

Bachelor scriptie 2012-2013

Ontrafeling van het politieke debat over marktwerking in de gezondheidszorg

Naam: Serena de Jonge

Studentnummer: 340483

Datum van indiening: 03-06-2013

Naam begeleider: Dr. Kor Grit

Naam meelezer: Drs. Martin van Ineveld

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie voor de Bachelor Beleid en Management in de Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit. Deze scriptie vormt de afronding van mijn bachelor en betreft een onderzoek naar het politieke debat over marktwerking in de gezondheidszorg. Naar aanleiding van de Tweede Kamer verkiezingen op 12 september is een aanzet gemaakt voor dit onderzoek, en achteraf kan ik zeggen dat ik veel heb geleerd en dat ik toonaangevende politieke personen heb gesproken.

Vanuit het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg wil ik in het bijzonder Kor Grit bedanken voor zijn kritische blik en begeleiding die mij telkens weer een stap verder bij het eindresultaat hebben gebracht. Ook waardeer ik het enorm dat hij altijd tijdig feedback aan mij heeft kunnen geven. Daarnaast wil ik Martin van Ineveld bedanken dat hij bereid was om als mee-lezer mijn scriptie te beoordelen. Zijn kritische houding jegens mijn projectvoorstel heeft geleid tot een verbetering van deze scriptie.

Tevens wil ik de zeven personen die ik heb mogen interviewen bedanken voor de informatie die zij mij verschaft hebben. Ik waardeer het dat de respondenten tijd wilden vrijmaken voor mijn onderzoek en hun visie op marktwerking in de zorg met mij wilden delen.

Evenzeer wil ik Lieke Bogers, Nicolien Brink en Dyonne Janmaat bedanken. Ik ben van mening dat ik door hun kritische feedback in jaar twee van de bachelor Beleid en Management in de Gezondheidszorg mijn schrijfstijl naar een hoger niveau heb kunnen brengen.

And last but not least wil ik mijn ouders, Frank en Sabine Zeevaart, bedanken voor de mogelijkheid die ze mij hebben gegeven om deze bachelor opleiding af te ronden. Ik wil ze niet alleen bedanken voor het feit dat ze mij die mogelijkheid hebben gegeven, maar ik wil ze ook bedanken voor hun mentale steun en het feit dat ze mij altijd gestimuleerd en gemotiveerd hebben.

Tot slot wens ik de lezers van deze scriptie net zo veel plezier met het lezen toe als ik plezier gehad heb met het schrijven hiervan.

Serena de Jonge

Dordrecht, juni 2013

Samenvatting

Aanleiding onderzoek

Naar aanleiding van de Tweede Kamer verkiezingen op 12 september is een eerste aanzet voor dit onderzoek ontstaan. Op www.stemwijzer.nl stond de stelling: 'Marktwerking zorg: Er moet meer concurrentie (marktwerking) tussen zorginstellingen komen.' Enkele politieke partijen zijn het met deze stelling 'eens', enkele partijen zijn het 'oneens' en sommige partijen nemen het standpunt 'geen van beide' in. Ik vroeg mij af waarom er zo verschillend over dit onderwerp wordt gedacht en wat hieraan ten grondslag ligt, zeker omdat ik vanuit mijn opleiding heb geleerd dat concurrentie in de zorg over het algemeen als goed ervaren wordt.

Doelstelling- en probleemstelling

De doelstelling van dit onderzoek is om meer inzicht te verkrijgen in het concept marktwerking zodat het politieke debat over marktwerking in de zorg ontrafeld kan worden. Hierbij is de volgende probleemstelling geformuleerd: *'Hoe kan het politieke debat over marktwerking in de gezondheidszorg ontrafeld worden?'*

Methodologie

Middels kwalitatief onderzoek dient de probleemstelling beantwoord te worden. In het onderzoek zijn de PvdA, de SP, de VVD, D66, het CDA en de ChristenUnie meegenomen. Binnen dit onderzoek is er gebruik gemaakt van zowel documenten als diepte-interviews. De documenten waar gebruik van is gemaakt zijn onder andere partijprogramma's, krantenartikelen en in mindere mate Handelingen van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Daarnaast zijn er 7 semi-gestructureerde interviews afgenomen. Er is geprobeerd de interviews te houden met de portefeuillehouders van zorg, die daarvoor ook de woordvoering doen in de Tweede Kamer, omdat zij waarschijnlijk het best de standpunten over marktwerking in de zorg naar voren kunnen brengen. Uiteindelijk bleek het niet haalbaar om bij iedere politieke partij de portefeuillehouder van zorg te interviewen en daarom zijn er ook interviews gehouden met medewerkers van Wetenschappelijke Instituten en een Beleidsmedewerker Tweede Kamerfractie.

Resultaten

Uit het onderzoek blijkt dat er bij marktwerking in de zorg niet alleen sprake is van een verhitte ideologische strijd, maar dat er ook sprake is van een Babylonische spraakverwarring. Deze Babylonische spraakverwarring ontstaat onder andere doordat de respondenten zich ervan bewust van zijn dat de term 'marktwerking' een politiek beladen

begrip is en zij proberen deze te (re)framen en politiek strategisch in te zetten. Uit het onderzoek komt ook naar voren dat er consensus bestaat tussen de partijen over welke maatschappelijke belangen de overheid dient te zien als publieke belangen die zij zodoende dient veilig te stellen en te waarborgen. Echter, over de vraag hoe de overheid deze belangen dan dient te borgen ontstaat dissensus. Het merendeel van de partijen wil de randvoorwaarden voorafgaand aan de invoering van een marktsysteem regelen, terwijl enkele partijen het systeem liever achteraf willen reguleren. Sommige partijen zien vooral de successen van marktwerking in de zorg terwijl enkele partijen veeleer zien waar de markt faalt. Dit leidt ertoe dat verschillende politieke partijen verschillende manieren zien om te curatieve zorg te organiseren. In een schema (figuur 8) heb ik getracht de partijen te positioneren als een continuüm over wat zij als ideale manier zien om de curatieve zorg te organiseren.

Summary

Reasons for research

Resulting from the Second Chamber elections on 12 September, a first step for this research was arised. On the website www.stemwijzer.nl the following statement was presented: 'Market forces in health care: There should be more competition between health care institutions.' Some political parties agreed with the statement, some political parties disagreed with the statement and some political parties were neutral to the statement. I asked myself why there are so many views on this subject and what the basis forms of the taken position against market forces, certainly because I have learned from my education program that competition in health care is generally experienced as a good thing.

Objective and problem statement

The objective of this research is to gain more insight into the concept of marked forces in health care so that the political debate about market forces in health care can be unraveled. The following problem statement has been formulated: 'How can the political debate about market forces in health care be unraveled?'

Methodology

Using qualitative research the problem statement should be answered. In this research the PvdA, the SP, the VVD, D66, the CDA and the ChristenUnie have been examined. In this research both documents and depth interviews were used. The documents which were used include party programs, newspaper articles and, to a lesser extent, proceedings of the Second Chamber of the States-General. In addition, six semi-structured interviews have

been conducted. An attempt was made to conduct the interviews with the portfolio holders of health care, because there was assumed that they could probably position the views on market forces in health care in the most adequate way. Ultimately, it was not feasible to interview all the portfolio holders of political parties and therefore some interviews have been conducted with researchers of Scientific Institutes and a policy employee Second Chamber.

Results

The research shows that there is not only a heated ideological struggle, but there is also a Babylonian confusion of tongues. This Babylonian confusion of tongues arises partly because the respondents are aware of the politically loaded term 'market forces' and trying to (re)frame them and insert them political strategic. The research also shows that there is consensus between parties about which social interests should be seen as public interests the government should secure and ensure. However, there arises dissent about the question how the government should secure the interests. Most of the parties wants to arrange the boundary conditions prior to the introduction of a market system, while some parties prefer to regulate the system afterwards. Some parties see especially the successes of market forces in healthcare while some parties rather see where the market is failing. This leads to a different view in different parties about the ideal way to organize the curative health care. In a schema (figure 8) I tried to positioning the political parties as a continuum about what is there ideal way to organize the curative health care.

Inhoudsopgave

1. Aanleiding	7
§ 1.1 Debat over marktwerking in de zorg	7
§ 1.2 Doelstelling, probleemstelling en deelvragen	9
§ 1.3 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie	10
2. Theoretisch kader	11
§ 2.1 Babylonische spraakverwarring	11
§ 2.2 Typen ordeningsmechanismen	12
§ 2.3 De economische representatie van de ideale markt volgens economen	14
§ 2.4 De Nederlandse gezondheidszorg	15
§ 2.5 Marktfalen & Schipperen tussen marktfalen en overheidsfalen	16
§ 2.6 Debat rondom publieke waarden	19
§ 2.7 Geschiedenis marktwerking in de zorg	21
§ 2.8 Debat in de internationale literatuur	24
3. Methoden	26
§ 3.1 Kwalitatief onderzoek	26
§ 3.2 Betrokken partijen in het onderzoek	28
§ 3.3 Beantwoording deelvragen	28
§ 3.4 Vergroten van de betrouwbaarheid en validiteit	30
4. Resultaten	32
§ 4.1 Wat verstaan de partijen onder (gereguleerde) marktwerking?	34
§ 4.2 Waar vinden de partijen dat (gereguleerde) marktwerking geoorloofd is?	37
§ 4.3 Welke (publieke) waarden dient de overheid te borgen & veilig te stellen (en hoe) en binnen welk kader mag de markt vrij opereren?	39
§ 4.4 Wat zijn volgens de partijen de successen en falen van deze (gereguleerde) marktwerking?	45
§ 4.5 Wat wordt volgens de partijen als ideale manier gezien om de curatieve zorg te organiseren?	50
5. Conclusie	56
§ 5.1 Wat verstaan de partijen onder (gereguleerde) marktwerking?	56
§ 5.2 Waar vinden de partijen dat (gereguleerde) marktwerking geoorloofd is?	57
§ 5.3 Welke (publieke) waarden dient de overheid te borgen & veilig te stellen (en hoe) en binnen welk kader mag de markt vrij opereren?	58
§ 5.4 Wat zijn volgens de partijen de successen en falen van deze (gereguleerde) marktwerking?	60
§ 5.5 Wat wordt volgens de partijen als ideale manier gezien om de curatieve zorg te organiseren?	61
§ 5.6 Hoe kan het politieke debat over marktwerking in de gezondheidszorg ontrafeld worden?	64
6. Discussie	66
Literatuurlijst	70
Bijlage: Vragenprotocol	
Bijlage: Transcripten interview	

Hoofdstuk 1 Aanleiding

§ 1.1 Debat over marktwerking in de zorg

Verhitte ideologische debat

Het Nederlandse zorgstelsel is aan verandering onderhevig. Al jaren wordt er getracht om onder bepaalde voorwaarden marktwerking in te voeren. De vraag naar de meest geschikte manier van marktwerking in de gezondheidszorg staat al jaren hoog op de politieke agenda. Deze vraag is lastig te beantwoorden onder andere door de brede ideologische strijd over de rol van markten in de gezondheidszorg. Op de vraag naar wat de meest geschikte manier van marktwerking in de gezondheidszorg is geen gemakkelijk en concreet antwoord te geven. Het antwoord hangt mede af van tijd- en plaatsgebonden maatschappelijke opvattingen over solidariteit, keuzevrijheid, welvaart en gezondheid.

Babylonische spraakverwarring.

Niet alleen vindt er bij marktwerking in de zorg een verhitte ideologische strijd plaats tussen politieke partijen over deze maatschappelijke opvattingen, maar is er ook sprake van een Babylonische spraakverwarring. Diverse politieke partijen doen uitspraken over marktwerking in de zorg zonder duidelijk te maken wat zij hieronder verstaan. Het is essentieel voor de ontrafeling van het politieke debat over marktwerking in de gezondheidszorg om meer inzicht te krijgen in wat politieke partijen precies bedoelen als zij praten over marktwerking. Partijen kunnen namelijk verschillende ideeën hebben bij het concept marktwerking. Zo is het goed mogelijk dat sommige partijen in zwart-wit termen praten over marktwerking versus overheidsregulering, terwijl er ook partijen zijn die praten over bepaalde vormen van gereguleerde marktwerking.

'Zorg is geen markt'

Het is ook mogelijk dat politieke partijen de zorg helemaal niet willen bestempelen als 'markt'. Zij vinden mogelijk dat instellingen geen concurrenten van elkaar moeten zijn of zorgvragers geen 'klanten' kunnen zijn die zelf verantwoordelijk zijn om het beste of goedkoopste 'product' te kiezen. De ideologie van marktwerking als oplossing voor de zorg vinden zij niet toereikend voor de tekortkomingen in de zorg. Mogelijkerwijs willen zij dus niet praten over marktwerking of over vormen van marktwerking in de zorg.

Debat rondom publieke waarden

Uit wetenschappelijke publicaties is gebleken dat met name de publieke waarden, zoals betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid, de voor- en tegenstanders van marktwerking verdelen. De voorstanders zien vooral kansen om de realisatie van deze publieke waarden door middel van marktwerking positief te beïnvloeden, terwijl de tegenstanders van marktwerking vooral bedreigingen zien ten aanzien van de realisatie van deze publieke waarden (Derks et al 2009:13).

Gereguleerde concurrentie

Volgens hoogleraar Gezondheidseconomie Eric Schut spreken economen in het debat over marktwerking in de zorg veelmeer in termen van 'gereguleerde concurrentie' of 'gereguleerde marktwerking' omdat een zwart-wit discussie weinig zinvol zou zijn (Schut 2009: 1). De stelling dat zorg geen markt is, levert volgens Schut wel stemmen op, maar miskent de complexiteit van de ordeningsproblematiek in de zorgsector (Schut 2009: 2). Volgens economen zijn er geen aanwijzingen dat een volledige uitschakeling van de markt in de zorg tot gunstige resultaten leidt. Volgens Schut gaat het niet zozeer om de vraag *of* er sprake zou moeten zijn van marktwerking, maar om de vraag *hoe* de markt het beste kan worden geordend (Schut 2009: 2). Bij het systeem van gereguleerde concurrentie tracht de overheid de vraagkant te versterken om tegenwicht te bieden aan zorgaanbieders met een sterke machtspositie (Schut & Rutten 2009:78). Door de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing wordt geprobeerd zorgaanbieders aan te moedigen efficiënter te gaan werken. Tegelijkertijd moeten er ook grenzen aan marktwerking worden gesteld omdat er anders risico's voor de solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg ontstaan. Er is dus een goed evenwicht nodig tussen marktwerking en overheidsregulering (Maarse 2011). De overheid is vaak verantwoordelijk voor taken als het opstellen, aanpassen en handhaven van de spelregels voor concurrentie, bewerkstelling van het systeem van risicoafhankelijke bijdragen voor verzekerden, voorschrijven van een verplicht, gestandaardiseerd basisverstrekkingenpakket en het systematisch verzamelen, analyseren en verspreiden van openbaar toegankelijke informatie over kwaliteit van zorg (Schut & Rutten 2009:264). Echter, onder de politieke partijen heerst er wellicht dissensus over de vraag wat de overheid wel of niet dient te reguleren, wat zij dienen te borgen of veilig te stellen en op welke wijze dit moet gebeuren.

§ 1.2 Doelstelling, probleemstelling en deelvragen

Aanleiding

Naar aanleiding van de Tweede kamer verkiezingen op 12 september is een eerste aanzet voor dit onderzoek ontstaan. Op www.stemwijzer.nl stond de stelling: 'Marktwerking zorg: Er moet meer concurrentie tussen (marktwerking) zorginstellingen komen.' Enkele politieke partijen zijn het met deze stelling 'eens', enkele partijen zijn het 'oneens' en sommige partijen nemen het standpunt 'geen van beide' in. Ik vroeg mij af waarom er zo verschillend over dit onderwerp wordt gedacht en wat hieraan ten grondslag ligt, zeker omdat ik vanuit mijn opleiding heb geleerd dat concurrentie in de zorg over het algemeen als goed ervaren wordt. In de aanvang van het onderzoek bleek dat er omtrent het begrip marktwerking sprake is van een Babylonische spraakverwarring.

Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is om meer inzicht te verkrijgen in het concept marktwerking zodat het politieke debat over marktwerking in de zorg ontrafeld kan worden.

Probleemstelling

Hoe kan het politieke debat over marktwerking in de gezondheidszorg ontrafeld worden?

Deelvragen

Diverse politieke partijen doen uitspraken over marktwerking in de zorg zonder duidelijk te maken wat zij hieronder verstaan. Het is essentieel voor de ontrafeling van het politieke debat over marktwerking in de gezondheidszorg om meer inzicht te krijgen in wat politieke partijen precies bedoelen als zij praten in termen van marktwerking. Partijen kunnen namelijk verschillende ideeën hebben bij het concept marktwerking. Om te voorkomen dat er een Babylonische spraakverwarring plaats vindt, wordt de eerste deelvraag als volgt geformuleerd:

1. Wat verstaan de partijen onder (gereguleerde) marktwerking?

Het is mogelijk dat wanneer partijen praten over (gereguleerde) marktwerking, dit niet voor alle (deel)sectoren in de gezondheidszorg geldt. Wellicht vinden sommige partijen (gereguleerde) marktwerking in sommige deelsectoren wel geoorloofd en in andere niet. Daarmee is de tweede deelvraag ontstaan:

2: Waar vinden de partijen dat (gereguleerde) marktwerking geoorloofd is?

In deelvraag twee geven partijen aan waar (gereguleerde) marktwerking geoorloofd is, maar niet in hoeverre en op welke manier de overheid dit moet reguleren. Voorvloeiend uit de tweede deelvraag:

3. Welke (publieke) waarden dient de overheid te borgen & veilig te stellen en binnen welk kader mag de markt vrij opereren?

