerlid Renske Leijten: “Als iemand doof, blind en autistisch is, kan die niet kiezen waar hij wordt verzorgd”.<sup>2</sup>

Een meer serieuze gedachte is dat patiënten moeite hebben te kiezen. Hoe goed is mijn dokter? Was de behandeling effectief? Als ik ziek, zwak of misselijk ben, heb ik dan wel zin of tijd om te kiezen? Wat is de prijs eigenlijk? Op deze vragen lijkt geen goed antwoord mogelijk, en daarmee lijken de normale voorwaarden voor het functioneren van markten onder zware druk te staan.

Maar is dat nou wel echt zo? In de oratie van collega Erik Schut van de Erasmus Universiteit worden al een paar drogredeningen doorgeprikt.<sup>3</sup> Zelf houd ik regelmatig voordrachten over uiteenlopende onderwerpen. Vaak zeggen vertegenwoordigers van de betreffende sector dan dat ze helemaal vóór marktwerking zijn, maar dat dit niet opgaat voor hun sector omdat die heel bijzonder is. Maar zoals de voormalige baas van de Nederlandse Mededingingsautoriteit A.W. Kist ooit al eens tegen aardappelboeren zei: ‘inderdaad uw sector is heel bijzonder en u deelt die eigenschap met alle andere sectoren’.

Er zijn namelijk wel serieuze kanttekeningen bij de stelling ‘de zorg is geen markt’ te plaatsen. Ten eerste bekt het misschien leuk om de patiënt af te

---

<sup>1</sup> Ik dank Lans Bovenberg, Jeannette Capel, Eric van Damme, Wija Oortwijn, Marc Pomp en Wolf Sauter voor hun zeer nuttige commentaar.

<sup>2</sup> Het Financieele Dagblad 16-8-08.

<sup>3</sup> [http://www.indora.nl/mambo/images/stories/Downloads/zorg%20zorg%20is%20toch%20geen%20markt!%20\(orate\).pdf](http://www.indora.nl/mambo/images/stories/Downloads/zorg%20zorg%20is%20toch%20geen%20markt!%20(orate).pdf)

schilderen als creperende behoeftige, maar de realiteit is vaak anders. Patiënten weten veelal best wat een goed ziekenhuis is en niet alle klachten zijn acuut.

Ten tweede is het voor het functioneren van markten niet nodig dat alle patiënten in alle gevallen kunnen of willen kiezen. Een klein maar significant percentage mensen dat van aanbieder switcht, kan soms voor effectieve disciplinerende zorgen.

Ten derde bestaan er diverse indirecte disciplineringsmechanismen. Als patiënten de kwaliteit moeilijk kunnen beoordelen, kunnen de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), het Centrum Klantervaring Zorg, de media, de 2<sup>e</sup> kamer, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) patiënten helpen en zorgaanbieders bij de les houden.

Ten vierde is – zeker in het nieuwe stelsel - een belangrijke rol weggelegd voor verzekeraars. Omdat patiënten inderdaad niet direct met zorgverleners kunnen onderhandelen over prijs of kwaliteit, dienen verzekeraars deze taak over te nemen. Zij hebben hiervoor in potentie de vereiste kennis, schaal en macht. Omdat de verzekeringsmarkt wel een redelijk gewone markt is, hebben verzekeraars een prikkel om hun best te doen voor hun klanten de beste deal te realiseren. Dit leidt immers tot lagere premies of betere pakketten en daarmee tot een hogere winst voor goed presterende verzekeraars.

Tot slot is er in enkele gevallen wel sprake van vrije prijsvorming, onder meer in het zogeheten B-segment bij ziekenhuizen, en bij vrije beroepen zoals fysiotherapeuten.

De zorgmarkt is daarmee een functionerende markt. Er zijn vragers – de patiënten. Er zijn verschillende aanbieders – de zorgverleners. Er worden producten en diensten geleverd met een bepaalde kwaliteit en een (indirecte) prijs. Als de kwaliteit niet goed is, kunnen geïnformeerde klanten overstappen op andere dienstverleners.

Het nieuwe stelsel benut het feit dat de zorg wel een markt is. Niet alleen worden verzekeraars geprikkeld scherper met elkaar te concurreren, ook is er meer ruimte om aanbieders met elkaar te vergelijken, is er vrije prijsvorming op deeltherreinen, en kan vaker risicodragend kapitaal in de zorg worden geïnvesteerd. *Business as usual* dus?

Niet echt. Door de bijzonderheden van de zorgmarkt zijn mechanismen om aanbieders te disciplineren veelal indirect, bijvoorbeeld via verzekeraars of

toezichthouders. Dit betekent dat er extra schakels nodig zijn om de markt te laten functioneren. En hoe meer schakels, hoe groter de kans dat er iets misgaat.

Daarnaast zijn er weliswaar manieren om aanbieders met elkaar te vergelijken maar is er nog een hele lange weg te gaan in de richting van meer transparantie. Zo is het mysterieus waarom sterftecijfers van ziekenhuizen geheim worden gehouden.

Om te bezien of de zorgmarkt goed functioneert, moeten we analyseren hoe de introductie van marktwerking de zorgdoelen beïnvloedt. Hierbij is een kritische blik op de diverse schakels noodzakelijk.

## 2 Drie intermediaire doelen

De zorgdoelen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid zijn onomstreden, en er zijn ook methodes - hoewel soms imperfect - om ze te meten. Maar daar hebben de politiek en de beleidsmakers niet genoeg aan. Wanneer je marktwerking wilt introduceren, blijken de zorgdoelen te algemeen van aard, waardoor de causaliteit tussen marktwerking en de zorgdoelen nogal complex wordt. Want hoe bepaal je bijvoorbeeld de relatie tussen de invoering van marktwerking en de kostenontwikkeling op nationaal niveau? Het blijkt lastig.

Het risico bestaat daarmee dat elke rimpeling in de zee door tegenstanders van het stelsel aan marktwerking wordt geweten. Aan de andere kant van het spectrum is er het risico dat successen geclaimd worden die helemaal niet aan marktwerking liggen.

Waar het aan ontbreekt zijn intermediaire doelen. Deze intermediaire doelen hebben aan de ene kant een duidelijkere causaliteit met marktwerking. Aan de andere kant is duidelijk hoe ze dienstig kunnen zijn aan de hoofddoelen van de zorg. Ik onderscheid drie van die intermediaire doelen.

Het eerste intermediaire doel is het benutten van de ruimte voor ondernemerschap. Het tweede intermediaire doel is het minimaliseren van zogeheten informatie rents, waardoor zoveel mogelijk middelen daadwerkelijk aan zorg kunnen worden besteed. Het derde intermediaire doel is een optimale motivatie van zorgwerkers om goede zorg te leveren. In het vervolg zal ik deze drie intermediaire doelen en hun samenhang uitwerken, eerst in het algemeen, dan toegepast op ziekenhuizen.

### 3 Hoe doet het Nederlandse stelsel het?

Voor ik inga op de gevolgen van het introduceren van marktwerking eerst wat relativerende opmerkingen. Ten eerste moet men oppassen om alleen op problemen te focussen. Waar vergelijk je de prestaties van onze zorg mee? Het is niet reëel een ideaalsituatie te schetsen die nergens ter wereld voorkomt.

Hierbij is het goed eerst nog maar eens in herinnering te roepen wat er eigenlijk met het oude stelsel aan de hand was.<sup>4</sup> Het oude stelsel kenmerkte zich door wachtlijsten, geringe klantvriendelijkheid, weinig afstemming tussen de verschillende onderdelen van de zorg, risicoselectie in de particuliere verzekeringsmarkt en onvoldoende benutting van beschikbare capaciteit. Voorts was het zo dat de medisch-technische vooruitgang en de vergrijzing de zaken dreigden te verergeren. Een belangrijke reden voor de problemen lag aan het ontbreken van goede prikkels voor doelmatigheid en ondernemerschap. Vanuit dat perspectief is het dus niet verbazingwekkend dat al meer dan twintig jaar gepleit werd voor de introductie van meer marktprikkels.

Ook is het zo dat men nergens in de wereld de problemen in de zorg adequaat heeft opgelost. Van ieder land kan met wel wat leren en internationale vergelijkingen zijn bekend ingewikkeld in de zorg. Maar wel frappant is dat ondanks al het geklaag in Nederland ons land het prima doet in internationale vergelijkingen.

Zo rapporteert het Verbond van Verzekeraars dat op de vraag: “Op wat kleine veranderingen na, werkt de gezondheidszorg goed?” Nederland met vlag en wimpel bovenaan staat met 42%, gevolgd door Frankrijk met 29%. Onderaan bungelen de VS en Italië met 12% en 11%.<sup>5</sup>

Dit algemene beeld wordt door diverse bronnen bevestigd. In de 2008 Euro Health Consumer Index waarin tal van factoren worden vergeleken was Nederland weer het best. Ik citeer “...*the Dutch healthcare system does not seem to have any really weak spots..., except possibly some scope for improvement ... waiting times ... it seems very difficult to build an Index ... without ending up with The Netherlands on the medallists’ podium... the*

---

<sup>4</sup> <http://www.cpb.nl/nl/pub/cpbreeksen/document/28/doc28.pdf>

<sup>5</sup> <http://www.verzekeraars.nl/sitewide/general/nieuws.aspx?action=view&nieuwsid=373>

*landslide winner... could indeed be said to have “the best healthcare system in Europe”.*<sup>6</sup>

Op de website van de organisatie concludeert men dan ook pontificaal: “*Obama - take a look at the Netherlands if you want to reform the US healthcare system in a good way!*”

En Kerry Weens, een hoge ambtenaar van het Amerikaanse Ministerie van Gezondheidszorg, zei tijdens een recent bezoek aan Nederland: “*We're intrigued by many of the ideas that we see, such as moving toward more market based solutions.*”<sup>7</sup>

Tot slot, toen ik bij de Europese Commissie werkte was het duidelijk dat er met veel belangstelling en zelfs bewondering naar het Nederlandse systeem werd gekeken. Men beschouwde het als het systeem van de toekomst. Nederlandse ambtenaren moesten zelfs in de Parlementen van Zweden en Hongarije opdraven om het stelsel uit de doeken te doen.

We moeten ons derhalve geen dip aanpraten. Het is niettemin van belang om niet op onze lauweren te rusten en het systeem op tal van plaatsen verder aan te scherpen.

Criticasters en onheilsprofeten daag ik uit met goede alternatieven te komen. Want de wolven hielden weer jammerlijk in het bos bij de invoering van het nieuwe stelsel. Maar de wolven zeggen nooit wat ze dan wel willen. Alleen zeggen dat iets niet werkt of gedoemd is te mislukken, is mij veel te gemakkelijk. In deze oratie zal ik verder uitwerken waarom ik denk dat het nieuwe stelsel *the only show in town* is. We kunnen onze collectieve denkracht daarom het beste besteden aan het verder aanscherpen van het systeem, in plaats van achterhoedegevechten te voeren waar geen patiënt beter van wordt.

## 4 Intermediair doel 1: ondernemerschap

Een eerste vraag bij invoering van marktwerking is wat we er eigenlijk mee denken op te schieten. Vooral omdat marktwerking bij sommigen associaties oproept met dingen waar men in de zorg ver van wil blijven, zoals

---

<sup>6</sup> <http://www.healthpowerhouse.com/files/2008-EHCI/EHCI-2008-report.pdf>

<sup>7</sup> <http://www.reformplans.com/Plan-Briefs/Netherlands.html>

beursnoteringen en opties voor managers, is deze vraag gerechtvaardigd. Ook in het licht van de bijzondere karakteristieken van de zorg is het duidelijk dat de baten van marktwerking niet altijd in lagere prijzen tot uitdrukking kunnen komen.

Bij gewone markten komen de baten van concurrentie tot stand omdat winstgerichte bedrijven op het puntje van hun stoel moeten zitten om in de markt te overleven. Dit vertaalt zich in lage prijzen, hoge kwaliteit of goede dienstverlening. Bij de zorg zijn deze mechanismen deels hetzelfde.

Zo is het heel gezond dat er in de zorg een dreiging tot faillissement is. Uit cijfers die zijn opgevraagd door de Volkskrant blijkt dat de overheid in de afgelopen tien jaar €73 miljoen heeft gestopt in noodlijdende instellingen.<sup>8</sup> In de media wordt vaak negatief over faillissementen gedaan. ‘Schande dat zo’n zorginstelling dreigt om te vallen!’ Zo herinner ik mij nog een kop van een tijd geleden in dezelfde Volkskrant ‘Notaris failliet: marktwerking mislukt’. Ik dacht toen meteen: ‘Notaris failliet: marktwerking geslaagd’, want je moet wel knap stom zijn als notaris om failliet te gaan, zeker in die tijd.

Zo ook bij de zorg. Als tekorten altijd aangevuld worden, hebben instellingen geen prikkel om goede diensten te leveren. Ook kan het verfrissend zijn als nieuwe partijen na een faillissement de arena betreden. Soms is het zelfs de enige mogelijkheid tot toetreding. Maar er zijn ook verschillen. Zo is een goed presterend ziekenhuis natuurlijk niet een die lagere prijzen vraagt aan zijn patiënten.

De overeenkomst met gewone markten ligt hem vooral in de ruimte voor ondernemerschap. Ondernemerschap kan de toegankelijkheid beïnvloeden. In positieve zin als er meer keuze komt. In negatieve zin als ondernemerschap bepaalde groepen de facto uitsluit van zorg of voorrang verleent aan patiënten die meer betalen.

Ondernemerschap kan ook de betaalbaarheid beïnvloeden. In positieve zin als de prikkels voor doelmatigheid aangescherpt worden. In negatieve zin, als ondernemerschap met zoveel bureaucratie gepaard gaat (om te controleren of het allemaal wel klopt) dat de kosten uit de hand lopen.

---

<sup>8</sup> [http://www.volkskrant.nl/binnenland/article1115942.ece/Steun\\_redt\\_zorg\\_van\\_de\\_ondergang](http://www.volkskrant.nl/binnenland/article1115942.ece/Steun_redt_zorg_van_de_ondergang)

Tot slot, ook op kwaliteit kan ondernemerschap positieve en negatieve invloed uitoefenen. Positief als innovatie wordt aangewakkerd en negatief als ondernemerschap tot een zodanige kostenreductie leidt, dat de zorgkwaliteit wordt aangetast.

Het is dus zaak kritisch naar de manier van ondernemen te kijken. De theorie van ondernemerschap voert terug naar onder meer de economen Frank Knight, Peter Drucker, William Baumol en Joseph Schumpeter, ieder met hun eigen bijdragen om het begrip ondernemerschap vorm te geven.

Hoewel de literatuur niet eenduidig genoemd kan worden, kunnen vier vormen van ondernemerschap onderscheiden worden: (i) nieuwe markten aanboren; (ii) bestaande patronen doorbreken in de interne organisatie; (iii) nieuwe vormen van financiering aanboren en (iv) nieuwe producten en diensten ontwikkelen.

Wat deze verschillende vormen verenigt, is dat ze alle vier de ondernemer in staat stelt zich van zijn concurrenten te onderscheiden. Dat kan immers op vele manieren. Door lagere kosten te genereren, nieuwe diensten te bedenken of slimmere manieren om een bedrijf te runnen.

Het is duidelijk dat de invoering van marktwerking de ruimte voor ondernemerschap vergroot. Juist omdat ondernemerschap een veelzijdig begrip is, is het van belang te bezien hoe in de zorg ondernemerschap benut kan worden om de kerndoelen binnen de zorg te dienen: betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid voor iedereen.