Aan (gereguleerde) marktwerking in de zorg zijn waarschijnlijk zowel voor- als nadelen verbonden. Wellicht vinden sommige politieke partijen bepaalde problemen of successen belangrijker dan andere partijen. Uit deelvraag 4 moet duidelijk worden wat de partijen als successen en falen zien van (gereguleerde) marktwerking in de gezondheidszorg.

4: Wat zijn volgens de partijen de successen en falen van deze (gereguleerde) marktwerking?

Er zijn meerdere ordeningsmechanismen dan alleen 'marktwerking' of 'gereguleerde marktwerking'. Sommige partijen willen wellicht spreken over 'overheidsregulering' of andere mechanismen zoals 'zelfregulering'. De laatste deelvraag is als volgt geformuleerd:

5: Wat wordt volgens de partijen als ideale manier gezien om de curatieve zorg te organiseren?

§ 1.3 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

Marktwerking is niet alleen een manier om doelmatiger te werken, maar het bepaalt ook de kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid, solidariteit en keuzevrijheid van zorg en dit is voor de hele maatschappij van belang. De druk om doelmatiger te werken in de zorg, zal in de toekomst groter worden doordat de vraag naar zorg, met name door de dubbele vergrijzing, naar verwachting sterker zal stijgen dan de middelen die voor de zorgbranche beschikbaar worden gesteld. De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek is groot omdat hierin wordt onderzocht hoe de politiek zorg wil inrichten middels marktwerking en daarmee dus ook de doelmatigheid, kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid, solidariteit en keuzevrijheid van zorg bepaalt. Dit onderzoek is daarnaast ook wetenschappelijk relevant omdat het bijdraagt aan kennis over het concept marktwerking en de manier waarop de politiek over dit ordeningsvraagstuk spreekt. Het draagt ook bij aan de kennis over de manier waarop de overheid de marktwerking in de zorg wil organiseren.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

§ 2.1 Babylonische spraakverwarring

Niet alleen vindt er bij marktwerking in de zorg een verhitte ideologische strijd plaats, maar is er ook sprake van een Babylonische spraakverwarring. Het concept marktwerking mag in de maatschappij dan wel een vertrouwd begrip zijn, in de praktijk roept het veel verwarring en misverstanden op. Volgens economen zijn er geen aanwijzingen dat een volledige uitschakeling van de markt in de zorg tot gunstige resultaten leidt, maar een vrije markt leidt evenmin tot maatschappelijk wenselijke uitkomsten. Economen spreken meestal niet in termen van 'markt' versus 'overheidsregulering' maar spreken veelal in termen van 'quasi-markt', 'gereguleerde concurrentie' of 'gereguleerde marktwerking' (Enthoven 1988; Grand 2007; Enthoven & van de Ven 2007).

Dat marktwerking in de zorg verwarring oproept blijkt bijvoorbeeld uit een column in het economenvakblad *Economisch Statistische Berichten* waarin Agnes Kant, woordvoester van de SP op het terrein van de volksgezondheid, aangeeft dat marktwerking in de gezondheidszorg niet alleen de solidariteit en kwaliteit van zorg onder druk zet, maar dat het de zorg daarnaast duurder maakt. Zij maakt hierin geen onderscheid naar vormen van marktwerking. Zij spreekt hier in termen van 'markt' versus 'overheid' en niet in termen van 'quasi-markt' of 'gereguleerde concurrentie' zoals economen dat zouden doen.

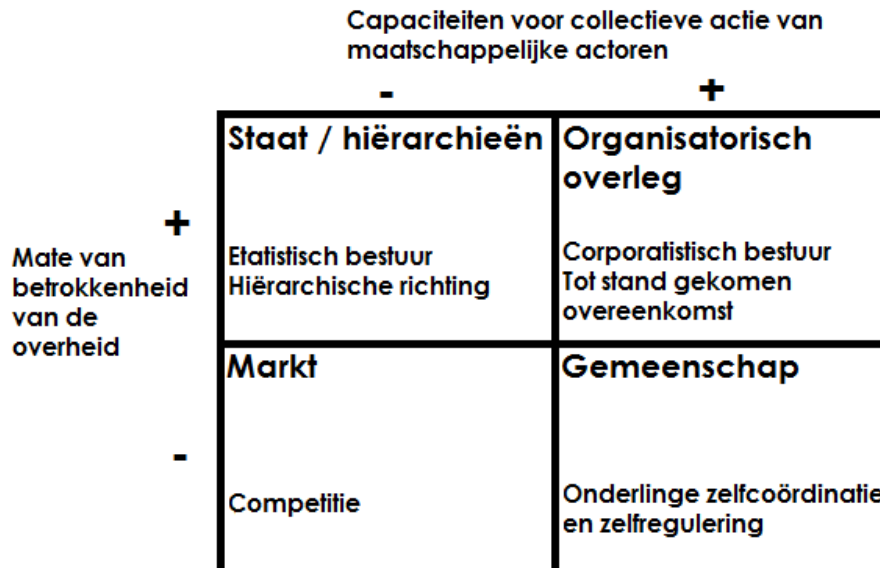
Sommige partijen willen wellicht de zorg niet als markt bestempelen. Zij willen daarom mogelijk niet spreken over de term 'markt', maar zij willen ook niet spreken in termen van 'gereguleerde concurrentie' of 'quasi-markten' binnen de zorg. Daarnaast kan de introductie van marktwerking in de gezondheidszorg bijvoorbeeld deel uitmaken van een meer marktgerichte aanpak, of willen partijen wel bepaalde elementen van marktwerking toelaten, zonder de sector gelijk als 'markt' te bestempelen (Peterson 1997).

Volgens Schön en Rein baseren verschillende politieke partijen hun standpunten op grondslagen van verschillende denkkaders of beleidstheorieën: 'frames'. Deze 'frames' bepalen hoe mensen de werkelijkheid zien. Dit betekent dat de kijk op eenzelfde verschijnsel kan verschillen. Als politieke partijen vrijwel vanuit zelfde denkkaders denken kunnen conflicten worden bezworen of opgelost door onderhandeling. Maar als de denkkaders geheel verschillen, zoals vaak het geval is in de gezondheidszorg, lukt het niet overeenstemming te bereiken door te onderhandelen en stagneert het proces van het bereiken van overeenstemming (Schön & Rein 1994). In dit onderzoek gaat het voortdurend om de vraag hoe het ordeningsvraagstuk van de gezondheidszorg 'geframed' dient te worden volgens politieke partijen.

§ 2.2 Typen ordeningsmechanismen

Naast de ordeningsmechanismen 'markt' en 'overheid' zijn er nog twee mechanismen om zorg te organiseren (Streeck & Schmitter 1985:1).

De vier verschillende mechanismen voor de gezondheidszorg die normaliter als 'ideaaltypen' worden gezien worden in figuur 1 beschreven.



Figuur 1 Vier ideaaltypische

ordeningsmechanismen(Streeck & Schmitter 1985).

Omdat er verwacht wordt dat mechanismen 'gemeenschap' en 'organisatorisch overleg' minder aan de orde zullen komen bij de beantwoording van de deelvragen, worden ze maar kort toegelicht. Door de korte toelichting wordt er in het onderzoek toch ruimte open gelaten aan partijen om deze mogelijke ordeningsmechanismen in het debat te brengen.

Markt

In de ideaaltypische markt proberen economische ondernemers hun winst te maximaliseren. In ruil voor deze winst dienen consumenten tevreden te zijn met de materiele voordelen die voortvloeien uit concurrentie. Bij dit ordeningsmechanisme vindt coördinatie tussen actoren plaats door het mechanisme van concurrentie (de vraag en het aanbod van diensten of goederen) waarbij de relatieve prijzen van diensten belangrijke indicatoren zijn voor de onderhandelingspositie van de aanbieders en consumenten op de markt (Streek & Schmitter 1985). Op een pure markt zou de productie en distributie van de gezondheidszorg het gevolg zijn van vrijwillige afwegingen tussen meerdere investeerders, leveranciers en consumenten (Tuohy 1999).

Staat

In de ideaaltypische staat worden allocatieve beslissingen door middel van overheidsbeleid afgedwongen op basis van het monopolie van de staat (Helderman 2007:111). Dit systeem

werkt als het succesvol is in het verschaffen van een rechtvaardige en voorspelbare behandeling voor iedereen. Een voorbeeld hiervan is het openbare gezondheidszorgstel 'National Health Service' (NHS) in Groot-Brittannië. Het leidende principe van coördinatie is dat van het beheersen en controleren, vaak in combinatie met regelgeving aan de aanbodzijde (Helderman 2007:112). De staat draagt de verantwoordelijkheden voor de efficiëntie, toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg (Helderman et al 2005:194; Streeck & Schmitter 1985:122).

Gemeenschap

In de ideaaltypische gemeenschap voldoen leden aan hun wederzijdse behoefte aan een gedeeld affectief bestaan en een onderscheidende collectieve identiteit. Voorkeuren en keuzes zijn afhankelijk van elkaar op basis van gedeelde normen en gezamenlijke producttevredenheid (Streeck & Schmitter 1985). Horizontale zelf-coördinatie tussen wederzijdse partijen kan door kleine gemeenschappen worden bereikt wanneer er sprake is van wederzijdse solidariteit en het optreden van individuele leden eenvoudig is te controleren door de andere leden van de gemeenschap. Deze wederzijdse zelf coördinatie leidt vaak tot wat men 'coöperaties' noemt (Immergut 1992). Onder het mechanisme gemeenschap valt bijvoorbeeld ook de zelfregulering van de medische professie. Met zelfregulering wordt bedoeld regulering van het aanbod door de aanbodzijde, waarvan het toezicht op de naleving door de aanbieders zelf plaats vindt. De medische professie reguleert de toegang tot het beroep, stelt gedetailleerde gedragsregels vast voor medici, en bestraft onbehoorlijk gedrag via tuchtrecht (Bijl & Van Damme 1997:9).

Organisatorisch overleg

Het belangrijkste hierbij is dat overleggen of onderhandelingen binnen een beperkte en vaste set van belanghebbende organisaties moeten leiden tot het bereiken en implementeren van relatief stabiele compromissen (Streeck & Schmitter 1985:2). De staat delegeert publiek regelgevende instanties aan verschillende verenigingen van aanbieders, verzekeraars, vakbonden en werkgevers. Door het nemen van verantwoordelijkheid voor de formulering en uitvoering van de openbare orde ten behoeve van hun achterban, zijn ze in staat tot het bereiken van een brede maatschappelijke en politieke consensus wat resulteert in het bereiken en implementeren van die stabiele compromissen (Helderman et al 2005:194). Een andere benaming voor organisatorisch overleg is het corporatisme. Bij het corporatisme zijn overheid en particuliere organisaties gelijkwaardig aan elkaar en voeren in een drachtige samenwerking het overheidsbeleid uit (Mierlo 1991: 3).

Mix van ordeningsmechanismen

Vaak komt het voor dat niet één van de mechanismen dominant is, maar dat er een mix plaatsvindt van de mechanismen. Zo mondt de mix van 'staat'(overheid) en 'markt' uit in 'gereguleerde concurrentie' (Streeck & Schmitter 1985:2).

§ 2.3 De economische representatie van de ideale markt volgens economen

Volgens economen is volkomen concurrentie in theorie de perfecte marktform. Bij volkomen concurrentie is ieder ingrijpen van de overheid zuiver economisch gezien altijd slecht. Wil er sprake zijn van volledige concurrentie dan moet er aan vier voorwaarden zijn voldaan. De eerste voorwaarde is dat er homogene producten zijn. Dat wil zeggen dat er geen voorkeur is voor bepaalde diensten of producten. Een tweede voorwaarde is dat er sprake moet zijn van vrije toe- en uitreding. Een derde voorwaarde is dat er veel vragers en aanbieders moeten zijn. De aanbieders zijn hierbij prijsnemers; zij bepalen zelf niet de prijs maar deze wordt voorgeschoteld door het geheel van vraag en aanbod. De laatste voorwaarde is dat de markt transparant dient te zijn, dus dat iedere vrager en aanbieder volledig inzicht moet hebben in het totale aanbod, de prijs en andere relevante informatie. In figuur 2 worden vraag en aanbod beschreven in termen van hun relatie tot prijs per eenheid en de hoeveelheid per tijdseenheid wanneer er sprake zou zijn van volkomen concurrentie. De vraag naar goederen of diensten is een dalende curve, wat te verklaren is door het feit dat wanneer de prijs van goederen of diensten zal dalen, de vraag naar deze goederen of diensten zal toenemen. In een dergelijk markt wordt er aangenomen dat onderliggende zaken als voorkeur van de consument, inkomen en prijzen van andere goederen en diensten gelijk blijven (Donaldson et al 2005:20).

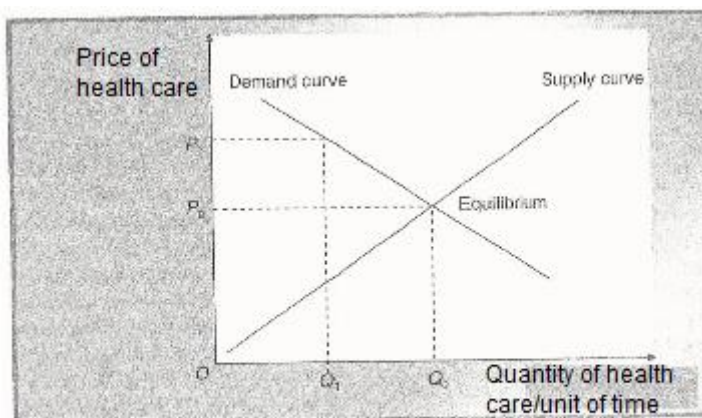


Figure2 Demand for and supply of health care

(Donaldson et al 2005:20).

Aan marktwerking in de zorg, mits er voldaan wordt aan de basisvoorwaarden voor het functioneren van markten, zitten meerdere voordelen verbonden. Het prijsmechanisme kan alle individuele vraag- en aanbodbeslissingen op elkaar afstemmen totdat er een collectief optimum is bereikt. De schaarse beschikbare hulpmiddelen worden dan zo efficiënt mogelijk ingezet: allocatieve efficiëntie (Bomhoff 2002:6). Omdat er veel concurrenten zijn wordt er geprobeerd de prijzen van aangeboden goederen en diensten zo laag mogelijk te houden, resulteert marktwerking mogelijk ook in kostenefficiëntie (Bomhoff 2002:6). Ook leidt marktwerking mogelijk tot innovatie omdat ondernemers onder druk van concurrenten steeds op zoek zijn naar nieuwe producten of technieken waarmee zij hun klanten beter kunnen bedienen dan de concurrenten of nog efficiënter kunnen gaan werken. Er is een continue drang naar verbetering en vernieuwing wat resulteert in dynamische efficiëntie (Bomhoff 2002:6).

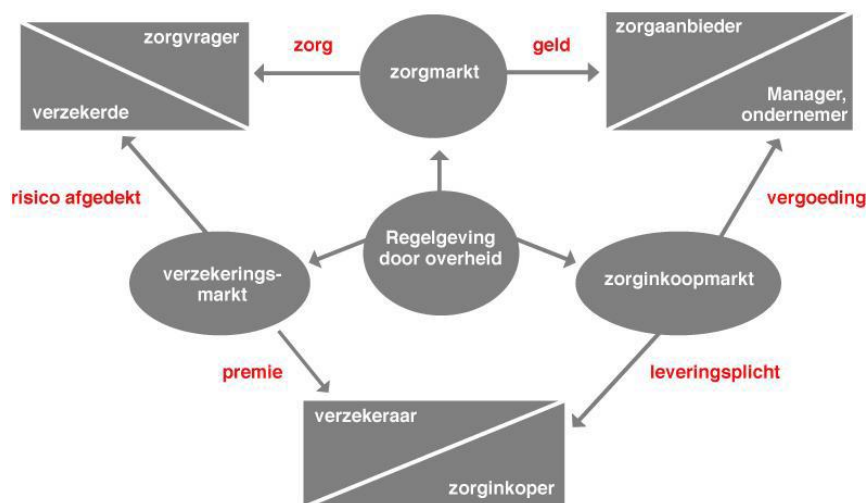
Echter, in haar meest zuivere vorm is volkomen concurrentie vaak een theoretisch construct. Zeker in complexe markten lijkt volkomen concurrentie niet haalbaar. De zorg is wellicht de meest complexe sector van de economie en marktwerking hierin kent aanzienlijke tekortkomingen (Schut 2006: 1).

§ 2.4 De Nederlandse gezondheidszorg

De gezondheidszorg kenmerkt zich door een samenspel van betrokken partijen die in onderlinge samenhang en afhankelijkheid vorm geven aan de gezondheidszorg. De betrokken partijen in de gezondheidszorg werken samen op drie markten (figuur 3):

1. De zorginkoopmarkt: de relatie tussen verzekeraar en zorgaanbieder
2. De zorgverzekeringsmarkt: de relatie tussen verzekeraar en verzekerde
3. De zorgmarkt: de relatie tussen zorgaanbieder en patiënt/consument

Als overstijgende partij is ook de overheid betrokken die de kaders vaststelt waarbinnen deze relaties zich afspelen (RVZ 2000).



Figuur 3. Schema gezondheidszorg (RVZ 2003b)

Als overstijgende partij 'reguleert' de overheid de 'markt'. Met de introductie van gereguleerde concurrentie wil de overheid komen tot een kwalitatief, toegankelijk betaalbaar, doelmatig werkend stelsel waarbij er sprake is van solidariteit en keuzevrijheid. Het is de bedoeling dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars vrijheid hebben om te ondernemen en te concurreren maar dat deze vrijheid wel is afgebakend door wetten en regels om ongewenste effecten van marktwerking te voorkomen (Westert et al 2010: 205).