Dat er op dit moment interessante kansen liggen voor vormen van ondernemerschap bewijzen talloze initiatieven. Harde empirische evidentie ontbreekt, maar er is genoeg anekdotisch bewijsmateriaal. Al voor het invoeren van het stelsel werd geëxperimenteerd met vormen van ondernemerschap. Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP, 2002, p. 289 e.v.) heeft een aantal jaar geleden al een aantal voorbeelden bij elkaar gezocht. Na invoering van het stelsel is het arsenaal voorbeelden veel groter geworden. Zo is er ruimte voor private investeerders in de ziekenhuismarkt, stijgt het aantal ZBCs, ontstaan allerlei nieuwe diensten zoals verpleegkundigen per televisie, ontstaan combinaties van diensten zoals verpleging, verzorging en thuiszorg, verhuren



sommige ziekenhuizen ruimte aan privéklinieken, en worden soms logistieke ideeën uit andere sectoren toegepast.<sup>9</sup>

Er zal iedere keer getoetst moeten worden of ondernemerschap inderdaad wel bijdraagt aan de zorgdoelstellingen. Exemplarisch voor deze vraag is de discussie over het al dan niet invoeren van winstgerichtheid bij ziekenhuizen. Ongeclausuleerde vormen van winstgerichtheid kennen tal van risico's. In het NZa advies over winstoogmerk wordt daarom veel aandacht besteed hoe met deze risico's om te gaan. Voor ieder afzonderlijk zorgdoel worden de risico's onderkend en maatregelen bedacht om deze risico's tegen te gaan. Op deze manier wordt beoogd de baten van ondernemerschap te pakken, terwijl de risico's beperkt gehouden worden. Ik kom hier later op terug.

Concluderend, het op de juiste manier ruimte bieden aan ondernemerschap in de zorg heeft de potentie om zorgdoelen dichterbij te brengen. Vooral heeft ondernemerschap de potentie om de prijs-kwaliteit verhouding van zorg te verbeteren. Omdat de causaliteit tussen het introduceren van marktwerking en ondernemerschap helder is, kan getoetst worden of baten gegenereerd worden en risico's kunnen worden beperkt.

## 5 Intermediair doel 2: Minimaliseren van informatierisico's

Hierboven sprak ik over de extra schakels die nodig zijn om de markt te laten functioneren. Zo zijn in de zorg verschillende toezichthouders actief, zoals mijn collega Wolf Sauter vanmiddag al uitgebreid uit de doeken heeft gedaan. Ook hebben verzekeraars een bijzondere rol om de markt indirect te laten functioneren.

Door die verschillende schakels ontstaan extra informatiestromen. Verzekeraars, toezichthouders en patiëntenverenigingen willen weten hoe zorgaanbieders presteren. Dit betekent dat informatie noodzakelijk is. Hier zitten goede en minder goede kanten aan. Het goede nieuws is dat informatie inderdaad inzicht verschaft in prestaties en daarmee aanbieders disciplineert. Het bevorderen van

---

<sup>9</sup> Ondernemen in de zorg, Prince, Bruins en van der Zeijden, EIM 2005.

transparantie kan daarmee zowel de kwaliteit verhogen als de betaalbaarheid dienen. Ook de toegankelijkheid is erbij gediend doordat patiënten beter hun weg weten te vinden.

Er is ook minder goed nieuws. Allereerst is het vergaren van informatie kostbaar. Die kosten zijn niet alleen vervat in een op te hoesten geldbedrag. Het vergaren van informatie kan ook tijd en inspanning vergen van zorgverleners, wat ten koste kan gaan van tijd en inspanningen die ook aan zorg besteed kunnen worden. Er zal dus iedere keer kritisch moeten worden gekeken of de baten opwegen tegen die kosten.

Een tweede minder aantrekkelijk aspect van die informatiestromen wordt genoemd in de theorie van informatie rents. Deze theorie, die ontwikkeld is door Ronald Coase, Oliver Williamson en Georg Stigler, zegt dat het hebben van informatie de houders van die informatie een zekere macht bezorgt die omgezet kan worden in informatie rents. Een economievariant op het adagium 'kennis is macht'. Die rents worden in feite onttrokken uit het normale transactieverkeer, en dat gaat gepaard met negatieve gevolgen. Immers net als met nodeloze bureaucratie betekent dat van iedere euro een minder groot deel aan zorg besteed kan worden.

Er is ook nog een verband tussen deze twee. Men kan immers informatie rents van de tweede soort proberen te verhinderen door extreem gedetailleerde informatie op te vragen. Alleen leidt dit tot hogere kosten en ook frustraties.

In gewone, goed werkende markten is het niet gemakkelijk om informatie rents te bemachtigen. Immers zal dit in de regel tot hogere prijzen leiden en – bij gelijkblijvende kwaliteit - kan de klant dat afstraffen door naar de concurrent over te stappen. Bij indirecte markten zoals de zorg kunnen informatie rents ontstaan doordat een partij informatie heeft en er geen goede of kosteneffectieve controle (mogelijk) is om misbruik van die informatie tegen te gaan. Het zal dan voor een klant niet duidelijk zijn dat er informatie rents zijn opgestreken en is een disciplinerende overstap minder goed mogelijk.

Zo kan dit leiden tot wat economen rent seeking gedrag noemen. Onproductief gedrag dat alleen als doel heeft een zo groot mogelijke deel van de cake te bemachtigen. Het kan ook leiden tot het eroderen van de kerntaken van een organisatie. Daaraan gekoppeld kan het de motivatie van zorgwerkers ondermijnen. Alle reden dus om informatie rents in de zorg serieus te nemen.

Laat me een voorbeeld noemen. Stel dat Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) imperfect geprijsd zijn, geen onrealistische veronderstelling. Het zou

bijvoorbeeld kunnen dat sommige DBCs winstgevend zijn en andere verliesgevend. Als dit niet met gedragseffecten gepaard gaat, is het niet zo erg, want dan compenseert de ene DBC de andere.

Maar mogelijke gedragseffecten zijn dat ziekenhuizen zich gaan toeleggen op de dure DBCs, of onnodige behandelingen laten verrichten omdat ze lucratief zijn (*upcoding*). Op die manier incasseert het ziekenhuis informatie rents die niet ten goede komen aan de zorg.

Er zijn diverse manieren om informatie rents te minimaliseren. Idealiter beschikt de toezichthouder over indicatoren die niet duur zijn om te ontwikkelen, weinig bureaucratie met zich mee brengen en een lage foutenmarge hebben. Deze ideaalsituatie is natuurlijk lang niet altijd binnen bereik. In de praktijk zullen er vaak compromissen ontstaan.

De vuistregel is hierbij hoe groter de foutenmarge van de indicator is, hoe minder afhankelijk het systeem gemaakt moet worden van die indicator. Ook is het soms beter een beperkte maar goede verzameling indicatoren te hebben dan een uitgebreide maar onnauwkeurige. De ruim 30.000 DBCs die er nu zijn, vormen daarom een slecht voorbeeld. Het ware veel beter geweest om te beginnen met een beperkte verzameling nauwkeurige DBCs, bijvoorbeeld van de duurste en meest voorkomende ziekten.

Concluderend, extra informatiestromen die gepaard gaan met het introduceren van marktwerking kunnen ten goede komen aan de patiënt doordat vergelijkbaarheid verbetert. Maar er kan ook een prikkel ontstaan om middelen uit het systeem te onttrekken. De informatie wordt dan voor eigen gewin gebruikt en komt niet ten goede aan de zorg. Het is dus zaak het systeem zo in te richten dat zo min mogelijk onproductieve activiteiten plaatsvinden als gevolg van de ontstane informatiebehoefte.

## 6 Intermediair doel 3: optimaliseren van de motivatie van zorgwerkers

Tot slot het derde intermediaire doel. Misschien wel het belangrijkste doel, want het minste aandacht krijgend in het debat.

Toen ik begon als hoogleraar sprak ik – zoals te doen gebruikelijk - met de rector magnificus en met de voorzitter van het College van Bestuur. Ze gaven daarbij aan graag te zien dat economen aan de Universiteit van Tilburg een bredere blik op mensen hadden dan die van de enge homo economicus, de winstmaximaliseerder of de consumptietijger. Dat komt goed uit.

Ik ben zelf iemand die al een groot deel van zijn carrière tussen wetenschap en beleid zweeft. Een praktisch iemand voor een wetenschapper dus. Daarbij vind ik dat economie vooral een sociale wetenschap moet zijn, waarin resultaten maatschappelijk interpreteerbaar moeten zijn. Wat dat betreft kijk ik met enige zorg naar de toenemende preoccupatie op wiskundige modellen in de economie. Met wiskunde is natuurlijk helemaal niets mis, maar het moet dienstbaar zijn en niet leidend.

Uit talloze experimenten blijkt dat mensen inderdaad andere motieven hebben dan maximale winst of consumptie. Daar zou niet de conclusie uit getrokken moeten worden – zoals sommigen doen - dat de economie als wetenschap niet deugt. Maar zoals Jan Pen terecht schrijft<sup>10</sup> lijkt de ‘enge’ homo economicus sinds het boek van P. Hennisman, *Economisch motief en economisch principe* (1945) op zijn retour.

Gelukkig zijn er nog maar weinig economen die in zuivere vormen van de homo economicus geloven. Er verschijnt steeds meer literatuur, ook in de toptijdschriften, over intrinsieke motivatie. Nobelprijswinnaar Amartya Sen is een van de pioniers op dit terrein. Maar zelfs vanuit theoretische hoek is er belangstelling. Zo heeft de befaamde Franse theoretische industriële econoom Jean Tirole verschillende publicaties op zijn naam staan over intrinsieke motivatie.<sup>11</sup> En Tilburg heeft een traditie op dit terrein in het werk van Uri Gneezy, Aldo Rustichini en Patrick Francois.

Ook recente populair-wetenschappelijke boeken zoals Diane Coyle's 'The Soulful Science', Steven Levitt en Stephen Dubner's 'Freakonomics', Tyler Cowens 'Discover your Inner Economist' of Tim Harford's 'The Undercover

---

<sup>10</sup> [http://www.dbnl.org/tekst/pen\\_002dats01\\_01/pen\\_002dats01\\_01\\_0062.htm](http://www.dbnl.org/tekst/pen_002dats01_01/pen_002dats01_01_0062.htm)

<sup>11</sup> Bijvoorbeeld, Bénabou R. and J. Tirole, (2003), Intrinsic and Extrinsic Motivation, Review of Economic Studies Volume 70-3, p 489-520.

Economist' vertellen verhalen waarin markten en actoren in een modern en vaak sociaal jasje gestoken zijn.

In de zorg worden werknemers niet louter door salaris aangetrokken, dat is duidelijk. Ook patiënten hebben andere belangen dan zoveel mogelijk zorg te consumeren. Het is daarmee van belang het functioneren van zorgmarkten te bezien vanuit het perspectief dat de actoren in de zorgmarkt ook andere motieven hebben dan die van de homo economicus. Maar we moeten ook weer niet gaan doen alsof zorgaanbieders charitatieve instellingen zijn waarin iedereen louter door menslievendheid en altruïsme wordt gedreven. Zo weten we best dat er hard wordt onderhandeld over salarissen van specialisten en dat patiënten, als zij percipiëren dat zorg gratis is, onnodig veel zorg consumeren.

Hoe om te gaan met de wat abstract klinkende begrippen als intrinsieke motivatie? Bij het onderzoek naar andere dan geldelijke motieven zijn de volgende vragen relevant: (i) Hoe kan het dat diensten ontstaan die gratis (of tegen een lager salaris) worden aangeboden? (ii) Onder welke omstandigheden dreigt een tekort aan dergelijke diensten te ontstaan? (iii) Wat kunnen we doen om dat tekort terug te dringen?

Het klassieke voorbeeld van Titmuss is de bloeddonor.<sup>12</sup> De donor biedt zijn diensten pro deo aan, omdat hij of zij daartoe intrinsiek gemotiveerd is. Vanzelf gaat dat niet, vandaar het tekort aan donoren. Hetzelfde verhaal bij orgaandonoren. Als je bloeddonoren echter gaat betalen dan kan dat zelfs tot een daling van het aantal donoren leiden, omdat hun intrinsieke motivatie daalt. De diensten worden gemonetariseerd en daarmee tot op zekere hoogte gebanaliseerd. Een relevante vraag is hoe – als maatschappij – ervoor te zorgen dat er voldoende aanbod blijft van die diensten.

Hoe vertalen we dit naar de zorg? Je zou kunnen zeggen dat veel zorgwerkers motivatie ontleen uit het feit dat zij bijdragen dat er mensen genezen worden. Plat gezegd zijn zij bereid hiervoor salaris in te leveren. Op het moment dat de zorg verzakelijkt wordt door het invoeren van marktwerking is er een zeker gevaar dat deze intrinsieke motivatie wordt ondermijnd. Het is dus zaak hier aandacht aan te besteden.

---

<sup>12</sup> Titmuss, Richard M. *The Gift Relationship*. London: Allen and Unwin, 1970.

Bij de zorg is intrinsieke motivatie echter zelden in de zuivere vorm te zien als bij bloeddonoren. Verpleegkundigen gaan echt niet gratis werken omdat ze het zo prettig vinden zieken te verzorgen. Artsen besteden niet een substantieel deel van hun leven aan studie alleen omdat zij een warm gevoel krijgen van genezen.

Het blijkt ook sterk af te hangen van welk type functie men uitoefent hoe de balans hier ligt. De titel van deze oratie wordt daarmee wat duidelijker. Op sommige onderdelen van de zorg is men eerder ondernemer werkzaam in de zorgsector. Een zorgende ondernemer zo je wilt. Bijvoorbeeld de verzekeringsmarkt kent een dergelijk karakter. Bij zo'n markt passen ook zo veel mogelijk normale marktinstrumenten en hoeft men niet al te lang stil te staan bij andere motivaties. Aan de andere kant van het spectrum staan vrijwilligers. Zij lijken het meeste op bloeddonoren. En we hebben alles ertussen in.

In een artikel in wording betoog ik dat mensen naast extrinsieke motivatie (zeg maar geldelijk gewin), door drie typen andere motieven geleid worden, namelijk intrinsieke motivatie, respect en dankbaarheid. Om te bepalen in welke mate diensten aangeboden worden waarin deze motieven een rol spelen, is het van belang om deze motieven allereerst te herkennen, vervolgens te bezien in welke mate ze zich voordoen en tot slot instrumenten te verzinnen die inspelen op deze motieven.

Om het concreet te maken neem ik mezelf als voorbeeld. Ik ben als wetenschapper niet uitsluitend in geld geïnteresseerd, anders had ik wel een ander beroep gekozen. Ik doe onderzoek omdat ik er belang aan hecht de wetenschap een stapje verder te brengen. Daarnaast neemt mijn motivatie toe als wat ik doe respect oplevert. Tot slot ben ik als wetenschapper dankbaar als ik les mag geven aan goede en gemotiveerde studenten. Niet iedere wetenschapper heeft dezelfde verdeling van deze motieven. Sommige zijn helemaal niet in geld geïnteresseerd, andere juist meer.

Om te zorgen dat wetenschappers maximaal gemotiveerd zijn, is het niet alleen van belang motieven te onderkennen maar ook de verschillen. Je kunt dit principe eenvoudig in de praktijk brengen.

Als hoofdredacteur van een wetenschappelijk tijdschrift heb ik een experiment gedaan om referees die commentaar moeten leveren op collega's te 'belonen'.

Ik liet ze kiezen uit A) een geldelijke beloning; B) een storting van de uitgever op een goed doel naar keuze; C) een belofte dat ik ze de komende twee jaar niet nog een keer zou vragen als referee, of D) het bekend maken in het artikel van de naam van de referee als iemand die een waardevolle bijdrage heeft geleverd.

Zonder op de details te willen ingaan is het duidelijk dat verschillende opties aan verschillende motieven appelleren. Omdat het moeilijk is om goede en snelle referees te krijgen, is iets nodig. En het werkte, want alle referees leverden braaf hun rapporten op tijd af. En het werd ook snel duidelijk dat andere dan geldelijke motieven een rol spelen: verreweg de populairste keuze was B. Wat is nu de relatie met de zorg?

Zoals gezegd hebben zorgwerkers ook andere dan geldmotieven. Bij het invoeren van marktwerking is het van belang te bezien in welke mate verschillende motieven beïnvloed worden. Het zal blijken dat marktwerking niet per definitie ten koste gaat van die motieven. Marktwerking kan namelijk de motivatie ook versterken. Maar vanzelfsprekend is dat niet. Als marktwerking betekent dat managers met onduidelijke toegevoegde waarde een paar Balkenendes opstrijken, kan de intrinsieke motivatie van zorgwerkers eroderen. Omgekeerd kan het aanwakkeren van ondernemerschap klantvriendelijkheid doen toenemen met positieve gevolgen voor dankbaarheid en respect.