De financiering van de gezondheidszorg is geregeld in een gemengd verzekeringssysteem, dat bestaat uit een particulier en een sociaal gedeelte. De financieringsvorm

van de verzekering wordt gezien als een buffer tegen een al te opdringerige overheid. De sociale elementen in het verzekeringsstelsel (Zorgverzekeringswet, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) werken als buffer tegen een doorschietende individualisering en commercialisering van de zorg (Van der Kraan 2006:15).

De zorgmarkt kan worden opgedeeld in de cure (curatieve zorg, gericht op genezing) en de care (langdurige zorg). De invoering van de Zorgverzekeringswet (ZVW) in 2006 is te beschouwen als een grote sprong voorwaarts richting gereguleerde marktwerking in de curatieve zorg (Schut 2008:1). In de langdurige zorg is er minder sprake van een duidelijk uitgesproken keuze voor een vorm van gereguleerde concurrentie. Door gebrek aan tegenkracht van de cliënten in de langdurige zorg als countervailing power voor zorginstellingen, zorgkantoren en zorgverzekeraars ontstaat een volledige afhankelijkheid die ervoor zorgt dat zorginstellingen niet hoeven te concurreren op kwaliteit van dienstverlening. Toch voelen zorgaanbieders ook in de langdurige zorg steeds meer de noodzaak om efficiënt te werken. Door het bekostigingssysteem van de zorgzwaartepakketten krijgen zorgaanbieders niet meer betaald op basis van de omvang van hun organisatie maar op basis van de daadwerkelijk geleverde zorg (Nza 2012:4).

§ 2.5 Marktfalen

Uitschakeling prijsmechanisme

Bij de doorgaans beschreven markten werkt het prijsmechanisme als evenwichtsbrenger tussen vraag en aanbod. De vraag naar en het aanbod van producten en diensten bepalen de prijs van de producten en diensten. Dit prijsmechanisme als evenwichtsbrenger ontbreekt in de zorg. Gezien de aard en de sterk uitlopende omvang van behoefte aan zorg wordt het maatschappelijk onacceptabel geacht dat het prijsmechanisme een grote rol speelt (Schut & Rutten 2009:22). Solidariteitsgevoelens heersen bij de gezondheidszorg sterker dan bij andere goederen en diensten. Veel burgers vinden dat hun medeburgers- ongeacht hun koopkracht- toegang moeten kunnen krijgen tot noodzakelijke gezondheidsvoorzieningen (Schut & Rutten 2009:22). Er is in de zorg sprake van betaling door derden; zorgverzekeraars kopen namelijk de zorg in voor patiënten. Dit leidt tot een uitschakeling van het prijsmechanisme in de zorgmarkt (Schut & Rutten 2009:20). Als het prijsmechanisme grotendeels is uitgeschakeld, speelt geld vaak geen rol meer bij patiënten. Dit kan ertoe leiden dat er onnodig veel of onnodig dure zorg wordt geconsumeerd, hetgeen wordt aangeduid met de term moral hazard (Schut & Rutten 2009:21). In figuur 4 is schematisch te zien dat het effect van verzekeringen invloed heeft op de vraag naar gezondheidszorg, en kan leiden tot 'welfare loss'.

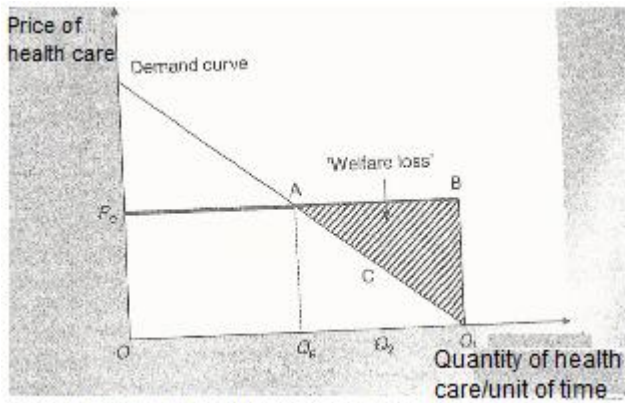


Figure 4 Effect of insurance on demand for health care (Donaldson et al 2005:36).

Anti selectie

Een ander probleem dat kan optreden bij het afsluiten van een verzekering is anti selectie. Binnen een groep verzekerden baseert een verzekeraar zijn premie op het gemiddelde risico van het optreden van een bepaalde aandoening of ziekte (Feldstein 1993). De verzekeraar kan het risico per persoon niet uitrekenen op een bepaalde aandoening of ziekte. Hij kan geen optimale premiedifferentiatie doorvoeren. Door dezelfde premie van een gemiddeld risico worden mensen met een laag risico benadeeld. Zij kunnen er voor kiezen zich niet langer te verzekeren omdat het nut van een verzekering voor hen te laag is. Hierdoor stijgt het gemiddelde risico met als gevolg een hogere premie. Verzekerden die vervolgens onder dit risico zitten kunnen besluiten om zich ook niet meer te verzekeren. Dit is een soort vicieuze cirkel tot uiteindelijk niemand zich meer kan verzekeren (Barr 1992).

Onzekerheid en asymmetrische informatie

Vanwege specifieke kenmerken van de gezondheidszorg leidt de onzichtbare hand van de economie niet tot optimale uitkomsten in de zorgmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverzekeringsmarkt (Schut & Rutten 2009:248). Belangrijke karakteristieken in de gezondheidszorg zijn die van de onzekerheid en asymmetrische informatie (Schut & Rutten 2009:19). Er is onzekerheid over de aard, omvang, kosten en tijdstip van de behoefte aan gezondheidszorg. Daarnaast bestaat er ook een mate van onzekerheid over de effecten van interventies (Schut & Rutten 2009:20).

Problemen op de zorgmarkt veroorzaakt door asymmetrische informatie ontstaan doordat patiënten in veel gevallen niet of nauwelijks in staat zijn de noodzaak, doeltreffendheid en kwaliteit van de verbruikte zorg te beoordelen (Schut & Rutten 2009:67). Zorgaanbieders kunnen vaak wel een diagnose stellen en beschikken daarmee over informatie waarmee er overzicht wordt verkregen over de zorgbehoefte van de patiënt. De aanbieder weet dat de vrager niet altijd over dit overzicht beschikt en als de aanbieder met de daarop volgende

behandeling zijn inkomen kan vergroten is dit een mogelijke reden om de diagnose te vervalsen. Hierdoor zijn aanbieders van zorg in staat de vraag naar hun product te bepalen. Dit leidt tot onnodige behandelingen en overproductie (Schut & Rutten 2009:67). Er komen dus transacties tot stand die niet gebaseerd zijn op juiste kennis over het product of de dienst en om deze reden minder efficiënt zijn (Bomhoff 2002:8).

Op de zorginkoopmarkt is ook sprake van informatieasymmetrie, omdat de zorgverzekeraar minder kennis heeft over zorgverlening dan de zorgaanbieders zelf. Zorgverzekeraars moeten daarom voldoende macht hebben ten opzichte van de zorgaanbieders (Schaepkens 2002). Het is echter niet duidelijk of zorgverzekeraars wel sterk genoeg staan tegenover de zorgaanbieders die een voordeel ondervinden door hun kennisvoorsprong en door de schaarste van het zorgaanbod (De Groot 2005). Een nadeel hiervan is dat zorgaanbieders bepalen welke zorg er vergoed moet worden, ook al is dit meer dan in werkelijkheid nodig is. Dit resulteert mogelijk in een stijging van de ziektekosten terwijl dit in principe niet nodig is.

Ook op de zorgverzekeringsmarkt kunnen onzekerheid en asymmetrische informatie leiden tot ongunstige uitkomsten. Degenen die zich aanmelden bij een verzekeraar weten doorgaans meer over hun gezondheidstoestand en dus ook meer over het ziekterisico dan de verzekeraar. Zo zou een patiënt zich mogelijk wat minder volledig laten verzekeren dan dat hij eigenlijk zou moeten, om de premie maar wat lager te houden. Uiteindelijk kan dit resulteren in hogere ziektekosten voor de verzekeraar. Omgekeerd is het denkbaar dat een verzekeraar beter op de hoogte is van de risico's waarvan sprake is (Lapré et al 2009:203).

Schipperen tussen marktfalen en overheidsfalen

Markteconomen hebben aangetoond dat in theorie de markt kan leiden tot een optimale allocatieve efficiëntie waardoor de collectieve welvaart wordt gemaximaliseerd wanneer de markt aan bepaalde technische voorwaarden voldoet. Door de grote mate van onzekerheid over de aard, de omvang, het tijdstip en het effect van zorg, leidt een vrije markt niet tot optimale uitkomsten (Arrow 1963). De marktimperfecties dragen ertoe bij dat marktwerking in de zorg niet automatisch resulteert in meer kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid, solidariteit, keuzevrijheid en doelmatigheid (Jeurissen 2005). Een volledige vrije markt is dan ook zeldzaam in de gezondheidszorg (Donaldson et al 2005:15). Marktfalen maakt het ogenschijnlijk noodzakelijk dat de overheid ingrijpt in het economische proces.

Echter, ook kent overheidsingrijpen net zoals marktwerking tekortkomingen: het overheidsfalen. De overheid blijkt geen goede ondernemer en in een complexe sector als de gezondheidszorg leidt een centraal gestuurde afstemming van vraag en aanbod tot

coördinatie-, motivatie-, en informatieproblemen (Schut 2009:2). Econoom Charles Wolfe (1993), onderscheidt vier categorieën van overheidsfalen: organisationele doelverschuiving (het gaandeweg ontwikkelen van andere doelstelling dan waarvoor organisaties oorspronkelijk zijn opgericht), bureaucratische inefficiënties (kosten van verspilling en verkeerde bedrijfsvoering), nieuwe externe effecten van overheidsingrijpen (waardoor anderen dan de doelgroepen worden getroffen) en nieuwe ongelijkheden (gerelateerd aan macht en privileges) (Wolfe 1993: 87). Deze vormen van overheidsfalen worden veroorzaakt door de specifieke vraag- en aanbodstructuur in de zorg. Normaliter worden vraag en aanbod in evenwicht gebracht en waardoor tekorten of overschotten worden geruimd. In de zorg is zo'n evenwichtsbevorderend mechanisme afwezig.

Zowel aan marktwerking als aan overheidsingrijpen zitten voor- en nadelen verbonden. Er wordt getracht een juiste balans te vinden tussen markt en overheid. Echter, dit is geen eenvoudige opgave. Voor het laveren tussen de Scylla van marktfalen en de Charybdis van overheidsfalen is dan ook heel wat stuurmanskunst vereist (Schut 2003).

§ 2.6 Debat rondom publieke waarden

Uit wetenschappelijke publicaties is gebleken dat met name de publieke waarden de voor- en tegenstanders van marktwerking verdelen (Derks et al 2009:13). De discussie over publieke waarden wordt veelal in twee vragen opgesplitst. Allereerst is er de wat-vraag: welke maatschappelijke belangen ziet de overheid als publieke belangen en dient zij zodoende veilig te stellen en te waarborgen? De tweede vraag die veelal wordt gesteld en wellicht moeilijker te beantwoorden is, is de hoe-vraag: op welke wijze worden vervolgens de belangen waarvoor de overheid aldus de eindverantwoordelijkheid heeft aanvaard, behartigd en wie draagt de operationele verantwoordelijkheid hiervoor? (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid 2000:11)

Over de wat-vraag bestaat over het algemeen toch een redelijke consensus. Naast de publieke waarden betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid worden ook andere waarden in het debat over marktwerking aangehaald zoals garantie van het aanbod in de zorg, innovatie en de continuïteit van zorg. Echter, de vraag over hoe deze publieke belangen geborgd en begunstigd dienen te worden is moeilijker te beantwoorden (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid 2000:11). De afgelopen jaren is er getracht door invoering van gereguleerde marktwerking de publieke waarden te optimaliseren. Over de impact van (gereguleerde) marktwerking op de publieke belangen wordt verschillende gedacht. De voorstanders van marktwerking zien vooral kansen om de realisatie van deze waarde door middel van marktwerking positief te beïnvloeden, terwijl de tegenstanders van marktwerking

vooral bedreigingen zien ten aanzien van de realisatie van deze waarden (Derks et al 2009:13).

Binnen het debat neemt de publieke waarde 'betaalbaarheid' een belangrijke plaats in. De betaalbaarheid van de gezondheidszorg was de aanleiding om een stelselwijziging in 2006 door te voeren. De meningen over de bijdragen van marktwerking aan de realisatie van de betaalbaarheid van zorg lopen echter sterk uiteen (Derks et al 2009:13). De voorstanders denken dat marktwerking efficiënter is, terwijl tegenstanders betwijfelen of dit wel echt zo is (Derks et al 2009:14).

Evenzo staat de publieke waarde 'toegankelijkheid' ter discussie. Voorstanders van marktwerking noemen de gelegenheid om extra risico's te verzekeren (wie een uitgebreidere dekking wil, betaalt meer premie) en huiveren de assortimentsbeperkingen in het zorgaanbod die de overheid oplegt. Tegenstanders van marktwerking constateren dat marktwerking kan leiden tot een verminderde toegankelijkheid, waarbij alleen de rijkere zich kunnen verzekeren tegen bepaalde risico's (Derks et al 2009:14). Ook de auteurs Van Damme en Schinkel wijzen op een mogelijk verminderde toegang tot zorg door het zogeheten 'cherry picking'. Bij 'cherry picking' worden spreekwoordelijk de krenten uit de pap gehaald. Zorgverzekeraars prefereren aantrekkelijke klanten waar ze geld aan kunnen verdienen. Dit leidt er mogelijk toe dat onaantrekkelijke klanten (de minder bedeelden of complexe patiënten) langer moeten wachten, omdat ze uit minder opties van aanbod kunnen kiezen (Van Damme & Schinkel:183).

De publieke waarde 'kwaliteit' wordt door zowel voor- als tegenstanders ter discussie gebracht. Volgens voorstanders gaan zorginstellingen als gevolg van marktwerking concurreren op kwaliteit. De tegenstanders verwachten echter dat marktwerking zal leiden tot meer spreiding in de kwaliteit van zorg en een gedifferentieerd aanbod zal ten koste gaan van de solidariteit tussen verschillende bevolkingsgroepen (Derks et al 2009:18). Volgens Van Damme en Schinkel is er sinds de invoering van marktwerking sprake van een afnemende kwaliteit van zorg. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat het particuliere instellingen meer zou gaan om het snel verdienen van veel geld, dan om het leveren van acceptabele kwaliteit (Van Damme & Schinkel:183).

'Garantie van het aanbod in de zorg' als publieke waarde verdeelt de voor- en tegenstanders van marktwerking in sterke mate. Voorstanders geven aan dat budget geen remmende factor meer zal zijn bij het vaststellen van het zorgaanbod en er meer ruimte ontstaat voor het behandelen van zeldzame ziektes, terwijl tegenstanders juist denken dat de solidariteit

tussen verschillende bevolkingsgroepen wordt aangetast omdat degene die betaalt bepaald (Derks et al 2009:17).

De publieke waarde 'innovatie' wordt vooral genoemd door voorstanders van marktwerking. De druk op kwaliteitsverhoging zal leiden tot productinnovatie, terwijl de druk om tot kostenverlaging te komen zal leiden tot procesinnovatie (Derks et al 2009:19). Volgens Pieter Kalbfleisch, bestuursvoorzitter van de NMa, is marktwerking ofwel concurrentie zelfs noodzakelijk voor innovatie in de zorg (Dorresteyn 2010).

Volgens tegenstanders leidt marktwerking tot een verloedering van de zorgsector omdat het tot een neerwaartse druk op de lonen van verplegend personeel leidt en daarmee de publieke waarde 'continuïteit' in het geding komt (Derks et al 2009:19).

Concluderend kan er gezegd worden dat politieke partijen verschillend kunnen denken over het effect van marktwerking op de publieke waarden. Sommige partijen denken dat de publieke waarden juist positief beïnvloed worden en geborgd worden door marktwerking. Andere partijen zijn ervan overtuigd dat de publieke waarden door marktwerking bedreigd worden en in het geding komen. De vraag over hoe de publieke waarden geborgd en begunstigd dienen te worden is lastig te beantwoorden. Tegenstanders van marktwerking vinden dat een andere institutionele partij, bijvoorbeeld de overheid, de publieke waarden dient te waarborgen. Niet alleen de gekozen publieke waarden, maar ook het frame dat politieke partijen hanteren bepalen welke marktordeningsmechanismen de partijen prefereren. De manier waarop partijen markten framen werkt door in hun oordeel over de vraag of markten gunstig of ongunstig aan publieke waarden bijdrage.

§ 2.7 Geschiedenis marktwerking in de zorg

De hervormingen richting de marktgerichte gezondheidszorg kunnen opgevat worden als het beleidsleren binnen en tussen concurrerende beleidsprogramma's. Beleidsleren kan worden aangeduid als het proces waarin beleidsmakers en belanghebbende doelbewust de doelstellingen, regels en technieken van een bepaald beleid aanpassen naar aanleiding van ervaringen uit het verleden en nieuwe informatie (Helderman et al 2005:189). Als de inzet van een beleidsprogramma hoog is, zoals het geval is bij de gezondheidszorg, kunnen actoren zich vasthouden aan de huidige beleidsprogramma's om onzekere en risicovolle uitkomsten te vermijden. De hervorming van de gezondheidszorg wordt dan ook getypeerd door de afwezigheid van radicale beslissingen. Het huidige systeem heeft zich ontwikkeld door een reeks van incrementele veranderingen (Helderman et al 2005:190).

Concurrerende beleidsprogramma's

De afgelopen decennia zijn er drie concurrerende beleidsprogramma's geweest in de Nederlandse gezondheidszorg. De beleidsprogramma's zijn te relateren aan de eerder besproken ideaaltypische ordeningsmechanismen. Allereerst het corporatistische beleidsprogramma van de jaren 60 en 70 van de vorige eeuw, dat ook kan worden aangeduid met de term organisatorisch overleg, dat is gericht op het vaststellen van de universele toegang tot basisgezondheidszorg. Voor het onderzoek is het niet relevant hier verder op in te gaan. Vervolgens ligt in de jaren 80 het accent op het etatistische beleidsprogramma, gericht op kostenbeheersing en de controle van zorguitgaven. Het etatische beleid kan ook worden aangeduid middels het ordeningsmechanisme 'staat'. Na deze periode van kostenbeheersing kwam er een marktgericht beleid gericht op het verbeteren van de efficiëntie van individuele zorgaanbieders en verzekeraars (Helderman et al 2005:193). Het ordeningsmechanisme 'markt' wordt hier dus steeds belangrijker geacht.

Commissie Dekker

Eind jaren '70 en begin jaren '80 ontstond er de noodzaak van kostenbeheersing. De centrum-rechtse regering van CDA-premier Ruud Lubbers stelt de onafhankelijke Commissie Dekker op. In het voorstel 'Bereidheid tot Verandering' van Commissie Dekker dat in 1987 uitkomt staat dat, naast het voorstel om alle afzonderlijke gezondheidszorg financieringssystemen te vervangen voor een verplichte nationale ziektekostenverzekering, de structuur en financiering van de gezondheidszorg zich meer moeten vormen naar een meer marktconform bedrijfsmatige aangepakt systeem. De commissie wenst door een aantal veranderingen doelmatigheid te bevorderen en verkwisting tegen te gaan. Deze doelmatigheid is nodig om kwaliteit en toegankelijkheid van zorg te waarborgen. Doelmatigheid kan naar het oordeel van de commissie tot stand komen door vragers naar en aanbieders van zorg bewust te maken van de eigen verantwoordelijkheid en de kosten van de zorg. Een middel hiertoe is versterking van de marktgerichtheid (Commissie Dekker 1987:8). Omdat marktwerking kan leiden tot marktimperfecties blijven kwaliteitstoetsing en kostenbeheersing een onderwerp van overheidsinvloed (Commissie Dekker 1987:9). Het idee van gereguleerde concurrentie, vraagsturing en zorgvernieuwing staat centraal in het voorstel. Met gereguleerde concurrentie bedoelt de Commissie Dekker dat zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar ruimte moet krijgen voor ondernemend gedrag, binnen door de overheid gestelde kaders en randvoorwaarden. Onder vraagsturing wordt verstaan dat de gezondheidszorg moet worden georiënteerd op de behoeften en wensen van de patiënt. En ten slotte wordt er met zorgvernieuwing bedoeld dat er meer differentiatie moet komen in de plaats waar, de wijze waarop en de vorm waarin zorg kan worden

verleend (Van der Grinten & Kasdorp 1999). Commissie Dekker had de verwachting dat de zorg beter op de individuele behoeften en wensen van de patiënt kon worden afgestemd en tevens had het ook de verwachting dat er efficiënter gewerkt zou kunnen worden wanneer er prikkels voor gereguleerde concurrentie voor zowel verzekeraars als zorgaanbieders gecreëerd zouden kunnen worden (Helderman et al 2005: 197). Het Dekker plan met als kernpunten de vereenvoudiging van het gezondheidszorg financieringssysteem en gereguleerde concurrentie ontving bijna unanieme politieke steun. Toch lukte het de achtereenvolgende kabinetten Lubbers niet om dit idee vorm te geven.

Plan Simons

Na een verandering van het Kabinet in 1989 van een centrum-rechts naar een centrum-links, werd het Dekker plan enigszins aangepast en bekend als Plan Simons, naar de toenmalige Minister van Volksgezondheid (Ministerie van WVC 1990). Simons heeft onderdelen van het advies van Commissie Dekker overgenomen en kon een vereenvoudiging van het verzekeringsstelsel verwezenlijken en heeft daarnaast een wijziging van de bestuurlijke organisatie van de gezondheidszorg in kunnen voeren waarbij gereguleerde concurrentie mogelijk is (Helderman et al 2005:198).

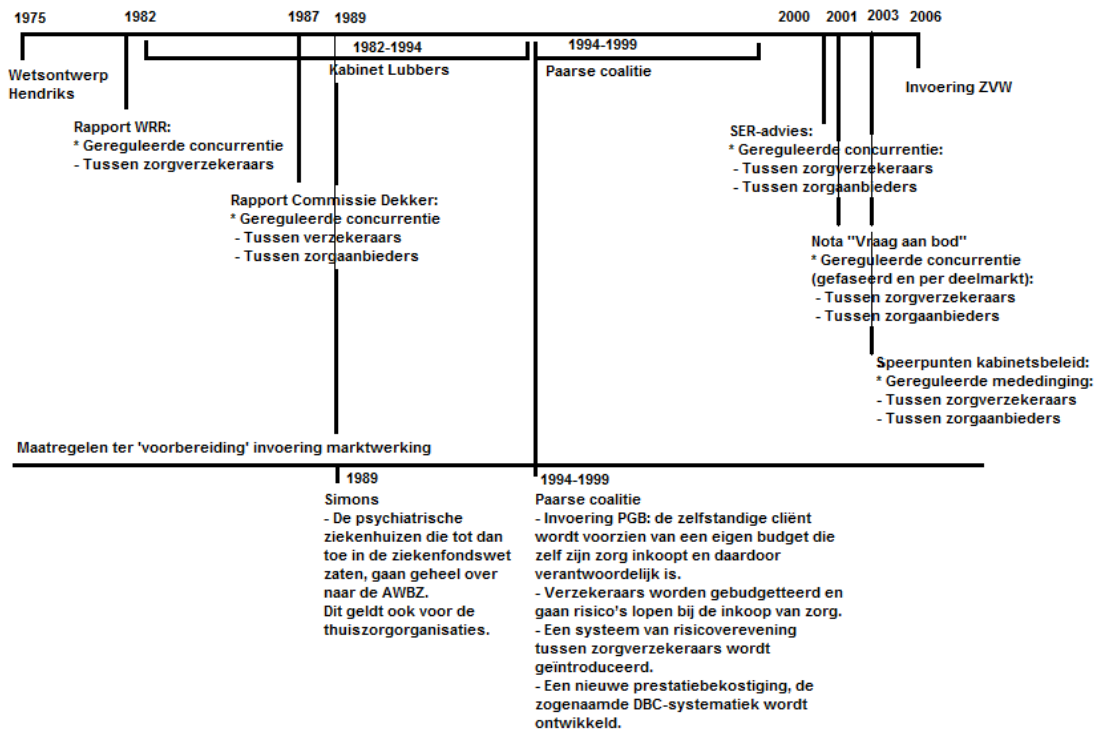
Paarse coalitie

Echter, de voorgestelde introductie van marktwerking was politiek gezien een burg te ver. Van 1994 tot 1999 probeerde de paarse coalitie stapsgewijs tot veranderingen te komen waarbij zij zich hadden laten inspireren door Commissie Dekker. Zij pleiten voor terughoudendheid wat betreft de rol van de overheid, geloof in marktwerking en vertrouwen in de kracht van het ondernemerschap. Toch is er in 1999 nog allerminst sprake van een terughoudende overheid en van marktwerking in de gezondheidszorg (Van der Grinten et al. 1999:4). Er kwam in toenemende mate de roep vanuit het veld om verandering. Steeds meer kwam er het besef dat het oude systeem was vastgelopen en ernstige faalde op het punt van transparantie. Een tastbaar bewijs hiervan waren de wachtlijsten. Er ontstond behoefte aan een nieuw besturingsparadigma met meer ruimte voor ondernemerschap en effectieve prikkels voor doelmatige en vraaggerichte zorg. Dit was te realiseren via gereguleerde marktwerking (Helderman et al 2005:202).

Balkenende

Het duurde tot 2006 alvorens het kabinet Balkenende 2 vaart maakt met de stelselherziening en de introductie van meer gereguleerde marktwerking door middel van de invoering van de Zorgverzekeringswet. Dit is een cruciaal moment in de markthervorming van de zorg in

Nederland. De ZVW geeft zorgverzekeraars en zorgaanbieders de ruimte met elkaar te concurreren om de gunst van de verzekerde/patiënt.



Figuur 5

Er is op te merken dat de overgang naar gereguleerde concurrentie zoals het in 2006 in de ZVW is omschreven geleidelijk is ontstaan (zie figuur 5). Het plan van de Commissie Dekker heeft 25 jaar nodig gehad om echt naar de praktijk te worden omgezet. Door verschillende maatregelen van onder andere Simons en de paarse coalitie was het mogelijk om in 2006 gereguleerde marktwerking door middel van de invoering van de Zorgverzekeringswet (ZVW) te introduceren (Pol 2005:2). De probleemstelling en de deelvragen in dit onderzoek grijpen terug naar de geschiedenis omdat de hedendaagse gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg mede berust op de gereguleerde marktwerking zoals de Commissie Dekker dat in het rapport 'Bereidheid voor Verandering' bedoelde. In dit rapport staat weergegeven dat bij gereguleerde concurrentie zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar ruimte moet krijgen voor ondernemend gedrag, binnen door de overheid gestelde kaders en randvoorwaarden (Commissie Dekker 1987: 8,9). Er blijkt een grote mate van consensus te heersen over het idee van de Commissie Dekker, maar toch is er 25 jaar later nog steeds geen concreet antwoord te geven op de vraag hoe en op welke wijze de publieke belangen, waarvoor de overheid aldus de eindverantwoordelijkheid heeft aanvaard, behartigd dienen te worden en wie hiervoor de operationele verantwoordelijkheid draagt.

§ 2.8 Debat in de internationale literatuur

Dat marktwerking in de zorg veel dissensus op roept, blijkt onder andere ook in de internationale literatuur. Als voorbeeld wordt de discussie tussen Maarse en Paulus versus

Schut en van de Ven besproken. De invoering van gereguleerde concurrentie heeft geleid tot een fel debat tussen voorstanders (Schut & Van de Ven 2011) en tegenstanders (Maarse & Paulus 2011) van 'de markt' in de gezondheidszorg.

Volgens Schut en van de Ven zijn de hervormingen pas een paar jaar geleden begonnen en zou het verrassend zijn om grote veranderingen in algemene prestatie-indicatoren te zien. Toch heeft de concurrentie volgens hen geleid tot een substantieel effect op de verstrekkingen van het ziekenhuis, geneesmiddelen- en eerstelijnszorg, en leidt het tot meer inspanning om informatie over kwaliteit van de zorg te verzamelen en te verspreiden en kan het glas eerder als 'halfvol' worden beschouwd dan als 'halfleeg' (Schut & Van de Ven 2011:121).

<p>Positieve effecten/ het glas is halfvol Sterke prijsconcurrentie tussen zorgverzekeraars Lagere prijsinflatie onder de niet-gereguleerde prijs ziekenhuisdiensten Toenemende rol van kwaliteitsindicatoren in het aanbestedingsproces Kortere wachtlijsten en steeds effectievere wachtlijstbemiddeling Een aanzienlijke vermindering van de prijs van generieke geneesmiddelen Het verhogen van de investeringen in disease management programma's (diabetes, COPD en hartfalen) Zorgverzekeraars gebruiken verschillende prikkels om hun verzekerden te begeleiden naar geprefereerde ziekenhuizen.</p> <p>Geen verandering of negatieve effecten/ het glas is halfleeg Concurrentie in de eerste plaats gericht op de prijzen Geen bewijs van totale kostenbesparing Beperkte inspanningen om zorg te beheren Bijna geen selectieve contractering met ziekenhuizen en artsen Zeer beperkt verticale integratie tussen verzekeraars en aanbieders Imperfect risicovereenigingssysteem verlaagt prikkels voor verzekeraars om te investeren in betere zorg voor specifieke ziekten Aanvullende ziektekostenverzekering ontmoedigt het overstappen van zorgverzekeraar bij oudere en chronisch zieken</p>
--

Figuur 6 Overzicht van de effecten van concurrentie tussen 2006-2009 (Schut & Van de Ven 2011: 7)

Maarse en Paulus geven toe dat er wel wat resultaten zijn behaald, maar zij geloven dat het bewijs mager en incompleet. De beschikbare gegevens zijn fragmentarisch, voor een groot deel gebaseerd op kwalitatieve gegevens en, in de meeste opzichten, meer anekdotische dan systematisch. Om verschillende redenen dient het bewijs heroverwogen te worden (Maarse & Paulus 2011:126). Waar Schut en van de Ven het glas meer als 'halfvol' beschouwen, vinden Maarse en Paulus dat er meer reden is om pessimistisch te zijn dan optimistisch over de impact van de hervormingen (Maarse & Paulus 2011:126).

De dissensus die heerst over marktwerking wordt in dit geval niet alleen bepaald door de ideologische gedachten, maar ook door de manier waarop de gegevens over de effecten van marktwerking verzameld zijn en geïnterpreteerd worden. De wetenschap kan ook geen definitief antwoord bieden. Dit leidt tot enerzijds de visie 'halfvol' en anderzijds de visie 'halfleeg'.

Hoofdstuk 3 Methoden

Uit de debatten voorafgaand aan de Tweede Kamerverkiezingen van 12 september 2012 bleek dat er enorm veel onenigheid bestaat over het concept marktwerking in de gezondheidszorg. In dit onderzoek wordt er getracht het politieke debat over marktwerking in de gezondheidszorg te ontrafelen. Dit hoofdstuk toont de methoden die zijn gebruikt om het politieke debat over marktwerking in de gezondheidszorg te ontrafelen.

§ 3.1 Kwalitatief onderzoek

Door middel van de deelvragen dient er een inzicht te worden gegeven in hoe de verschillende politieke partijen denken over het concept marktwerking. Middels kwalitatief onderzoek dienen deze vragen beantwoord te worden. In dit onderzoek is er gebruik gemaakt van zowel documenten als diepte-interviews. De documenten waar gebruik van is gemaakt zijn onder andere partijprogramma's, krantenartikelen en in mindere mate Handelingen van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Via www.zoek.officielebekendmakingen.nl zijn parlementaire documenten te vinden van 1995 tot heden. Er is vooral naar Handelingen van de Tweede Kamer gezocht waarbij er gebruik is gemaakt van termen als 'marktwerking', 'gereguleerde marktwerking', 'gereguleerde concurrentie' en dergelijke. In de diepte-interviews is er aan respondenten gevraagd om langdurig en diepgaand te vertellen over het onderzoeksonderwerp (Mortelmans 2011:16).

In dit onderzoek is er gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews met een vooraf opgesteld vragenprotocol. In het vragenprotocol bevinden zich uitgeschreven interviewvragen die aan iedereen met dezelfde bewoording zijn gevraagd. Het voordeel hiervan is dat de antwoorden meer vergelijkbaar zijn omdat de vraagstelling telkens hetzelfde is geweest. Ik heb er wel opgelet dat ik de voorbereide vragen zo natuurlijk mogelijk heb gesteld om te voorkomen dat het een geforceerde indruk gaf (Mortelmans 2011:218).

Het is semigestructureerd omdat ik het interview heb voorbereid en in grote lijnen heb gestructureerd. Het vragenprotocol is opgesteld zodat alle cruciale vragen die ik nodig had om een antwoord te kunnen krijgen op de probleemstelling en de daarbij behorende deelvragen werden beantwoord. Toch bleef er in dit onderzoek enige ruimte voor de respondenten om het interview in te vullen (Mortelmans 2011:216). Allereerst had ik de inleidende vraag 'wat is het kernprobleem van de gezondheidszorg en de daarbij horende oorzaken en mogelijke oplossingen?' opgesteld om te kijken of het kernprobleem van de gezondheidszorg gerelateerd wordt aan marktwerking in de zorg. Met de vraag 'Op welke deelsectoren is marktwerking geoorloofd?' werd er ruimte open gelaten voor verschillende

soorten antwoorden. Zo kon een politicus het hebben over de zorgverzekeringsmarkt, zorgaanbiedersmarkt of zorginkoopmarkt maar er kon ook gesproken worden over de ZVV of de AWBZ. Het was interessant om dit niet te specificeren zodat zij vertelden over wat het eerste in hen opkomt en daarmee ook vaak het belangrijkste wordt geacht. Zie voor het complete vragenprotocol de bijlage.

Ieder interview is op band opgenomen. Voor het opnemen van het interview op band is er bij het allereerste contact om toestemming gevraagd. Bij aanvang van het interview is er nogmaals om deze toestemming gevraagd. Tijdens de interviews heb ik geprobeerd om antwoorden te evalueren en waar ik een antwoord onvoldoende achtte proberen door te vragen (Mortelmans 2011:240). Na afloop van ieder interview werd er zo snel mogelijk een transcript gemaakt. Het was de bedoeling dat de transcripten teruggestuurd werden naar de politici zodat zij konden bepalen of de antwoorden op de vragen in het interview juist zijn. Mogelijk heeft hij of zij iets anders gezegd dan diegene heeft bedoeld of is hij of zij wat vergeten te vertellen, wat mogelijk wel invloed heeft op de uitkomsten. Echter, de politici die ik heb mogen interviewen en de medewerkers van de wetenschappelijke instituten zijn zulke druk bezette mensen dat zij er helemaal geen tijd voor hadden om mijn transcripten door te lezen.

Daarna heb ik in de transcripten gelijk de belangrijkste elementen van het gesprek geaccentueerd. Als ik de transcripten teruglas voor de analyse wist ik op deze manier meteen wat de belangrijkste elementen waren. De transcripten zijn gearchiveerd in een elektronisch formaat en op papier. Er is allereerst open gecodeerd. Dat wil zeggen dat de gegevens werden opgedeeld in kleinere gehelen waaraan namen en/of labels werden gegeven. Hierbij zijn stukken tekst geselecteerd en gearceerd die relevant zijn voor de onderzoeksvraag (Mortelmans 2011:356). Vervolgens ben ik doorgedaan op axiaal coderen. Hierin zijn losse codes tot een geheel verbonden (Mortelmans 2011:356). Als laatste stap van het coderen ben ik te werk gegaan middels selectief coderen. Hierin zijn concepten met elkaar verbonden (Mortelmans 2011:356). De documenten waar gebruik van is gemaakt zoals partijprogramma's, krantenartikelen en Handelingen van de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal zijn op eenzelfde manier gecodeerd als de interviews. De documenten en de interviews zijn met elkaar gecombineerd zodat zij elkaar kunnen aanvullen en de kwaliteit van het onderzoek verhogen.