Concluderend, het is niet alleen van belang te bezien hoe ondernemerschap ruimte te geven en hoe informatie rents te minimaliseren. Ook is het van belang open ogen te houden voor andere motieven van zorgwerkers en te bezien hoe marktwerking die motieven beïnvloedt.

## 7 Tussenbalans

Het is tijd voor een tussentijdse balans. We constateerden dat het oude stelsel weinig duurzaam was. Invoering van het nieuwe stelsel lag voor de hand. Het nieuwe stelsel kenmerkt zich door de introductie van marktwerking op een aantal terreinen.

We zagen vervolgens dat zorgmarkten weliswaar kunnen functioneren, maar op een indirecte manier. De baten van het invoeren van marktwerking loopt vooral via het bieden van ruimte aan ondernemerschap. Een gevolg van de indirecte

manier van concurrentie is dat er meer behoefte aan informatie is. Dit kan positieve gevolgen hebben omdat aanbieders beter vergelijkbaar worden, maar er dreigen ook informatie rents die de performance van de sector kunnen ondermijnen. Tot slot is het nodig om de gevolgen van marktwerking te analyseren vanuit het perspectief van de motivatie van zorgverleners.

In het vervolg werk ik de balans tussen ondernemerschap, het verminderen van informatie rents en intrinsieke motivatie uit in een voorbeeld van ziekenhuizen.

## 8 Toepassing op ziekenhuizen

Om te begrijpen hoe de begrippen ondernemerschap, informatie rents en intrinsieke motivatie vorm te geven bij ziekenhuizen, moeten we eerst de aard van een ziekenhuis bestuderen.

Een ziekenhuis is een instelling waar een ongekend grote diversiteit aan diensten plaatsvindt. In Nederland is het vaak zo dat een ziekenhuis vrijwel alle zorg biedt. Specialistische klinieken zijn in opmars maar ten opzichte van bijvoorbeeld België is het nog een vrij marginaal verschijnsel. Zo'n breed aanbod heeft voordelen, maar heeft ook hogere zorgkosten en een relatief lage kwaliteit tot gevolg.<sup>13</sup> Men kan zich immers niet specialiseren.

De diensten worden verleend door onafhankelijke professionals, die zelf het beste weten wat goed is voor patiënten. In een rapport naar aanleiding van het NZa advies over winstgerichtheid bij ziekenhuizen constateert Cools (2008) verder nog het volgende.<sup>14</sup>

Primaire patiëntprocessen (diagnose, behandeling, opname, controle) zijn complex en onzeker. Dit maakt dat een optimale organisatie van groot belang is voor het succes van een ziekenhuis. De medisch specialisten hebben zelf wel de beste informatie maar weinig of geen financiële prikkels om de kosten te beperken en de processen onderling goed op elkaar af te stemmen.

---

<sup>13</sup> [http://www.ctg-zaio.nl/7113/10118/44855/Ondernemersschap\\_in\\_de\\_zorg1.pdf](http://www.ctg-zaio.nl/7113/10118/44855/Ondernemersschap_in_de_zorg1.pdf)

<sup>14</sup> *ibid*



Mede hierdoor ziet Cools een groot verbeterpotentieel. Op basis van onderzoek en interviews komt hij tot een potentieel van 20-40% kostenverlaging en 10-40% kwaliteitstoename. Dit is van belang omdat er anders weinig redenen zijn ondernemerschap te stimuleren.

Hij ziet verbeteringen vooral op het aanbrengen van focus, het specialiseren en het borgen van financiële stabiliteit. Als belangrijkste belemmeringen voor het bereiken van die doelen noemt Cools: (i) Onvoldoende prikkels om kwaliteit tegen de laagste kosten te leveren; (ii) de belangen van medici, directies en patiënten lopen niet parallel; (iii) onvoldoende transparantie over de kwaliteit van zorgaanbieders; (iv) het DBC systeem dat nog te beperkt is en kinderziektes kent.

## Ondernemerschap

Om te bepalen hoe een ziekenhuis zich kan onderscheiden van concurrenten is allereerst nodig te bezien wie die concurrenten zijn. Dat zijn in eerste instantie andere ziekenhuizen, maar in toenemende mate ook ZBCs, die zich veelal op deelterreinen concentreren. Ziekenhuizen zijn daarmee geconfronteerd met een zeer dynamische situatie. Er zijn nieuwe concurrenten, er is een nieuw stelsel met een sterkere rol voor verzekeraars, er is meer behoefte aan vergelijkingen voor patiënten, er wordt een nieuwe manier van financiering opgetuigd gebaseerd op DBC's, en er is toenemende aandacht, onder meer in de media, voor topsalarissen, medische misstanden en fusies.

Tegen deze achtergrond is het logisch om ondernemerschap binnen ziekenhuizen primair te zoeken in het doorbreken van bestaande patronen in de interne organisatie en nieuwe vormen van financiering aanboren. Voor het eerste pleit dat in de oude constellatie de ziekenhuizen niet ingericht waren op grote klantvriendelijkheid. Ik zal u de pijnlijke anekdotes uit eigen ervaring besparen, maar ik denk dat iedereen wel weet dat hier nog een wereld te winnen is. Ook de Consumentenbond en de NPCF rapporteren hier regelmatig over. Zo constateert de NPCF dit jaar nog in hun 'Rapport Meldactie Klantvriendelijkheid'<sup>15</sup> onder meer dat in de meeste ziekenhuizen nog steeds lange wachttijden voorkomen, er

---

<sup>15</sup> [http://www.npcf.nl/uploads/files/////rapport\\_meldactie\\_ziekenhuizen08.pdf](http://www.npcf.nl/uploads/files/////rapport_meldactie_ziekenhuizen08.pdf)

nagenoeg geen informatie over wordt gegeven, dat mensen naar diverse balies voor afspraken moeten en op korte termijn geen nieuwe afspraken kunnen worden gemaakt.

De tweede vorm van ondernemerschap bestaat uit het aanboren van nieuwe vormen van financiering en het experimenteren met winstgerichtheid. Door de stijgende zorgkosten en de noodzakelijkheid van grote investeringen in ziekenhuizen is het steeds meer gebruikelijk private financieringsbronnen aan te boren. Recentelijk zijn daar meerdere voorbeelden van te zien geweest zoals bij het Slotervaart- en het IJsselmeerziekenhuis of het Vlietland Ziekenhuis in Schiedam.

Dit is des te belangrijker omdat Nederlandse ziekenhuizen relatief hoge schulden hebben en stevige lasten van onroerend goed. Voor de 'oude' financiers was dit niet een groot probleem door een min of meer gegarandeerde inkomensstroom en redelijke rendementen.

Omdat het Ministerie van VWS voornemens is om kapitaallasten integraal in tarieven op te nemen,<sup>16</sup> vallen de zekerheden van automatische aanvullingen langzamerhand weg. Hierdoor ontstaat behoefte aan andere vormen van financiering. Die financiering kan overigens op verschillende manieren worden vormgegeven, via winstgerichtheid, een bv structuur of een coöperatie, allemaal met hun eigen voor- en nadelen.

Wat er kan gebeuren als private investeerders in ziekenhuizen investeren?

Als eerste krijgen ziekenhuizen een prikkel om goede exploitatieresultaten te laten zien, omdat dit investeerders aantrekt. Ook is er een link met de interne bedrijfsvoering, die immers samenhangt met de bedrijfsresultaten. Ten tweede verhoogt het de mogelijkheden voor vernieuwing in tal van dimensies. Vernieuwing van het bestaande aanbod van instellingen, vernieuwing van het management in het geval van falen en vernieuwing van de relatie tussen management en specialisten.

Om deze baten te genereren, moet er ook aandacht zijn voor eventuele risico's.

---

<sup>16</sup> [http://www.minvws.nl/images/mc-2783995a\\_tcm19-149732.pdf](http://www.minvws.nl/images/mc-2783995a_tcm19-149732.pdf)

Cools (2008) en de NZa (2008)<sup>17</sup> noemen als eerste het weglekken van vermogen uit de zorgsector. Ten eerste is het niet evident dat dit gebeurt. Immers als er meer kansen op ondernemerschap komen, ligt het in de rede dat er juist meer geïnvesteerd wordt in de zorg. Verder kan dit ondervangen worden door onafhankelijke partijen in te schakelen bij het waarderen van het ziekenhuis en door hierin transparantie te betrachten. Een tweede risico bestaat uit het uitbetalen van zodanig hoge winstuitkeringen dat daarmee onnodig middelen aan de zorg worden onttrokken. Dit kan deels ondervangen worden door beperkingen op te leggen aan het dividendniveau en andere uitkeringen aan aandeelhouders. Als derde is er een risico voor te hoge beloningen voor de top. De NZa<sup>18</sup> meent hiervoor dat standaard corporate governance en transparantie afdoende zouden moeten zijn, maar ik vraag me af of de kredietcrisis en de deconfiture van ABN Amro niet hebben aangetoond dat op dat vlak er nog wel een wereld te winnen is. Zo weten we dankzij de journalist Jeroen Smit dat bij ABN Amro de Raad van Commissarissen jarenlang als makke lammetjes akkoord ging met exorbitante bonussen voor falende managers. Juist bij ziekenhuizen is de corporate governance nog niet zo stevig verankerd dat ik daar al mij geld op zou durven te zetten. Het lijkt mij dat een variant op de Balkenende norm hier ook soelaas zou kunnen bieden. Er zijn ook nog andere risico's zoals upcoding of misbruik van marktmacht. Daar is ook veel over te zeggen, maar laat ik het bij deze voorbeelden houden.

We hebben gezien dat het van belang is ruimte te bieden aan nieuwe vormen van financiering. Het blijkt echter dat er een onverwacht obstakel is, in de vorm van een haperend fusietoezicht. Nu zijn er tal van fusies die prima zijn en horen bij het proces van verandering. Maar het is niet allemaal koek en ei. Fusies zijn om twee redenen relevant voor de kansen op ondernemerschap. Ten eerste zijn er interessante alternatieven voor fusies. Voor die gevallen waarin ziekenhuizen ondermaats presteren en waarin niet goed te zien is waarom een fusie dit zou verbeteren, kunnen buitenlandse of binnenlandse investeerders soelaas bieden. Ten tweede kunnen fusies die niet goed uitpakken funest zijn voor ondernemerschap. Een adequaat fusietoezicht is dus meer dan gewenst, maar daar ontbreekt het nu juist aan.

---

<sup>17</sup> [http://www.ctg-zaio.nl/7113/10118/44855/Ondernemersschap\\_in\\_de\\_zorg1.pdf](http://www.ctg-zaio.nl/7113/10118/44855/Ondernemersschap_in_de_zorg1.pdf)

<sup>18</sup> [http://www.nza.nl/7113/10118/44855/NZa\\_Experiment\\_winstoogmerk1.pdf](http://www.nza.nl/7113/10118/44855/NZa_Experiment_winstoogmerk1.pdf)

## **Uitstapje: fusies**<sup>19</sup>

Met mijn collega Wolf Sauter ben ik tot de conclusie gekomen dat er vier problemen zijn bij het beoordelen van fusies.

*Ten eerste* is de zorgmarkt een markt waar de politiek als doel heeft gesteld om de mededinging aan te wakkeren. Een fusie kan de liberalisering frustreren. Als de fusie de weinige concurrentie die er is tussen ziekenhuizen vermindert maar niet significant, kan geen enkele autoriteit hier iets aan doen. Voor gewone markten is dat geen probleem. De NMa moet niet op de stoel van de ondernemer gaan zitten door alleen fusies goed te keuren waarvan het maatschappelijke belang onomstotelijk vaststaat. Maar bij markten waar men als doel heeft gesteld om de concurrentie aan te wakkeren, is het ongewenst.

*Ten tweede* kent de zorg publieke belangen die de mededingings sfeer ontstijgen en die soms haaks kunnen staan op mededingingsbelangen. Soms zijn publieke belangen in wetgeving verankerd, maar niet altijd. De grote vraag is of er wel voldoende instrumenten zijn om te voorkomen dat een fusie ten koste gaat van die publieke belangen. Dat deze problemen verre van denkbeeldig zijn bewijst het voorbeeld van de IJsselmeerziekenhuizen. Het is een curieuze gedachte dat als twee ziekenhuizen beneden de maat presteren een fusie soelaas zou bieden. Misschien als het gebrek aan schaal of synergie de oorzaak van de problemen zijn, maar dat is lang niet altijd het geval. Het ligt vaker meer voor de hand om aan een overname te denken zoals bij het Slotervaartziekenhuis. Zo'n overname hoeft niet te gebeuren door een directe concurrent, waarmee de eventuele bezwaren van een fusie verdwijnen.

*Ten derde* moet de NMa om een fusie te beoordelen de relevante markt afbakenen. Uit onderzoek van onder meer Marco Varkenvisser en Erik Schut van de Erasmus Universiteit blijkt dat er methodologische problemen zijn met het precies bepalen van die relevante markt. Ook is uit dat onderzoek duidelijk dat de NMa lang niet altijd alle mogelijkheden gebruikt die er zijn. Bijvoorbeeld de Duitse Bundeskartellamt gaat gedetailleerder te werk. De gevolgen zijn dat er twijfel blijft bestaan omtrent de relevante markt. Omdat de bewijslast bij de NMa ligt, krijgen de partijen in dat geval het voordeel van de twijfel. Dat betekent de facto een bias richting goedkeuren van fusies.

*Ten vierde* kan bij ziekenhuizen op onderdelen marktmacht ontstaan. Bij zorginhoudelijke misstanden, zoals falende luchtkwaliteit in operatiekamers, reageren patiënten sterk, ook al zijn die in andere segmenten dan de voor hen relevante. Maar op andere aspecten (gemiddelde kwaliteit, kwaliteit van dienstverlening, wachtlijsten) geldt dit veel minder. Vaak weten patiënten niet eens hoe een ziekenhuis op deze terreinen scoort ten opzichte van naaste concurrenten. Het vergelijken van ziekenhuizen staat immers nog in de kinderschoenen. Als

---

<sup>19</sup> Dit gedeelte is gebaseerd op mijn twee columns in het blad 'Markt en Mededinging' (augustus en december 2008).

reputatie niet meetbaar is, zijn problemen op één segment van de kwaliteit niet gemakkelijk corrigeerbaar.

*Hoe kunnen we deze problemen tegengaan?*

Er is iets te zeggen voor een wat zwaardere rol voor de NZa. Ook bij andere markten met bijzondere karakteristieken wordt zo'n model gebruikt. De DNB heeft verantwoordelijkheden bij bankfusies, terwijl ook bij de media er bijzonder regels zijn rondom fusies. Dit vereist wel dat de bijzondere publieke belangen goed omschreven zijn, want aan een politiek pandemonium bij iedere zorgfusie heeft niemand behoefte.

## Informatie rents

Ziekenhuizen rekenen niet rechtstreeks af met patiënten. Ook de kwaliteit kunnen patiënten in de regel niet rechtstreeks observeren. Hiervoor hebben zij de NPCF, het Centrum Klantervaring Zorg, de NZa en de inspectie voor nodig. Allemaal indirecte manieren om de markt te laten functioneren. In beginsel is het creëren van die nieuwe informatiestromen gunstig. Het stelt patiënten in staat beter te kiezen en zorgt daarmee dat ziekenhuizen geprikkeld worden om extra hun best te doen.

Maar er zijn ook risico's. Behalve dat die extra informatie ook geld kost (iemand moet immers het salaris van de medewerkers van de Inspectie en de NZa ophoesten), spelen informatieproblemen hier ook een rol. Dit heeft een interne en externe dimensie.

Eerst de interne dimensie, in de vorm van de gevestigde belangen van specialisten. Het is evident dat zij noodzakelijk zijn voor het functioneren van ziekenhuizen. Omdat zij de benodigde kennis hebben voor het uitvoeren van complexe behandelingen hebben zij informatie-macht. Zoals eerder geconstateerd, is er daarbij een zeker gevaar dat zij ook informatie rents opstrijken.