Het is mogelijk dat de antwoorden die verkregen zijn via de vragenlijst de deelvragen niet goed beantwoorden. Om dit te minimaliseren is er na afloop van ieder diepte-interview geprobeerd de vragenlijst bij te stellen waar dit nodig wordt geacht.

§ 3.2 Betrokken partijen in het onderzoek

In Nederland zijn er ontzettend veel politieke partijen actief. Het was voor dit onderzoek niet van belang om alle partijen te spreken. De grotere partijen in Nederland waren interessant om in het onderzoek te betrekken. Binnen Nederland zijn er zwart-wit gezegd een aantal partijen voor marktwerking in de zorg, een aantal partijen tegen marktwerking in de zorg, en een aantal partijen die niet specifiek voor of tegen marktwerking zijn. VVD en D66 zijn voor marktwerking dus deze partijen zijn in het onderzoek betrokken. PvdA en SP zijn tegen marktwerking dus ook deze partijen zijn in het onderzoek betrokken. Er moet wel opgemerkt worden dat de PvdA minder sterk is tegen marktwerking in de zorg dan de SP. Er zijn een aantal partijen die niet voor of tegen marktwerking zijn zoals DPK, CDA, GroenLinks, ChristenUnie, SGP en PVV. Het was de bedoeling dat de PVV en CDA betrokken werden in dit onderzoek omdat dit grotere partijen zijn en hiermee de maatschappelijke relevantie wellicht hoger is dan wanneer ik de visie van kleinere partijen zou analyseren. Helaas was de PVV niet bereid tot medewerking in dit onderzoek, evenals de partijen 50-plus partij, de SGP en GroenLinks. Er is geprobeerd de portefeuillehouders van zorg, die daarvoor ook de woordvoering doen in de Tweede Kamer, te interviewen omdat zij waarschijnlijk het best de standpunten over marktwerking in de zorg naar voren kunnen brengen. Uiteindelijk werden drie van deze interviews gehouden met de woordvoerders zorg uit de Tweede Kamer, namelijk Anne Mulder (VVD), Renske Leijten (SP) en Lea Bouwmeester (PvdA). Bij de 50-plus partij, de PVV, het ChristenUnie, de CDA, D66, de SGP en GroenLinks was het niet mogelijk een zorgwoordvoerder uit de eerste of Tweede Kamer te spreken. Uiteindelijk werd één interview gehouden met kandidaat Tweede Kamerlid Michiel Verkoulen (D66), één interview met wetenschappelijk medewerker Evert Jan Slootweg van het Wetenschappelijk Instituut van het CDA en één interview met Adjunct-directeur Geert Jan Spijker van het Wetenschappelijk Instituut van de ChristenUnie. Omdat het interview met Geert Jan Spijker niet toereikend was is er ook nog een interview gehouden met Anna de Wit- in 't Veld, Beleidsmedewerker Tweede Kamerfractie ChristenUnie .

§ 3.3 Beantwoording deelvragen

De Babylonische spraakverwarring over het concept marktwerking is niet goed te ontrafelen middels partijprogramma's, krantenartikelen of handelingen van de Kamer. Hierin wordt vaak niet gesproken wat de partijen onder het concept marktwerking verstaan. Voor het beantwoorden van deelvraag 1 over wat partijen verstaan onder (gereguleerde) marktwerking zijn diepte-interviews gebruikt.

In deelvraag 2, waarin de partijen aan geven waar zij vinden dat (gereguleerde) marktwerking geoorloofd is, is er echter wel de mogelijkheid geweest om alvorens de

interviews documenten te analyseren. In dit geval zijn partijprogramma's en artikelen geraadpleegd omdat hierin vaak wordt aangegeven waar partijen vinden dat marktwerking geoorloofd is. Daarnaast zijn Handelingen van de Tweede Kamer der Staten-Generaal bekeken. Alles wat in de Eerste en Tweede Kamer gezegd wordt, komt in de Handelingen. Zo stelde Mevrouw Kant, lid van de Socialistische Partij, vragen aan de Minister van Volksgezondheid over de kostenstijging in de zorg door de marktwerking (Handelingen Twee Kamer 2007-2008:4092).

Deelvraag 3 was niet goed te ontrafelen middels partijprogramma's of handelingen van de Kamer. Om de vraag 'Wat dient, volgens de politieke partijen, de overheid te reguleren en wat kan dan vervolgens aan de markt worden overgelaten (op de betreffende (deel)sectoren)?' te beantwoorden is er gebruik gemaakt van diepte-interviews.

Partijen geven in hun programma's vaak aan of de markt wel of niet faalt en zij denken hiervoor een oplossing te hebben. Echter, wordt er veelal in de programma's niet gemeld wat dan precies die falen of successen zijn. Middels diepte-interviews is er getracht een uitgebreidere redenering te krijgen over de vraag wat de successen en falen van marktwerking zijn.

Deelvraag 5, waarin partijen aan geven wat zij als ideale manier zien om de zorg te organiseren, is beantwoord middels een combinatie van de partijprogramma's en diepte-interviews. In veel programma's staat omschreven hoe die specifieke partij denkt dat de zorg geregeld dient te worden. Echter, omdat dit meestal een kort en bondig antwoord is zonder redenering was het van groot belang om middels een diepte-interview naar voren te brengen wat partijen als de ideale manier zien om de zorg te organiseren.

Daarnaast is er geprobeerd om bij meerdere (kamer)debatten aanwezig te zijn. 13 november jongstleden ben ik aanwezig geweest bij een discussieavond met het onderwerp 'marktwerking in de zorg'. Het discussiepanel bestond uit: Toine Manders van de Libertarische Partij deel, Brian Benjamin portefeuillehouder zorg VVD Amsterdam, Alan Ralston woordvoerder 'Zorg geen Markt' en psychiater en Herman Klein Tiessink namens cliëntenbelangen Amsterdam. In dit debat werd er helemaal niet in termen gesproken van 'gereguleerde marktwerking' of 'quasi-markt' maar alleen in termen van wel of geen marktwerking met zijn ogenschijnlijke gevolgen. Dit debat was interessant om te observeren, echter kwamen er weinig interessante uitkomsten uit die ik in mijn onderzoek zou kunnen gebruiken omdat dit ging over de visies van de partijen van de gemeenten en het in mijn onderzoek gaat om de landelijke standpunten. Tevens werd er op 20 maart 2013 door het FBMG een debat gepland met onder andere Anne Mulder (VVD) en Johan van der Heide

(Voorzitter Raad van Bestuur ziekenhuis Bernhoven) dat ik graag had willen bijwonen. Helaas is dit debat niet doorgegaan in verband met een spoeddebat in de Tweede Kamer waardoor Anne Mulder niet meer aanwezig kon zijn. Het was de bedoeling dat dit debat verplaats zou worden maar uiteindelijk is het geannuleerd.

§ 3.4 Vergroten van de betrouwbaarheid en validiteit

Binnen dit onderzoek is er op meerdere manieren geprobeerd om de interne validiteit te verhogen. Zoals eerder al vermeld zouden de transcripten van de interviews teruggestuurd worden naar de politici zodat ze konden bepalen of de antwoorden op de vragen in het interview juist zijn. Op deze manier had ik kunnen nagaan of de resultaten door de ogen van de politici zelf als geloofwaardig beoordeeld worden. Echter, de politici die ik heb mogen interviewen en de medewerkers van de wetenschappelijke instituten zijn zulke druk bezette mensen dat zij er helemaal geen tijd voor hadden om mijn transcripten door te lezen. Dit brengt mogelijk de interne validiteit van het onderzoek in gevaar

Een andere manier om de interne validiteit te verhogen was door diepgang in te voeren in de dataverzameling. In dit onderzoek heeft er data triangulatie plaatsgevonden. Hierbij werd er gebruik gemaakt van verschillende soorten van onderzoeksinformatie. In dit onderzoek is er niet alleen gebruik gemaakt van interviews, maar is er ook een documentenanalyse gemaakt van documenten als; partijprogramma's, krantenartikelen en Handelingen van de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal.

De externe validiteit gaat vooral over overdraagbaarheid naar een populatie, een andere context of een brede theoretische theorie (Mortelmans 2011:442). De respondenten van dit onderzoek opereren in het maatschappelijke debat, omdat politieke partijen in Nederland de burgers vertegenwoordigen. De respondenten zijn belangrijke spelers in dit maatschappelijke debat en hebben invloed op hoe burgers en andere betrokken het debat framen. Daarom valt te verwachten dat de gevonden typen van framing en argumentatie vaker in het maatschappelijke debat zullen voorkomen.

De interne betrouwbaarheid kan wellicht in het geding komen door mogelijke vertekeningen van de onderzoeksresultaten door de invloed van mij als individuele onderzoeker. Normaliter kan de interne betrouwbaarheid worden vergroot door het gebruik van meerdere methoden of onderzoekers (Mortelmans 2011:434). Het gebruik van meerdere methoden komt tot uiting door middel van de hiervoor al besproken datatriangulatie. In dit onderzoek is er geen sprake geweest van meerdere onderzoekers, maar als individuele onderzoeker stond ik onder toezicht van mijn scriptiebegeleider Kor Grit. Door hem toegang te geven tot mijn

basismateriaal kon hij de betrouwbaarheid van het codeerwerk, en bijgevolg ook de rest van het analytisch werk, controleren.

Subjectiviteit speelt altijd een rol bij het doen van onderzoek. Als studente van de opleiding Beleid en Management in de Gezondheidszorg ben ik enigszins gekleurd door eerdere ervaringen met dit onderwerp. Tijdens deze opleiding heb ik geleerd wat de voordelen en de nadelen zijn van marktwerking. Ook heb ik geleerd dat 'gereguleerde marktwerking' een goede oplossing blijkt te zijn. Echter, tijdens de interviews en de analyses van de documenten heb ik geprobeerd mij zoveel mogelijk op te stellen als 'wit doek', en probeerde ik de verkregen informatie zoveel mogelijk neutraal te beoordelen. Een andere manier om de externe betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten is de zogeheten 'audit trail'. Dit is een gedetailleerde beschrijving van het plan van aanpak en het verloop van het onderzoek. Er is beschreven welke mogelijke problemen of wijzigingen hebben plaats gevonden. Zo kan de lezer het hele proces van het onderzoek volgen, om op die manier een oordeel te kunnen vellen over de betrouwbaarheid van het onderzoek (Mortelmans 2011:436)

Middels 'informed consent' is er getracht dit onderzoek ethisch correct te laten verlopen. Door vooraf toestemming te vragen voor de interviews en het opnemen van de interviews op band hebben de politici ermee ingestemd om informatie aan mij als onderzoeker te verschaffen omtrent het onderwerp en gaan zij akkoord met publicatie. In het onderzoek zijn de deelnemers niet misleidt en is vooraf duidelijk verteld met welk doel ik deze interviews afnam. Mocht blijken, na de membercheck, dat politici sommige stukken toch niet gepubliceerd wil zien, dan zal ik hun wensen respecteren en het betreffende stuk buiten publicatie houden.

Hoofdstuk 4 Resultaten

In hoofdstuk 3 staan de methoden van dit onderzoek beschreven. Deze methoden zijn ingezet om te komen tot de resultaten van het onderzoek. In dit hoofdstuk worden deze resultaten gepresenteerd die na analyse van de gebruikte technieken naar voren zijn gekomen. Deze resultaten vormen de beantwoording van de deelvragen en daarmee de probleemstelling die al staat beschreven in de inleiding van deze scriptie:

‘Hoe kan het politieke debat over marktwerking in de gezondheidszorg ontrafeld worden?’

Op stemwijzer.nl stond de stelling: Marktwerking zorg: Er moet meer concurrentie (marktwerking) tussen zorginstellingen komen. De standpunten hierover van de zes betrokken partijen in dit onderzoek worden in de onderstaande tabel weergegeven.

VVD	Eens	De VVD heeft in 2006 een nieuw zorgstelsel ingevoerd. In plaats van krappe budgetten en lange wachtlijsten krijgen zorgaanbieders de verantwoordelijkheid de beste zorg voor de beste prijs te leveren. De wensen en belangen van de patiënt staan hierbij centraal. Zorgaanbieders moeten daar rekening mee houden, anders gaan patiënten naar een andere aanbieder.
D66	Eens	Alle Nederlanders samen besteedden in 2011 € 90 miljard aan zorg. In 2000 was dat nog € 46,9 miljard. D66 maakt zich grote zorgen over die snelle stijging en wat dit betekent voor de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg in de toekomst. Concurrentie kan – mits wordt voldaan aan strenge voorwaarden over keuzevrijheid, transparantie en afrekenbaarheid – helpen de kosten minder hard te laten stijgen.
CDA	Geen van beide	De zorg moet om mensen draaien en niet om de instellingen of artsen. We hervormen de zorg van een aanbodgestuurd systeem naar zorg die zich concentreert op de zorgbehoefte van mensen. Dan willen we zorginstellingen prikkelen betere zorg (kwaliteit) te bieden dan hun collega. Dit doen we niet perse via concurrentie, maar juist ook door met elkaar samen te werken. Alles met een doel: kwaliteit voor een goede prijs!
ChristenUnie	Oneens	Kwalitatief goede zorg moet voor iedereen toegankelijk zijn en blijven. Dit staat op gespannen voet met concurrentie en marktwerking waarbij de prijs leidend wordt en niet de kwaliteit en toegankelijkheid.
PvdA	Oneens	De uitbreiding van de marktwerking in de zorg heeft ons miljarden extra per jaar gekost en de zorg minder menselijk gemaakt. Marktwerking heeft de kwaliteit niet geholpen, de prijzen opgedreven en heeft vooral medisch specialisten en bestuurders rijker gemaakt. De zorg moet weer gaan om wat goed is voor de patiënt, niet wat het meeste geld oplevert voor de verzekeraar.
SP	Oneens	De zorg is geen markt en marktwerking in de zorg heeft tot nu toe de prijzen alleen maar opgedreven.

Figuur 7 (Bron: www.stemwijzer.nl)

In het theoretisch kader wordt geschetst dat het goed mogelijk is dat sommige partijen in zwart-wit termen praten over marktwerking versus overheidsregulering, terwijl er ook partijen zijn die praten over bepaalde vormen van gereguleerde marktwerking. In dit schema komt dit punt al naar voren. Waar de SP het heeft over de zwart-wit termen 'markt' en 'marktwerking' heeft D66 het over een bepaalde vorm van gereguleerde marktwerking, namelijk concurrentie. In dit schema blijkt dus al dat er sprake is van een Babylonische spraakverwarring.

Dit schema staat niet in deze volgorde op www.stemwijzer.nl. Als onderzoeker heb ik er zelf een continuüm van gemaakt omdat dat een beter beeld schept. In dit continuüm bestaan er verschillende gradaties in het voor of tegen marktwerking in de gezondheidszorg zijn. De partij bovenaan is het meest voor marktwerking in de zorg, terwijl de partij onderaan het meest tegen marktwerking in de gezondheidszorg is.

In dit schema gaat het vooral over de vraag of er meer marktwerking moet komen in de gezondheidszorg. In dit onderzoek draait het niet alleen om de vraag of er meer marktwerking in de zorg moet komen, maar ook over de vraag hoe de politieke partijen de huidige vorm van gereguleerde marktwerking in de zorg ervaren.

Introductie

Ter introductie is aan de politieke partijen gevraagd wat volgens hen het kernprobleem van de gezondheidszorg is en wat de daarbij behorende oorzaken en mogelijke oplossingen zijn. Dit is ter introductie gevraagd om te kijken of het kernprobleem van de gezondheidszorg gerelateerd wordt aan marktwerking in de zorg. Uit de interviews bleek dat de respondenten marktwerking niet perse aan het kernprobleem in de gezondheidszorg koppelen. Veelal wordt de vergrijzing van Nederland of de toename van technologie genoemd als oorzaak van de sterke kostenstijging in de gezondheidszorg. Indirect wordt marktwerking wellicht wel aan het kernprobleem van de gezondheidszorg gelinkt. Sommige partijen geven bijvoorbeeld aan dat de techniek of innovatievere vormen van zorg gestimuleerd worden door marktwerking. Maar direct koppelen de respondenten marktwerking niet aan het kernprobleem van de gezondheidszorg. Zij zien marktwerking in eerste instantie niet als de oorzaak van het kernprobleem in de gezondheidszorg, maar weten ook niet zeker of marktwerking wel de oplossing zou zijn voor het kernprobleem in de gezondheidszorg.

4.1 Wat verstaan de partijen onder (gereguleerde) marktwerking?

De Babylonische spraakverwarring over het concept marktwerking is niet goed te ontrafelen middels partijprogramma's, krantenartikelen of handelingen van de Kamer. Hierin wordt vaak niet besproken wat de partijen onder het concept (gereguleerde) marktwerking verstaan. Een voorbeeld waaruit dit blijkt zijn de standpunten van de SP en de VVD over marktwerking in de zorg. De SP stelt dat de marktwerking in de zorg contraproductief werkt en daarom moet worden stopgezet – en op termijn moet worden teruggedraaid (www.sp.nl). Zij heeft het hierbij over 'marktwerking' maar het is nog niet duidelijk wat zij daar precies mee bedoelt. Volgens Anne Mulder van de VVD is er helemaal geen sprake van marktwerking. Althans, in Amerika zouden ze ons systeem communistisch noemen. Volgens Mulder is dat prima, bij de zorg past een gereguleerde marktwerking (BNR debat 25 juni 2012). Ook gebruikt het VVD de term 'concurrentie in de zorg' in hun partijprogramma om aan te duiden welk systeem volgens hen tot de beste zorg leidt (www.vvd.nl). De VVD spreekt dus niet over 'marktwerking' maar heeft het over 'gereguleerde marktwerking' en 'concurrentie'. Ook hier wordt weinig uitleg gegeven over wat deze concepten nu precies inhouden. Voor de beantwoording van deelvraag 1 over wat partijen verstaan onder (gereguleerde) marktwerking zijn vooral diepte-interviews gebruikt.