In eerste instantie moeten we niet uit het oog verliezen dat specialisten de informatie benutten ten behoeve van patiënten. Maar specialisten zijn ook mensen. Het was opvallend dat na het 'boter bij de vis' besluit van voormalig Minister Borst de productie plotseling flink opgevoerd werd. Ook wordt vaak aangevoerd dat medisch specialisten in Nederland beter betaald worden dan in

het buitenland, zeer recentelijk nog door de OESO, en dat de maatschappen de specialisten teveel macht geven.<sup>20</sup>

Nu kun je best nog nuances aanbrengen in de hoogte van salarissen en de merites van maatschappen. Wel valt op dat uit de OESO cijfers duidelijk volgt dat specialisten die gevestigd zijn als vrije ondernemers aanzienlijk meer verdienen. Ook valt op dat een dergelijke verhouding binnen Nederland geldt.<sup>21</sup> Maar het gaat mij niet primair om de hoogte van het salaris. Specialisten in een maatschap (80% in Nederland) hebben een sterke financiële prikkel om de baten van de maatschap te optimaliseren en niet die van het ziekenhuis. Dat hoeft niet (alleen) tot uitdrukking te komen in hogere salarissen. Om de informatie rents te minimaliseren moeten die belangen parallel lopen.

Dit kan op drie manieren. Ten eerste door specialisten vaker in loondienst te laten zijn. Dat vereist wel dat er goede afspraken komen om specialisten wel goed te belonen indien zij erin slagen hun belangen parallel te laten lopen met die van het ziekenhuis. Ten tweede, zoals ook gebruikelijk in andere beroepsgroepen met maatschappen, door maatschappen ook verantwoordelijk te maken voor de kosten en de logistiek en niet alleen voor de opbrengsten, zoals nu het geval is. Het Onze Lieve Vrouwen Gasthuis experimenteert al jaren naar volle tevredenheid met deze benadering. Het is verstandig dit experiment verder uit te venten. Ten derde, door de schaarste aan specialisten te verminderen. De vergelijking met België, waar veel meer artsen zijn, dringt zich hierbij op. Het vergroten van de hoeveelheid specialisten is ten onrechte al jarenlang tegengehouden in Nederland. Zelfs indien dit niet direct tot een lager salaris zou leiden (specialisten in België worden ook goed betaald) betekent het wel een afname van de onderhandelingsmacht van specialisten wat een gezonde zaak is.

Dan de externe dimensie. Verzekeraars en toezichthouders krijgen in toenemende mate een rol in het disciplineren van ziekenhuizen. Dit biedt ziekenhuizen een mogelijkheid om van hun informatievoorsprong gebruik te maken om rents op te strijken. Hoe zou dat kunnen werken?

Informatie rents kunnen ontstaan als ziekenhuizen gebruik maken van fouten in de DBC-gewichten. Door meer aandacht te besteden aan lucratieve DBCs

---

<sup>20</sup> <http://www.oecd.org/dataoecd/53/11/38976572.pdf>

<sup>21</sup> Cools (2008) *ibid.*

kunnen zorgtaken minder efficiënt gaan verlopen. Ook kan het efficiënt zijn om eenvoudige verrichtingen over te laten aan de eerste lijn. Ziekenhuizen moeten dan wel een prikkel hebben tot deze taakherschikking, want anders worden ze gestraft voor efficiënt handelen.

## Intrinsieke motivatie

In een ziekenhuis werken verschillende typen medewerkers: administratief personeel, management, artsen en verpleegkundigen. Voor de discussie over intrinsieke motivatie zijn artsen en verpleegkundigen het meest interessant. De vraag is hoe het invoeren van marktwerking de motivatie van artsen en verpleegkundigen kan beïnvloeden.

Wat drijft bijvoorbeeld een arts naast een interessant salaris? Artsen zijn gedreven door intrinsieke motivatie (het levert hen nut op patiënten te genezen). Wat belangrijk hier is dat intrinsieke motivatie in mensen zelf zit en niet direct beïnvloedbaar is door anderen. Daarnaast is er nog een hierop lijkend motief maar dat wel beïnvloedbaar is: dankbaarheid. Grofweg gezegd zijn artsen tevreden als hun patiënten tevreden zijn. Tot slot is er respect. Dat wil zeggen dat artsen gedreven worden door het respect dat de samenleving of de organisatie waarin ze werkzaam zijn aan hun diensten ontnemen.

Artsen zijn daarmee niet fundamenteel anders dan andere beroepsgroepen, maar het is belangrijk te bezien in welk opzicht ze nu juist wel anders zijn. Daarnaast is het van belang deze motivaties te onderkennen en te bezien hoe veranderingen kunnen uitwerken op deze motivaties. Ook is het zo dat verschillende artsen verschillende gewichten kunnen toekennen aan de verschillende motieven.

Stel bijvoorbeeld dat artsen zeer sterk intrinsiek gemotiveerd zijn, zodanig dat eventuele financiële prikkels die ze kunnen verleiden om af te wijken van het ziekenhuisbelang zonder consequenties blijven. In dat geval hoeft men daar evident minder aandacht aan te besteden. Stel echter dat artsen vooral gevoelig zijn voor respect. Als het management en de samenleving aantoonbaar hoge waardering heeft voor de activiteiten van de artsen zijn zij bereid zich beter voor de zorg in te zetten. Dit heeft ook consequenties voor hoe je stuurt. Tot slot, stel dat er grote verschillen zijn tussen de motivatie van artsen. Nu is het wedden op één sturingspaard gevaarlijk omdat je dan altijd een deel van de artsen demotiveert.

Hieronder laat ik verder zien hoe verschillend het invoeren van marktwerking op de motieven kan werken.

## 9 Het verbinden van de drie elementen

Wat gebeurt er nu met onze drie elementen ondernemerschap, intrinsieke motivatie en informatie rents na invoering van marktwerking?

Eerst – hypothetisch - hoe het niet moet. Door een ongelijke behandeling van ziekenhuizen en ZBCs pakken de ZBC alle patiënten van ziekenhuizen af op deelterreinen. Hierdoor daalt de motivatie van ziekenhuisartsen. De invoering van DBCs is zo rommelig dat ziekenhuizen lucratieve winsten behalen met sommige DBCs terwijl met andere juist flinke verliezen geboekt dreigen te worden. Ziekenhuisdirecteuren stimuleren hun artsen daarom veel van de lucratieve behandelingen te doen. Artsen willen dit eigenlijk niet want het ondermijnt hun intrinsieke motivatie. Er verschijnen nare berichten in de media over zorgverkwanselende geldwolven. Dit leidt tot een daling van respect en klanttevredenheid. Ziekenhuisdirecteuren weten dat ze betaald worden afhankelijk van schaal, wat een golf van fusies teweeg brengt waar de NMa maar weinig tegen kan ondernemen.

Leidt marktwerking noodzakelijkerwijs tot dergelijke doemscenario's? Misschien toch niet. Het zijn de verkeerde vormen van ondernemerschap en toezicht die tot deze ongewenste uitkomsten leiden. Maar die effecten zijn niet onlosmakelijk aan marktwerking gebonden.

Het kan namelijk ook anders. Als je ondernemerschap op de goede manier stimuleert, leidt dat juist tot verbetering van de motivatie van artsen. Men vergeet allicht dat de zorg een lange traditie van zelfsturende professionals heeft, en zeker geen van bureaucraten. Huisartsen, specialisten, apothekers, verzekeraars, ziekenhuizen, het zijn allemaal ondernemers of ondernemingen met individueel optredende professionals, die liefst zelf bepalen hoe de zorg het best verleend kan worden. Ondernemerschap zit zorgwerkers veel meer in de genen dan menigen zich realiseert.



Ook kan ondernemerschap het imago van een sector juist vergroten, de dienstverlening aan patiënten verbeteren en daarmee de dankbaarheid. Informatie rents kunnen ook afnemen door invoering van ondernemerschap.