Het systeem van centrale overheidssturing maakt bij de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006 zoveel mogelijk plaats voor een decentraal georganiseerd stelsel van gereguleerde concurrentie/marktwerking. Er lijkt in eerste instantie een redelijke consensus te zijn over het begrip gereguleerde marktwerking. Gereguleerde marktwerking houdt in dat vragers en aanbieders weliswaar vrijheid hebben, maar dat die vrijheid is afgebakend door wetten en regels van de overheid om ongewenste effecten te voorkomen en de publieke doelen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te waarborgen (RIVM: Zorgbalans 2008 de prestaties van de Nederlandse Gezondheidszorg: 189). Toch blijkt uit de analyse van de interviews dat er sprake is van een Babylonische spraakverwarring omtrent het begrip (gereguleerde) marktwerking.

Volgens Lea Bouwmeester (PvdA) is er momenteel geen sprake van 'marktwerking' in de zorg maar van 'gereguleerde marktwerking'. Het begrip gereguleerde marktwerking zoals Mevrouw Bouwmeester (PvdA) het omschrijft lijkt redelijk aan te sluiten bij het begrip gereguleerde marktwerking zoals een meerderheid van de partijen dit omschrijft:

"Gereguleerd dat betekent dat je niet een absolute vrije markt hebt, maar dat er voorwaarden aan verbonden zijn. Dus je hebt wel dat er gekozen wordt en dat er geconcurrereerd wordt maar dat er nog wel voorwaarden aan verbonden zijn dus het is niet helemaal vrijheid blijheid" (Lea Bouwmeester).

Het CDA is ook van mening dat er niet over pure 'marktwerking' gesproken kan worden omdat de markt van vragers en aanbieders in de zorg niet ideaal functioneert vanwege de enorme complexiteit die de zorg omvat. Er zal altijd regulering van de overheid nodig zijn en daarom zal er volgens Evert Jan Slootweg (CDA) in de zorg altijd gesproken worden in termen van 'gereguleerde marktwerking'.

Volgens Geert Jan Spijker (ChristenUnie) is er in dit stelsel sprake van gereguleerde marktwerking, en is er geen onbeperkte marktwerking. Volgens hem is het hard nodig dat er bepaalde regulatie door de overheid plaatsvindt omdat het op bepaalde plekken in de zorg fout gaat omdat bepaalde markten binnen de zorg eigenlijk geen markten zijn. Ook Anna de Wit (ChristenUnie) vindt dat je als overheid zijnde de marktwerking in de zorg nooit helemaal los kunt laten, als overheid zijnde moet je altijd heel veel grip op de markt willen hebben en moeten hebben. Toch vindt de ChristenUnie het ook goed dat de overheid niet meer *"alles plat regelt"* zoals in het verleden (interview Geert-Jan Spijker).

Michiel Verkoulen (D66) heeft het in het interview ogenschijnlijk ook over gereguleerde marktwerking. *"Er zijn elementen van hoe het op een markt gaat in de zorg; ja zeker. Alleen nooit helemaal vrij als iedereen is volstrekt vrij om te vragen of volstrekt vrij om aan te bieden wat hij wil"*. Dit lijkt overeen te komen met het begrip 'gereguleerde marktwerking' maar D66, in dit geval Michiel Verkoulen, prefereert de term 'keuze en concurrentie'. Hier komt de Babylonische spraakverwarring al boven water. Waar de PvdA en het CDA spreken in termen van 'gereguleerde marktwerking', spreekt D66 in termen van 'keuze en concurrentie' terwijl deze principes overeen lijken te komen.

Volgens Anne Mulder (VVD) is er momenteel geen sprake van 'marktwerking' in de zorg. *"Er is wel wat gereguleerde marktwerking in de zorg. Maar er is een ontzettende regulering op de prijzen en daarbinnen probeer je met elementen van marktwerking te optimaliseren wat je aan het doen bent. Dat lijkt me niet eens marktwerking. Dat is meer wat competitie"*. De VVD erkent dus wel dat er sprake is van gereguleerde marktwerking in het huidige zorgstelsel, maar zij vindt dat dit veel te veel doorschiet naar de kant van regulering en dat het meer lijkt op een lichte vorm van competitie dan op de gereguleerde marktwerking zoals zij dat zouden willen zien. De hechte banden van overheidsregulering zouden wat los gelaten moeten worden om ervoor te zorgen dat er meer concurrentie in de zorg komt.

Er is echter één zorgwoordvoerder die het niet heeft over gereguleerde concurrentie, keuze en concurrentie of een ander woord dat de term gereguleerde marktwerking dekt. Renske Leijten (SP) heeft het over het pure begrip 'marktwerking'. *"Ja, er is momenteel sprake van marktwerking. En die vindt plaats door aanbieders concurrenten van elkaar te maken. En door de zorg als product te financieren op prijs. Ja, de concurrentie per product en tussen*

instellingen dat is de marktwerking”. Renske Leijten (SP) is van mening dat er inderdaad sprake is van marktwerking in de zorg en dat de voorstanders van marktwerking het begrip op een andere manier proberen te omschrijven (te reframen). Dit zouden partijen als VVD en D66 doen door te zeggen dat er helemaal geen marktwerking is of dat het met die marktwerking allemaal wel mee valt. VVD en D66 proberen de term marktwerking opnieuw te framen omdat de SP, naar zeggen van Mevrouw Leijten, consequent zou hebben gehamerd op het feit dat marktwerking niet de juiste weg is en dat er verscheidene nadelen aan marktwerking verbonden zijn. Volgens Renske Leijten (SP) heeft dit ertoe geleid dat de term marktwerking negatief geladen is, en dat VVD en D66 daarom proberen de term van marktwerking opnieuw te framen.

Anne Mulder kijkt echter anders tegen deze zogeheten ‘reframing’ aan. De rechtse partijen proberen volgens hem het woord marktwerking toch een beetje te mijden omdat het een negatieve connotatie heeft bij het publiek, wat hij ook wel begrijpt (hij laat hier buiten beschouwing hoe die negatieve connotatie ontstaan is). De linkse partijen, in het bijzonder de SP, proberen volgens hem het label er juist op te plakken: ‘marktwerking!’ Volgens Anne Mulder creëert de SP zo hun eigen vijand zodat ze die vervolgens kunnen bestrijden. Volgens hem is het framen en reframen van marktwerking in de zorg een politiek proces.

Conclusie: Marktwerking, het sleutelwoord in het politieke debat over gezondheidszorg in de afgelopen jaren, krijgt een interessante vertaling in de verschillende partijprogramma’s. Waar tegenstanders de term marktwerking expliciet gebruiken, lijken voorstanders het woord bewust te vermijden of het in combinatie met ‘regulering’ te gebruiken. De PvdA, het CDA, de ChristenUnie, de VVD en D66 redeneren in termen van ‘gereguleerde marktwerking’, waarbij D66 liever de term ‘keuze en concurrentie’ gebruikt maar wat op hetzelfde principe neer komt. De SP kiest duidelijk voor de zwart-wit term ‘marktwerking’ en geeft aan dat andere partijen het begrip marktwerking proberen te reframen door het benamingen te geven als ‘gereguleerde concurrentie’ en ‘keuze en concurrentie’ omdat het begrip ‘marktwerking’ bij de burgers een negatieve connotatie zou hebben. Maar door de term ‘product’ aan marktwerking te linken creëert de SP die negatieve connotatie. Zij framen het woord ‘marktwerking’ dus net zo goed als de andere partijen dat doen. De politieke partijen zijn zich ervan bewust dat de term ‘marktwerking’ een politiek beladen begrip is en proberen deze te (re)framen en politiek strategisch in te zetten.

4.2 Waar vinden de partijen dat (gereguleerde) marktwerking geoorloofd is?

Met de vraag 'Op welke deelsectoren is marktwerking geoorloofd?' uit het vragenprotocol heb ik ruimte open gelaten voor verschillende soorten antwoorden. Het was interessant om deze vraag niet te specificeren naar bepaalde deelmarkten zodat de respondenten mij vertelden over wat het eerste in hen opkwam en daarmee ook vaak het belangrijkste wordt geacht. Uit de analyse van de interviews bleek dat de meeste respondenten zich met deze vraag veelal concentreerden op de curatieve zorg (ZVW) versus de langdurige zorg (AWBZ).

In de aanloop naar de verkiezingen van 12 september 2012 hebben tien politieke partijen - VVD, PvdA, PVV, CDA, SP, D66, GroenLinks, ChristenUnie, SGP, DPK - gevraagd om een analyse van hun verkiezingsprogramma's. Het Centraal Planbureau (CPB) heeft de economische effecten geanalyseerd en het Planbureau van de Leefomgeving (PBL) de effecten op milieu. Het document dat hieruit ontstaan is heet keuzes in kaart.

Hierin staat onder andere dat het CDA, D66 de ChristenUnie en de VVD de marktwerking in de curatieve zorg verder willen uitwerken langs de lijnen zoals beschreven in het rapport van de Task Force zorg (2012). De Taskforce Beheersing Zorguitgaven is ingesteld door de bewindspersonen van VWS en de minister van Financiën. In TaskForce schaarst het CPB de maatregelen: 36, 37, 38, 39, 42, 45, 46, 48, 53, 56, 57 onder het verder uitwerken van gereguleerde marktwerking in de Zorg (Centraal Planbureau 2012:441 & Rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven). Punt 39 houdt bijvoorbeeld in dat zorgaanbieders volumerisico moeten gaan lopen en zo houdt punt 42 in dat de zorg meer en meer moet worden gefinancierd op basis van Gezondheidsuitkomsten. De partijen volgen in grote lijnen het rapport van de TaskForce Zorg waarbij de informatievoorziening over de kwaliteit van de geleverde zorg en het risico van zorgverzekeraars worden vergroot. Dit bevordert de prikkels van verzekeraars om doelmatig zorg in te kopen. Naast meer prikkels voor verzekeraars willen deze partijen bij de ziekenhuiszorg ook een extra slot op de deur om een lager groeipad van de zorg af te kunnen dwingen (Centraal Planbureau 2012:45). In de Zvw, de curatieve zorg, kiest het CDA bewust voor gereguleerde marktwerking. Dit doen zij door er onder andere voor te zorgen dat de ex post compensatiemechanismen van verzekeraars worden afgebouwd waardoor ze meer risicodragend worden (Centraal Planbureau 2012 Bijlage CDA). Zij zijn voor gereguleerde concurrentie om een omslag te realiseren van aanbodgestuurde zorg (onder het budgetsysteem) naar vraaggerichte zorg. Zij vinden dat de zorg rondom de vraag van de patiënt moet worden georganiseerd. Gereguleerde marktwerking in de curatieve zorg zou moeten gaan leiden tot kostenbesparingen. Volgens de website van het CDA kennen we in de AWBZ geen marktwerking. Evert Jan Slootweg (CDA) denkt dat het bij de AWBZ, de langdurige zorg, heel lastig is om gereguleerde marktwerking in te voeren. *"Het hangt er in de AWBZ vanaf*

waar iemand naartoe kan, dat is niet altijd een kwestie van markt, maar of de patiënt wel de mogelijkheid heeft om naar die verpleeginstelling toe te gaan". AWBZ- patiënt zijn (geestelijk) niet altijd in de positie om een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde behandeling. Daarnaast hebben AWBZ-patiënten vaak ook lichamelijke problemen en kunnen zich moeilijker vervoeren met als gevolg dat zij niet al te grote afstanden kunnen afleggen. Dit leidt ertoe dat hun keuzemogelijkheden worden beperkt. Bij marktwerking of gereguleerde marktwerking is voldoende keuzevrijheid juist een essentieel element .

Volgens Geert Jan Spijker zit de ChristenUnie meer op de lijn dat marktwerking moet plaats vinden in de ZVW, de cure kant. Daar kan die marktwerking wel meer een rol spelen en ook functioneel zijn als men spreekt over de diversiteit van zorg. En een efficiëntieslag kan in de zvw best, mits gereguleerd, een hele positieve rol spelen. In de care kant is de ChristenUnie daar wat voorzichtiger in. Anne de Wit (ChristenUnie) vertelde in het interview dat het kabinet nu de richting opgaat om ook de GGZ onder te brengen in de zorgverzekeringswet waardoor er mogelijk meer concurrentie komt in de GGZ. De ChristenUnie vindt dit een goede zaak. Ook zijn ze van mening dat de ouderenzorg, die nu in de AWBZ zit, iets is waar iedereen van weet dat hij er gebruik van gaat maken, en het ook iets is waarvoor je je kan verzekeren. De ChristenUnie zou de ouderenzorg wel durven toevertrouwen aan de zorgverzekeraars, waardoor er in de ouderenzorg meer gereguleerde concurrentie plaats kan gaan vinden dan dat nu het geval is.

Tijdens het interview met Michiel Verkoulen heb ik een document meegekregen genaamd 'Ordening op Orde'. Bij D66 stelde men zich vragen als "Waar" kan dan de markt? En "waar(om)" moet dan de overheid? Wat kunnen mensen onderling nog regelen? En vooral: welke criteria kunnen, vanuit het sociaalliberale gedachtegoed, worden gehanteerd om op die vragen een antwoord te geven? Naar aanleiding van deze vragen is het document 'Ordening op Orde' opgesteld waarin een sociaalliberale visie is ontwikkeld op de Nederlandse sociaaleconomische ordening – de verhouding tussen burger/mens, markt en overheid – voor de komende tien tot twintig jaar.

In het document Ordening op Orde staat duidelijk de visie van D66 beschreven over waar marktwerking in de zorg geoorloofd is. "De markt waar het kan, de overheid waar het moet", is al geruime tijd de vuistregel voor D66. Het document stelt dat het in de Cure (ZVW) vooral draait om rechtvaardigheid en efficiëntie en is het krijgen van (goede) zorg als je die nodig hebt is een basisrecht. Toegankelijke gezondheidszorg biedt de basale rechtvaardigheid die nodig is in een rechtvaardige samenleving (dat wil zeggen: basiszorg die voor iedereen beschikbaar is, ongeacht inkomen, verzekering et cetera). Deze zorg hoeft niet alleen door 'de staat' te worden geleverd, maar het ligt wel voor de hand om bij de verdeling van toegang

bureaucratische (overheids) principes te hanteren. Te veel rechtvaardigheid kan, zo is echter gebleken, uitmonden in een inefficiënt systeem: als iedereen gebruik kan maken van de gezondheidszorg, rijzen de kosten de pan uit. Daarnaast is in een bureaucratie vaak veel minder ruimte voor experimenten en innovatie. De efficiëntie is in het geding. Om het zorgstelsel ook voor de toekomst te behouden, dient men efficiënter om te gaan met schaarse zorgmiddelen en meer ruimte te laten voor manieren om het beter en goedkoper te doen. Marktprikkels zijn de voor de hand liggende oplossing (Ordering op orde 2011:42). Vooral als het gaat om de zogeheten “planbare”, vaak eenmalige of kortstondige zorg (het “knietje”) is er wat D66 betreft meer ruimte voor ordening via marktprincipes. De politiek moet dan vanuit het oogpunt van rechtvaardigheid en veiligheid wel de kaders bepalen waarbinnen die zorg moet plaatsvinden, maar marktordening zou een grotere rol kunnen spelen bij de specifieke invulling ervan (kosten, ziekenhuis et cetera). De overheid zou alleen actief hoeven toe te zien op de kwaliteit van de geboden zorg en de werking van betwistbare markten: als privéklinieken of zorgondernemers planbare zorg goedkoper en beter kunnen aanbieden dan moet de markt voor hen toegankelijk zijn. Barrières voor toetreding zijn vaak goed vermomd en worden door belanghebbenden krachtig verdedigd met een sterk appel aan het algemeen belang (kwaliteitscontrole, certificering et cetera) (Ordering op orde 2011:43).

Als het gaat om acute zorg – zoals spoedeisende hulp, ambulancevervoer en trauma-chirurgie lijkt het inbrengen van marktprikkels volgens D66 moeilijker te gaan. Het criterium van rechtvaardigheid (iedereen heeft recht op een minimum aan zorg) lijkt hier belangrijker dan het criterium van efficiëntie (Ordering op orde 2011:43). Michiel Verkoulen ondersteunt dit punt door het in het interview te benadrukken: *Concurrentie werkt ook niet zo goed bij acute zorg. Maar toch kun je daar wel concurrentie hebben want je zou bij wijze van spreken eens in de zoveel tijd een aanbesteding kunnen doen” (D66)*. Ook vertelt Michiel Verkoulen (D66) dat *“Concurrentie niet werkt op plekken waar gesproken wordt over hele complexe zorg. Bijvoorbeeld hartlongtransplantaties, die gebeuren maar op één plek in Nederland’. Maar toch kun je daar wel concurrentie hebben want je zou bij wijze van spreken eens in de zoveel tijd een aanbesteding kunnen doen” (D66)*. Hierin geeft hij aan dat concurrentie bij zowel complexe als acute zorg niet zo goed werkt, maar dat concurrentie hier niet altijd ondenkbaar is.

Bij de care (AWBZ) vindt D66 dat er ruim baan gegeven moet worden aan het principe van mensen onderling (Witteloostuijn et al 2011:42). D66 introduceert een derde partij naast de markt en de overheid. Mensen onderling brengen verbondenheid en erkenning. Mensen onderling ordenen de interacties met elkaar op basis van vertrouwen, reputatie, wederkerigheid en niet-afdwingbare maar ervaren rechten en plichten. Interactie

vindt plaats op basis van vrijwilligheid: mensen kunnen zich aan de groep onttrekken. Het ordeningsprincipe 'mensen onderling' legt rechten en plichten op zonder geweldsmonopolie en laat vrijwillige transacties toe zonder marktprijzen. Volgens D66 moeten mensen onderling ervoor zorgen dat de langdurig zieken (AWBZ-patiënten) de verzorging krijgen die ze nodig hebben.

Ook een interview dat is gehouden naar aanleiding van het zorgdebat in 2012 zegt zorgwoordvoester Pia Dijkstra (D66) dat D66 het systeem van marktwerking wil behouden. *"Wij stellen kwaliteit voorop. Door dit systeem krijg je veel meer zicht op kwaliteit en dit moet veel beter worden uitgewerkt. Wij willen dit een heel grote kans geven."*

De VVD vindt dat de gereguleerde marktwerking op zoveel mogelijk terreinen in de ZVW en de AWBZ moet worden ingevoerd. Maar acute functies moeten volgens Anne Mulder (VVD) toch in stand worden gehouden omdat dat het publieke belang is. De marktwerking moet volgens de heer Mulder zoveel mogelijk worden vrijgegeven, maar hij realiseert zich wel dat er dan tegen grenzen aangelopen wordt, zoals eerste hulpen, en de AWBZ.

Goede zorg is volgens de PvdA duur en wordt steeds duurder, wat voor een deel komt door de marktwerking. Gereguleerde marktwerking speelt nu alleen nog een rol in de curatieve zorg. In de Handeling van de Tweede Kamer (2010-2011, 19) zegt de heer Van der Veen (PvdA) een pas op de plaats te willen maken met marktwerking in zorg. In het interview geeft Lea Bouwmeester (PvdA) tevens aan dat marktwerking niet moet worden uitgebreid.

Het antwoord van de SP op de vraag waar marktwerking geoorloofd is kort maar krachtig: *"Nergens. Marktwerking in de zorg is een denkfout, de zorg leent zich niet voor marktwerking"* (Renske Leijten). Het is volgens mevrouw Leijten een denkfout dat artsen alleen hun best zouden doen als ze worden betaald per medische behandeling (Witteman 2012).

Conclusie: Het CDA, D66, de ChristenUnie en de VVD willen de marktwerking in de curatieve zorg verder uitwerken langs de lijnen zoals beschreven in het rapport van de Task Force zorg (2012). Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat het CDA en de ChristenUnie iets terughoudender zijn dan de VVD en D66 over in invoering van meer marktwerking in de zorg. Echter, binnen de curatieve zorg is het volgens D66 en de VVD lastig om marktprikkels aan te brengen in de acute zorg. D66, de VVD en het CDA realiseren zich ook dat het moeilijk is de marktwerking uit te breiden naar de langdurige zorg omdat daar een gebrek aan tegenkracht van de cliënten is (dit wordt veroorzaakt door zowel geestelijke als lichamelijke tekortkomingen) waardoor er een volledige afhankelijkheid ontstaat en gebrek aan keuzemogelijkheid die ervoor zorgt dat zorginstellingen niet hoeven te concurreren op kwaliteit van dienstverlening. De ChristenUnie is wel van mening dat de GGZ ondergebracht kan worden naar de zorgverzekeringswet en vertrouwen tevens de ouderenzorg wel toe aan

zorgverzekeraars, omdat dit iets is waarvan iedereen weet dat hij er op een dag gebruik van gaat maken maar het wel iets is waar je je voor kan verzekeren.

Tegenover deze ideeën staan de ideeën van de PvdA en de SP. De PvdA vindt dat marktwerking niet moet worden uitgebreid, en dat er een pas op de plaats gemaakt moet worden met de marktwerking. De SP vindt dat marktwerking in de zorg helemaal nergens geoorloofd is omdat de zorg zich nu eenmaal niet leent voor marktwerking.

4.3 Welke (publieke) waarden dient de overheid te borgen & veilig te stellen (en hoe) en binnen welk kader mag de markt vrij opereren?

Uit wetenschappelijke publicaties is gebleken dat met name de publieke waarden de voor- en tegenstanders van marktwerking verdelen. Uit het theoretisch kader blijkt dat de discussie over publieke waarden veelal in twee vragen wordt opgesplitst. Allereerst is er de wat-vraag: welke maatschappelijke belangen ziet de overheid als publieke belangen en dient zij zodoende veilig te stellen en te waarborgen? De tweede vraag die veelal wordt gesteld en wellicht moeilijker te beantwoorden is, is de hoe-vraag: op welke wijze worden vervolgens de belangen waarvoor de overheid aldus de eindverantwoordelijkheid heeft aanvaard, behartigd en wie draagt de operationele verantwoordelijkheid hiervoor. In deelvraag twee hebben partijen aangegeven waar (gereguleerde) marktwerking geoorloofd is, maar niet in hoeverre en op welke manier de overheid dit dient te reguleren en binnen welk kader de markt vrij mag opereren.

De overheid is volgens de ChristenUnie nodig als marktmeester die de juiste randvoorwaarden stelt (Duister 2013:31). Momenteel zijn er publieke randvoorwaarden afgesproken zoals acceptatieplicht, een verbod op premiedifferentiatie, zorgplicht en wordt er een uniform basispakket door de overheid vastgesteld (Duister 2013: 32). Volgens Geert Jan Spijker (ChristenUnie) zijn kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg de belangrijkste 3 pijlers die de overheid dient te borgen en veilig te stellen waarbij kwaliteit voorop staat. Zolang deze 3 waarden geborgd kunnen worden dan kan, volgens Geert Jan Spijker, de markt in zekere zin behoorlijk vrij worden gelaten. De belangrijkste randvoorwaarden om marktwerking in de zorg te laten slagen is volgens Geert Jan Spijker het hebben van toezicht door de overheid en het bieden van transparantie. Anna de Wit (ChristenUnie) sluit zich hierbij aan. Geert Jan Spijker (ChristenUnie) meldt ook dat het belangrijk is dat er niet al te grote machtsverschillen op de markt ontstaan. De overheid kan hier een rol in spelen door ervoor te zorgen dat patiënten zich steviger kunnen organiseren in patiëntenverenigingen of cliëntenraden zodat ook burgers wat meer in de pap te brabbelen hebben en er niet al te grote machtsverschillen ontstaan.

Het CDA is duidelijk over welke waarden de overheid dient te borgen en veilig te stellen: *“Kwaliteit van de aanbieders, acceptatieplicht, ja dat vind ik belangrijk. En toch ook wel iedere keer kijken van kunnen we die kosten samen dragen, dus die financierbaarheid blijft die geborgd, ook in de toekomst”*. Hier komen ook de 3 publieke waarden kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid weer naar voren. Aan het vrij opereren van de markt biedt Evert-Jan Slootweg (CDA) randvoorwaarden. Allereerst moeten er transparante producten en diensten zijn; het moet voor de patiënt duidelijk zijn waaruit er gekozen kan worden. De tweede randvoorwaarde is dat mensen ook echt de mogelijkheid moeten krijgen om te kunnen kiezen. Daarnaast zou de markt ook zo ingericht moeten worden dat het gericht is op efficiency en kwaliteit. Als er aan deze randvoorwaarden voldaan is, is Evert-Jan Slootweg (CDA) van mening dat je marktwerking een rol kan laten spelen. Maar hij wijst er wel op dat we er binnen ons zorgstelsel dan nog niet helemaal zijn. Er zou niet maar één oplossing zijn voor de problemen in de zorg, er zou aan vele kanten tegelijkertijd gewerkt moeten worden willen de kosten en de kwaliteit ook in de hand gewerkt worden.

Op zijn website meldt Michiel Verkoulen (D66) dat er in bijna elke markt een evenwicht is tussen vrijheid en verantwoordelijkheid voor private partijen en regels en toezicht door de overheid. De vraag is nu waar de juiste balans ligt? Voor D66 geldt dat de overheid zorgt voor veiligheid en rechtvaardigheid, de markt voor efficiëntie en innovatie. Beide zijn onmisbaar in een welvarende samenleving en dus niet in tegenspraak met elkaar. Zoals in de vorige deelvraag al is besproken is het krijgen van (goede) zorg als je die nodig hebt een basisrecht, en is essentieel voor het idee van D66 over een rechtvaardige samenleving. Toegankelijke gezondheidszorg biedt de basale veiligheid die nodig is in een rechtvaardige samenleving (dat wil zeggen: basiszorg die voor iedereen beschikbaar is, ongeacht inkomen, verzekering et cetera). Deze zorg hoeft niet alleen door “de staat” te worden geleverd, maar het ligt wel voor de hand om bij de verdeling van toegang bureaucratische principes te hanteren (Witteloostuijn et al 2011:42). In het interview bevestigt Michiel Verkoulen dat de overheid rechtvaardigheid en veiligheid(toegankelijkheid) dient te bieden.

Ook de heer Verkoulen is van mening dat er bij marktwerking wel aan bepaalde randvoorwaarden voldaan moet worden. *“Bij die marktwerking moet altijd sprake zijn van toezicht. Je hebt altijd kwaliteitstoezicht, de Inspectie, mededingingstoezicht, markttoezicht door de Nza en Nma nodig”*. Markttoezicht zou nodig zijn om verzekerde en patiënten te beschermen. Als er aan deze voorwaarden is voldaan, is het heel goed mogelijk om marktwerking een grotere rol te laten spelen.

In het interview geeft Anne Mulder (VVD) aan dat de drie publieke waarden betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit door de overheid gereguleerd dienen te worden. Daarnaast is er

nog één harde norm in de gezondheidszorg, en dat is de 45 minuten norm voor de ambulance. De overheid dient de 45 minuten norm te formuleren en dient er voor te zorgen dat zorgaanbieders binnen deze normen opereren. In het geval de zorgaanbieders deze norm niet halen dient het regionaal overleg orgaan acute zorg in te grijpen. Anne Mulder (VVD) geeft aan dat *“Als liberaal heb je wel de neiging dat je begint met denken in een wereld zonder overheid als vertrekpunt. Vaak is dat efficiënt en effectief. En als de publieke belangen dan niet worden geborgd dan ga je terugkijken naar wat er dan wel moet gebeuren”*. De overheid moet proberen zo lang mogelijk niet in te grijpen en de markt zijn ding laten doen, tenzij het publieke belang in het geding komt. Anne Mulder (VVD) is van mening dat er aan deze marktwerking randvoorwaarden verbonden zijn; *“De belangrijkste voorwaarde om dit te laten slagen is transparantie over kwaliteit”*. De markt mag wat betreft Anne Mulder (VVD) redelijk vrij opereren als er voldoende keuzevrijheid is, als er transparantie over de kwaliteit van zorg is, en als de publieke belangen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid niet in het geding komen.

Volgens Lea Bouwmeester (PvdA) zijn de drie kernwaarden die de overheid dient te borgen en veilig te stellen de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van zorg. De markt kan niet vrij opereren omdat er volgens Mevrouw Bouwmeester altijd sprake moet zijn van een zorgplicht. Mevrouw Bouwmeester geeft aan dat de randvoorwaarde om marktwerking te laten slagen het bieden van toezicht is en er moet gezorgd worden dat er transparantie over kwaliteit is.

Het model van marktwerking gaat er volgens Renske Leijten (SP) van uit dat een patiënt een consument is, die een rationale keus kan maken en die dat helemaal objectief kan doen. Maar dat zou volgens mevrouw Leijten (SP) een farce zijn want dat bestaat helemaal niet. Mevrouw Leijten (SP) kan zich voorstellen dat er wel marktwerking plaats kan vinden als het bijvoorbeeld gaat over de bouw van een nieuw ziekenhuis, of het aanschaffen van nieuwe apparatuur, maar *“Als het gaat over hoe financier je en hoe plan je de zorg, dan vind ik dat dat een Rijksoverheid taak is waarbij we de regie van hoe de zorg wordt verleend zo maximaal mogelijk bij de uitvoerende moeten leggen samen met de patiënt”*. De SP vindt dat alle basisvoorzieningen door de overheid moeten worden geborgd en veiliggesteld. Als het dus gaat over basisvoorzieningen waarvan je zegt dat is een elementair deel van wat hoort bij de organisatie van de overheid, dan zou dat volgens de SP niet via marktwerking geregeld moeten worden. Renske Leijten (SP) vindt het pertinent onjuist om de basisbehoeften van de bevolking die voor iedereen beschikbaar zou moeten zijn niet publiek te regelen. Als het publiek geregeld wordt dan kunnen er ook democratische machten uitgeoefend worden. De SP vindt het een probleem dat er bij het huidige stelsel geen democratische zeggenschap meer is.

Conclusie: Over het algemeen zijn de partijen het erover eens welke maatschappelijke belangen de overheid dient te zien als publieke belangen die zij zodoende dient veilig te stellen en te waarborgen. Dit zijn de waarden kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De hoe-vraag is moeilijker te beantwoorden. D66 benadrukt dat toezicht (o.a. markttoezicht, kwaliteitstoezicht en mededingingstoezicht) de belangrijkste randvoorwaarde is om binnen het stelsel van gereguleerde marktwerking de publieke belangen te kunnen borgen. De VVD geeft aan dat zij als liberalen de neiging hebben om te beginnen met het denken in een wereld zonder overheid als vertrekpunt. Alleen als de publieke belangen niet worden geborgd moet er gekeken worden naar wat er dan wel moet gebeuren. De VVD is er voorstander van om veelvuldig achteraf in het systeem in te grijpen. Ook D66 lijkt veelvuldig achteraf in het systeem in te willen grijpen. Zij vinden markttoezicht, kwaliteitstoezicht en mededingingstoezicht belangrijk maar specificeren niet of dit gaat om toezicht op incidenten of om toezicht zoals het toelaten van zorgaanbieders of het vooraf beoordelen van verzekeringspakketten. Als onderzoeker doe ik de aanname dat zij spreken over toezicht op incidenten en daarmee lijken zij veelal achteraf in het systeem in te willen grijpen. De ChristenUnie geeft aan dat zowel toezicht, als transparantie over kwaliteit binnen het stelsel belangrijke voorwaarden zijn om gereguleerde marktwerking te laten slagen, maar benadrukt dat de overheid erop moet toezien dat er niet al te grote machtsverschillen ontstaan tussen bijvoorbeeld zorgverzekeraars of zorgaanbieders. De overheid kan hier volgens de ChristenUnie een rol in spelen door te faciliteren dat patiënten zich steviger kunnen organiseren middels patiëntenverenigingen of cliëntenraden. Bij het CDA geeft Evert-Jan Slootweg aan dat er niet één belangrijkste voorwaarde is, maar dat er aan vele kanten tegelijkertijd gewerkt dient te worden. Volgens de PvdA moet er altijd sprake zijn van een zorgplicht. Belangrijke randvoorwaarden om marktwerking te laten slagen zijn het bieden van toezicht en het bieden van transparantie over kwaliteit.

Toch geeft de VVD, net als de ChristenUnie, de PvdA en het CDA aan, dat het ook belangrijk is dat er transparantie is over de kwaliteit van zorg. Dit is een mechanisme waarbij het systeem veelvuldig vooraf wordt ingeregeld.

Het idee van de SP wijkt af van deze ideeën. Marktwerking is nergens in de zorg geoorloofd want de zorg leent zich niet voor marktwerking. Het model van marktwerking is volgens Mevrouw Leijten (SP) een farce, omdat patiënten geen consumenten zijn die rationele keuzes kunnen maken. De basisvoorzieningen in de zorg zijn voor iedereen van belang en daarom is de financiering en de planning van zorg een taak voor de Rijksoverheid. De regie van hoe de zorg wordt verleend dient zo maximaal mogelijk bij de uitvoerende en te patiënt te worden gelegd. De markt kan en mag binnen dit denken niet vrij opereren.

4.4 Wat zijn volgens de partijen de successen en falen van deze (gereguleerde) marktwerking?

Over de impact van (gereguleerde) marktwerking op de publieke belangen en andere waarden wordt verschillende gedacht. Aan (gereguleerde) marktwerking in de zorg zijn waarschijnlijk zowel voor- als nadelen verbonden. Het theoretisch kader schets dat de voorstanders van marktwerking vooral kansen zien om de realisatie van deze waarden door middel van marktwerking positief te beïnvloeden, terwijl de tegenstanders van marktwerking vooral bedreigingen zien ten aanzien van de realisatie van deze waarden (Derks et al 2009:13). Wellicht vinden sommige politieke partijen bepaalde problemen of successen belangrijker dan andere partijen.

Evert-Jan Slootweg (CDA) is van mening dat op het moment dat marktwerking echt goed wordt ingericht het leidt tot een kwalitatief betere en efficiëntere zorg waarin minder sprake is van overcapaciteit. Hij denkt dat de overheid het moeilijk heeft met het achterhalen van wat mensen willen in de zorg en denkt dat de markt beter kan beantwoorden aan de wensen die burgers hebben als het gaat om hun zorgvraag. *“Ook merk je dat markt sneller dan overheidsregulering tot innovatie leidt en die innovatie die is ook echt weer van belang als het gaat om lange termijn voor de kwaliteit van de zorg en ook de kosten van de zorg”*. Een ander succes dat Evert-Jan aandraagt is de wachtlijstproblematiek die sinds de invoering van de ZVW niet is terug gekomen zoals in het begin van deze eeuw bij de opkomst van bijvoorbeeld Pim Fortuin een rol speelde. Evert-Jan geeft aan dat er in het rapport van de Task-Force ook staat er productiever is gewerkt sinds de invoering van meer marktwerking middels de ZVW in 2006.