Een hypothetisch voorbeeld. Stel we hebben een niet functionerend ziekenhuis. Het is in financiële moeilijkheden gekomen. De Inspectie heeft al een paar jaar kritische rapporten geschreven; een paar goede specialisten zijn net overgelopen naar een concurrent. Voor de directie is het moeilijk hier wat aan te doen, door historische machtsposities en gebrekkige gegevens. Door geringe concurrentie en gebrekkige corporate governance is de directie ook niet hard geprikkeld in te grijpen.

Dan gebeuren er allemaal dingen tegelijk. Er meldt zich een private financier die onder bepaalde condities alle schulden wil overnemen en enkele miljoenen wil investeren om de zorgkwaliteit te verbeteren. Op enkele cruciale gebieden worden DBCs ontwikkeld die meer inzichtelijk aan de directie maken hoe de middelen verdeeld worden. De maatschap wordt meer verantwoordelijk voor de kosten en de logistiek. Ook meldt zich een verzekeraar die bereid is in de toekomst het ziekenhuis aan te bieden in een pakket goedkopere zorg, mits aan een aantal condities voldaan is.

Wat gebeurt er? De nieuwe financier is in staat de bestaande patronen te doorbreken daarbij geholpen door nieuwe directie, de zojuist ontwikkelde DBCs en het maatschap in zijn nieuwe jasje. Het ziekenhuis komt positief in het nieuws; enkele bekwame specialisten van een naburig ziekenhuis voelen zich plotseling aangetrokken door de dynamiek en melden zich aan de poort.

De nieuwe financier laat een nieuwe wind waaien, waardoor ook binnen het ziekenhuis mensen beloond worden voor goede ideeën. De corporate governance wordt aangescherpt, om er voor te zorgen dat ook intern het toezicht goed is geregeld. In zo'n scenario kan het zijn dat informatie juist ten goede komt aan de patiënt en de motivatie van zorgverleners verbetert. Het imago van het ziekenhuis en de klanttevredenheid stijgen. De transparantie wordt vergroot waardoor de informatie rents dalen.

Het voorbeeld laat zijn dat in het samenspel tussen de drie intermediaire doelen zowel positieve als negatieve spiralen mogelijk zijn.

## 10 Conclusie

De introductie van marktwerking in de zorg in Nederland kan een succes opleveren. Onze uitgangssituatie is al rooskleurig te noemen. Door velen wordt het Nederlandse systeem gezien als het systeem van de toekomst. Barack Obama heeft zijn belangstelling al laten doorschemeren.

Niettemin is er nog een hoop werk aan de winkel. In deze oratie heb ik laten zien onder welke omstandigheden marktwerking de grootste kans op succes heeft.

Als eerste constateer ik dat ruimte voor ondernemerschap de lijn is waarlangs baten geplukt kunnen worden. Er is groot potentieel voor ondernemerschap in de zorg en lang niet al dit potentieel wordt benut. Er zijn wel diverse manieren om ondernemerschap vorm te geven, en bij iedere sector en in iedere situatie moet kritisch worden bekeken wat de beste methode is om zorgdoelen te realiseren.

Ruimte bieden aan ondernemerschap heeft invloed op het gedrag van alle betrokkenen. Doordat concurrentie in zorgmarkten veelal op indirecte manier verloopt, is het zaak om de extra benodigde informatiestromen verstandig te managen. Dit zorgt ervoor dat van iedere euro een zo groot mogelijk deel aan zorg wordt besteed.

Tot slot heeft ondernemerschap ook invloed op de motivatie van zorgwerkers. Ook dit kan twee kanten op gaan. Ondernemerschap dat in dienst staat van de zorg zal zorgverleners motiveren. Gaat het echter vooral om beloningen, dan kan de motivatie afnemen, zeker als dit tevens gepaard gaat met een negatieve publiciteit en een verslechterend imago van de sector.

Bij een correcte introductie van marktwerking kunnen alle drie de intermediaire doelen elkaar versterken. We zagen dit bij het voorbeeld van ziekenhuizen.

Dit geldt ook voor andere sectoren binnen de zorg. Omdat de vormen van ondernemerschap, mogelijkheden tot het opstrijken van informatie rents en de motieven bij iedere sector anders zijn, geldt dat maatwerk vereist is.

Dit verklaart ook de titel van deze oratie. Bij thuiszorg denkt men eerder aan zorgverleners die het ondernemerschap kunnen ontdekken. Bij verzekeraars aan ondernemers die werkzaam zijn in de zorg. Zorgende ondernemers of ondernemende zorg. Een klein verschil in taal, een groot verschil op de werkvloer. En ziekenhuizen zitten er tussenin. Voor alle sectoren geldt dat meer ruimte voor ondernemerschap zorgdoelen kan dienen.

In het politieke discours is er inmiddels de nodige aandacht voor ondernemerschap. Wel valt op dat er extreem veel aandacht is voor risico's en veel minder voor de interessante baten die ondernemerschap kan opleveren. Dit verklaart waarom iets goed controleerbaars als experimenten met winstuitkering bij ziekenhuizen nog steeds niet van de grond komt.

Ook is er – zij het indirect - enige aandacht voor informatie rents, geïllustreerd door de discussie over upcoding. Het grootste politieke probleem is dat er een politieke prikkel bestaat om informatie rents terug te dringen door excessieve vormen van controle en bureaucratie. Het is van belang niet alleen de directe kosten van deze bureaucratie in de afwegingen mee te nemen, maar ook de gevolgen op ondernemerschap en motivatie. Vaak is het beter achteraf, steekproefsgewijs of selectief te toetsen – en dan streng op te treden indien een misstand wordt geconstateerd - dan enorme papierwinkels op te zetten.

Het zou verstandig zijn om marktwerking te beoordelen vanuit het perspectief van de drie intermediaire doelen en vooral ook de samenhang tussen de diverse doelen. Zo kan de discussie analytisch zuiverder verlopen. Het is makkelijker in te zien wat de causaliteit is tussen het invoeren van marktwerking en de drie intermediaire doelen terwijl het ook mogelijk is een link te leggen tussen de intermediaire doelen en de finale zorgdoelen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid. En tot slot ontstaat op die manier draagvlak voor maatregelen, al zullen er altijd klagers zijn. Immers waar er dingen worden veranderd, zijn er mensen die erop achteruit gaan.

## **Dankwoord**

Graag wil ik afsluiten door enkele van de aanwezigen in het bijzonder te bedanken.

In de eerste plaats de NZa en de Stichting Bijzondere Leerstoelen UvT voor het creëren van deze bijzondere leerstoel en voor het in mij gestelde vertrouwen.

Hooggeleerde van Damme en Larouche, beste Eric en Pierre. Ik dank jullie als directeuren van TILEC. Ik verheug mij zeer op een plezierige en productieve samenwerking de komende jaren.

Hooggeleerde Boone, Bovenberg, Hancher en Sauter. Beste Jan, Lans, Leigh en Wolf. Ik werk met veel plezier met jullie samen. Ik ga er vanuit dat dit nog veel moois gaat opleveren de komende jaren.

Beste Ilaria en Matthias. Met jullie heb ik dit jaar de eerste stappen gezet in gezamenlijke zorgprojecten. Ik verwacht dat er nog meerdere volgen.

Ecoryanen. Met jullie vul ik het grootste gedeelte van mijn werkweek. De collegiale, ondernemende en doelgerichte cultuur die er op ECORYS heerst, is voor mij iedere dag weer een feest.

Co-auteurs, in de loop der jaren heb ik met vele tientallen van jullie aan artikelen gewerkt. Jullie vormen voor mij een continue bron van inspiratie.

Marjolein Brüning. Als beste vriendin van mijn echtgenote Jeannette, directeur van Cordaan Thuiszorg en mijn co-auteur van een recent artikel over ondernemerschap in de zorg, vorm jij een bijzondere schakel tussen diverse onderdelen van mijn huidige leven.

Verder is het een goed gebruik om de gezinsleden te bedanken voor het doorstaan van de vele ontberingen die gepaard gaan met de afwezige echtgenoot of vader. Jeannette, Tessa en Joris. Voor jullie geldt dat in het bijzonder. Niemand weet beter dan jullie zelf waarom. Mijn diepste dank gaat naar jullie uit.

Tenslotte wil ik familie, vrienden en andere aanwezigheden bedanken voor jullie aandacht en aanwezigheid.

*Ik heb gezegd.*