Eén mogelijk falen dat volgens het CDA toch nog wel in het huidige systeem van gereguleerde concurrentie zit, is dat er altijd een stukje overproductie zal blijven. Artsen worden momenteel betaald per verrichting waardoor zij gestimuleerd worden meer verrichtingen uit te gaan voeren om extra inkomsten te generen. Door het verrichtingencomponent leidt marktwerking tot overproductie. Omdat er nog een relatief zwak ontwikkelde vraagkant is, kunnen de artsen doorgaan met het geven van behandelingen die eigenlijk niet noodzakelijk zijn, maar waar zij wel extra inkomsten door kunnen generen

In het interview met Geert Jan Spijker is het document ‘Denkwijzer’ verkregen waarin een artikel staat over marktwerking in de zorg geschreven door drs. Joas Duister. Dit is een blad dat het Wetenschappelijk Instituut van de ChristenUnie regelmatig uitbrengt. In het nummer van april 2013 staat een interessant stuk over de effecten van marktwerking op de gezondheidszorg. Binnen de zorg onderscheidt de ChristenUnie drie verschillende zorgmarkten: de zorgverleningsmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverzekeringsmarkt.

Op de zorgverleningsmarkt heeft invoering van marktwerking bijgedragen aan meer dynamiek in de sector: er zijn veel (soorten) aanbieders en daarmee is er genoeg te kiezen voor de consument. Daarnaast is de zorg steeds meer vraag- en patiënt gericht gaan werken in plaats van aanbodgericht. Dit heeft geleid tot een vermindering van het aantal wachtlijsten (Duister 2013:30). Tevens bevordert marktwerking dat creativiteit benut wordt en stimuleert het bedrijvigheid en welvaart. Anne de Wit (ChristenUnie) denkt dat dit leidt tot innovatievere vormen van zorg. Echter, op de zorgverleningmarkt is er ook sprake van een nadeel dat kleeft aan marktwerking. In de zorg is er sprake van informatieasymmetrie tussen de zorgaanbieder enerzijds en de patiënt anderszijds. De patiënt is slecht geïnformeerd en afhankelijk voor zijn behandeling van het professionele oordeel van de arts. ChristenUnie betwijfelt of er wel sprake is van echte keuzevrijheid (Duister 2013:31). Daarbij is Anne de Wit (ChristenUnie) van mening dat marktwerking leidt tot een verminderde samenwerking.

Een positief effect van de invoering van marktwerking in de zorg op de zorgverzekeringsmarkt is dat er een sterke premieconcurrentie tussen zorgverzekeraars plaatsvindt en dat er meer aandacht is voor selectieve zorginkoop (kwaliteit van zorg). Daarbij heeft de overheid waarschijnlijk de competenties niet om te zorgen voor een efficiënte bedrijfsvoering op de zorgverzekeringsmarkt (Duister 2013:32).

Op de zorginkoopmarkt nodigt het nieuwe stelsel uit tot voortdurende kritische dialogen. Deze kritische dialogen vinden onder andere plaats over de resultaten van behandelingen, over optimale organisatie en innovatie van de zorg en over de prijs, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Toch betwijfelen zowel Geert Jan Spijker als Anna de Wit of de kosten van zorg door de invoering van meer marktwerking worden verlaagd.

D66 is van mening dat gereguleerde concurrentie op heel veel plekken in de zorg werkt. Waar de markt goed in is, is het brengen van efficiënte allocatie, van productie goederen, dus omgang met geld en menskracht. Gereguleerde marktwerking zorgt ervoor dat de processen beter op elkaar afgestemd worden. Daarnaast verhoogt het zowel de transparantie als de kwaliteit van zorg. Tevens kan gereguleerde marktwerking ervoor zorgen dat patiënten veeleisender worden en gaan zeggen dat ze willen weten hoe het geregeld is. Ook kan gereguleerde marktwerking sneller dan overheidsregulatie tot innovatievere zorg leiden. Dit zijn allemaal wenselijkheden in de zorg die marktwerking kan brengen volgens de visie van Michiel Verkoulen (D66). Daarnaast zorgt marktwerking ervoor dat zorgverzekeraars kritischer worden en ziekenhuizen met creatievere oplossingen komen. Bovendien kan concurrentie er voor zorgen dat samenwerkingen sneller tot stand kunnen komen. Een goed werkende markt, met goed werkend overheidstoezicht, werkt tot betere zorg. Iedereen die zorg nodig heeft kan het krijgen (de toegankelijkheid wordt vergroot), het duurt niet al te lang voor je die zorg krijgt (minder wachtlijsten), en het wordt voor patiënten

steeds duidelijker hoe de zorg geregeld is, waarom je voor het ene naar het ene ziekenhuis gaat en voor het andere naar een ander ziekenhuis en hoe de samenwerking is tussen de huisarts en de specialist . Er is meer informatie en een toegenomen transparantie (Interview: Michiel Verkoulen).

Aan marktwerking zitten volgens D66 wel degelijk nadelen. Zorginkoop door concurrerende zorgverzekeraars leidt waarschijnlijk tot meer transactiekosten of administratieve kosten dan wanneer de zorginkoop door het zorgkantoor zou worden verricht. Zorgverzekeraars moeten namelijk ook reclame maken en nieuwe dingen leren omdat de zorginkoop steeds verandert, en dat leidt tot deze hogere transactiekosten. Volgens D66 is er nog een mogelijk falen aan gereguleerde marktwerking. D66 hamert erop dat er bij marktwerking sprake moet zijn van toezicht. Marktwerking leidt zonder markttoezichthouder tot teveel fusies en geconcentreerde zorg. De meeste vormen van zorg zijn juist gebaat bij het hebben van keuze en concurrentie.

Anne Mulder (VVD) is zeer te spreken over marktwerking in de zorg. De kwaliteit in de zorg stijgt door concurrentie, de patiëntveiligheid wordt vergroot, de kosten per verrichting worden verlaagd. Wanneer hem wordt gevraagd of er ook falen aan marktwerking zitten antwoordt hij: *“Noem jij eens wat falen van marktwerking? Ik weet er geen hoor!”* Hierbij maakt hij wel de opmerking dat een mogelijk nadeel in ons stelsel het achterblijven van kostenbewustzijn bij de patiënt is. Dit ligt volgens hem niet per se aan marktwerking. Sterker nog, volgens hem is de oorzaak van dit nadeel het hebben van een verplichte verzekering wat veroorzaakt wordt door het ontbreken van marktwerking. Andere partijen geven ook aan dat marktwerking leidt tot overconsumptie door het verrichtingencomponent zoals het in het huidige stelsel van gereguleerde marktwerking is ingericht. Anne Mulder denkt dat die overconsumptie(de volume prikkel) niets te maken heeft met marktwerking, maar dat het te maken heeft met hoe je zorg inkoopt en dat de oplossing zich bevindt in het gebruik van outcome bekostiging.

Lea Bouwmeester (PvdA) geeft in het interview aan dat wanneer gereguleerde marktwerking zou werken zoals het behoort te werken, het zou kunnen leiden tot een betere kwaliteit tegen een lagere prijs. Het idee van marktwerking is dat de patiënt als zorgconsument een zorgverzekeraar kiest die voor hem de beste zorg inkoopt tegen de beste prijs. Zorgverzekeraars kunnen met hun inkoopmacht op hun beurt de ziekenhuizen, klinieken en instellingen aanzetten tot efficiënter gedrag. Zo zou de beste kwaliteit tegen de laagste kosten worden bereikt (PvdA 2012:23). Maar concurrentie op kwaliteit moet nog gaan plaats vinden. Als dat zou gebeuren zou in theorie de prijs lager worden maar dat is nu nog niet het geval. Er wordt volgens Mevrouw Bouwmeester nu door de zorgverzekeraars te weinig ingekocht op kwaliteit en teveel op prijs. Dit leidt ertoe dat men niet de beste zorg krijgt, maar de goedkoopste. En goedkoop is soms duurkoop.

In het document 'Keuzes voor de Toekomst van Nederland' van de PvdA geeft Diederik Samsom, lijsttrekker van de PvdA, duidelijk aan waar marktwerking in de zorg toe leidt. Omdat consumenten nauwelijks veranderen van zorgverzekeraar komt de concurrentie tussen zorgverzekeraars niet van de grond. Dit komt volgens de heer Samsom mede omdat vier concerns 90 procent van de markt in handen hebben en daardoor min of meer over regionale monopolies bezitten. Zij disponeren daarmee veel macht over bijvoorbeeld de vraag welk ziekenhuis nog welke zorg mag aanbieden. De zorguitgaven zijn met de marktwerking verder gestegen. Daar zit ook veel verspilling bij. Ziekenhuizen en medisch specialisten krijgen met meer handelingen meer omzet en dus meer inkomsten. Lang niet altijd gaat het daarbij om wat medisch noodzakelijk en efficiënt is. Er kan veel worden bespaard door overbehandeling tegen te gaan (PvdA 2012:24). Zo geeft de heer Van der Veen (PvdA) aan dat de afgelopen jaren ons hebben laten zien dat de marktwerking de zorgaanbieders en de specialisten verleidt om veel meer te produceren. Marktwerking leidt volgens hem tot een toegenomen volume (Handeling Tweede Kamer 2011-2012, 21). En ook in de langdurige zorg laat marktwerking haar sporen na. Zo zijn instellingen steeds groter geworden. Instellingen zijn gaan concurreren om de aanbestedingen van gemeenten en zorgkantoren met in de thuiszorg slechtere arbeidsvoorwaarden als gevolg. Ook krijgen ouderen en chronisch zieken steeds verschillende gezichten thuis aan het bed. De verschraling van de zorg neemt hierdoor soms onacceptabele vormen aan (PvdA 2012:26).

PvdA zegt dus eigenlijk dat marktwerking wel zou kunnen leiden tot kwalitatief goede zorg tegen een scherpe prijs, mits het goed is ingericht, maar dat is het momenteel niet. Wanneer ik het aspect innovatie aanhaal, wat CDA, D66 en VVD als succes aanvoeren, zegt Lea Bouwmeester het volgende: *"Je kunt niet zeggen dat er alleen door marktwerking er innovatie is, die zal er altijd zijn. En in dit systeem ook, en dat stimuleren we ook. Maar dat is niet perse gekoppeld aan gereguleerde marktwerking."* Mevrouw Bouwmeester is van mening dat marktwerking niet sneller tot innovatie komt dan overheidsregulering.

De SP is al sinds de invoering van het nieuwe stelsel in 2006 tegen het stelsel van gereguleerde marktwerking. Uit de handelingen van de Tweede Kamer blijkt dat Agnes Kant (SP) tijdens een debat al meldde dat marktwerking de zorg duurder maakt omdat iedereen maar wil verdienen. In de Handeling van de Tweede kamer (2010-2011, 19) zegt Mevrouw Leijten zelfs dat *'we moeten stoppen met de geldverslindende en bureaucratische marktwerking in de zorg'*. Ook in het interview laat Renske Leijten (SP) duidelijk blijken te willen stoppen met marktwerking. Ook bij Mevrouw Leijten heb ik het aspect innovatie aangehaald. Haar antwoord is zeer interessant en afwijkend van dat van het CDA, D66 en VVD. Renske Leijten vindt dat marktwerking innovatie juist in de weg staat. *"Ziekenhuizen hadden altijd een innovatiebudget, ze hadden altijd ruimte voor innovatie. Maar nu het zo*

beperkt is, de DBC is dit dit en dit, valt innovatie eruit.” Innovatie, wat bijna iedere partij aandraagt als succes van marktwerking, is volgens Leijten (SP) door marktwerking niet mogelijk. Marktwerking faalt in het brengen van innovatie volgens Mevrouw Leijten.

Het partijprogramma van de SP geeft ook duidelijk de tekortkomingen aan van het huidige stelsel met gereguleerde marktwerking. Volgens Mevrouw Leijten (SP) is er geen enkel succes behaald sinds de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006. Ze geeft duidelijk aan waarom marktwerking geen succes is. Marktwerking zal er allereerst toe leiden dat je van de arts een premiejager maakt en niet meer de hulpverlener die dat doet omdat het nodig is. Daarnaast wordt er helemaal niet gekeken naar de volumegroei. *“Omdat het verdienmodel van artsen is; meer doen, is meer verdienen zie je wel dat de productprijs is gedaald maar dat het volume vreselijk is toegenomen”*. Volgens het verkiezingsprogramma van de SP botst marktwerking hier met de bezieling van medewerkers en is funest voor hun motivatie. Door marktwerking staat de kwaliteit van zorg onder druk omdat er van concurrentie op kwaliteit nauwelijks sprake is. Marktwerking leidt tot stijging van de zorgkosten door die volumegroei, wat leidt tot een verkleining van het basispakket wat vervolgens weer leidt tot een tweedeling in de zorg (Renske Leijten). Dit aspect komt ook in het partijprogramma naar boven. De markt waakt er niet voor dat ook minder rendabele zorg wordt uitgevoerd. Het risico bestaat dat wie niet kan bijbetalen, langer moet wachten, kwalitatief minder zorg krijgt, of minder keuzevrijheid heeft. Bovendien bestaat het gevaar van risicoselectie door zorgverzekeraars op mensen die veel zorg nodig hebben, zoals ouderen en gehandicapten, daar valt immers geen winst op te maken. Als we meer marktwerking organiseren in de zorg, geven we ook meer ruimte aan lucratieve zorg, waar snel aan te verdienen valt en die is gericht op klanten die veel kunnen betalen, bijvoorbeeld door voorrangszorg te geven. De markt organiseert geen solidariteit in de zorg (Verkiezingsprogramma SP). Een laatste falen dat Renske Leijten (SP) in het interview aanhaalt, is het feit dat ziekenhuizen niet meer durven samen te werken dus maar gaan fuseren (Interview).

Conclusie: Binnen deze deelvraag bleek het aspect innovatie enorm controversieel te zijn. Het interessante is dat voorstanders van marktwerking innovatie noemen als mogelijk het grootste succes, terwijl tegenstanders van marktwerking het hier helemaal niet mee eens zijn.

De VVD, het CDA, de ChristenUnie en D66 zijn van mening dat er sprake is van een kwalitatief betere en efficiëntere zorg op het moment dat marktwerking echt goed wordt ingericht. De meningen over de bijdragen van marktwerking aan de realisatie van de betaalbaarheid van zorg lopen echter sterk uiteen (Derks et al 2009:13). D66, de VVD en het CDA denken dat de kosten van de zorg door (gereguleerde) marktwerking worden verlaagd.

Zij erkennen echter wel dat (gereguleerde) marktwerking leidt tot volumegroei, maar vinden dit nadeel niet opwegen tegen de voordelen van (gereguleerde) marktwerking. De ChristenUnie betwijfelt of de kosten daadwerkelijk worden verlaagd door de invoering van meer marktwerking.

Zowel de PvdA als de SP zien meer nadelen in het stelsel van gereguleerde marktwerking dan voordelen. Vooral de volumegroei en verspilling vormen een belangrijk punt om niet te willen doorgaan met marktwerking in de zorg. Marktwerking leidt tot stijging van de zorgkosten door die volumegroei, wat leidt tot een verkleining van het basispakket wat vervolgens weer leidt tot een tweedeling in de zorg. Dit leidt ertoe dat beide partijen niet door willen gaan met gereguleerde marktwerking.

4.5 Wat wordt volgens de partijen als ideale manier gezien om de curatieve zorg te organiseren?

Er zijn meerdere ordeningsmechanismen dan alleen 'marktwerking' of 'gereguleerde marktwerking'. Sommige partijen willen wellicht spreken over 'overheidsregulering' of andere mechanismen zoals 'zelfregulering'. Aan deze mechanismen zitten waarschijnlijk ook voor- en nadelen verbonden.

De PvdA en de SP zijn momenteel de grootste tegenstanders van marktwerking in de zorg. Zij vinden dat: 'marktwerking contraproductief is, gestopt en op termijn teruggedraaid moet worden' (Verkiezingsprogramma SP) en 'uitbreiding van marktwerking heeft de zorg minder menselijk en zeker niet goedkoper gemaakt' (Verkiezingsprogramma PvdA). Daarentegen pleiten de VVD en D66 duidelijk voor meer marktwerking in de zorg waar dat kan en zijn de ChristenUnie en het CDA iets terughoudender dan de VVD en D66 in het verder willen doorvoeren van marktwerking in de zorg maar zien zij zeker voordelen bij de invoering van meer marktelementen.

Alvorens er per partij besproken wordt wat zij als ideale manier zien om de zorg te organiseren is het voor dit onderzoek interessant om een citaat van Renske Leijten (SP) aan te halen wat ons meer inzicht geeft in de discussie of het glas halfvol of halfleeg is als er gesproken wordt over marktwerking in de zorg. Volgens Mevrouw Leijten (SP) kan iedereen altijd iets aantonen in een onderzoek en een onderzoek geven dat in je eigen straatje past. *'Ik haal bijvoorbeeld uit een document van het CPB iets anders over de stijging van de gezondheidszorg dan dat Anne Mulder dat doet. Wij zien in dit document dat sinds de introductie van marktwerking de artsen meer zijn gaan doen per patiënt. Wij weten niet of dat ook nodig is en er kwaliteitsverbetering is. Ze zeggen eigenlijk, ja er is inderdaad een kostenstijging door de marktwerking. Maar dat schrijven ze niet zo op, maar wij lezen dat zo.'*

En Anne Mulder zegt dan; dat staat er niet, u sleept dat er weer met de haren bij Mevrouw Leijten. En ik zeg; nou kijk dan dat staat er toch" (interview Renske Leijten). Hieruit blijkt onder andere dat de wetenschap de empirische discussie niet kan beslechten en er om deze reden dissensus blijft bestaan over marktwerking in de zorg en er wordt gekozen voor verschillende ordeningsmechanismen.

D66

D66 is voorstander van gereguleerde concurrentie in de zorg. In het document 'Ordening op Orde' onderscheidt D66 drie (ideaaltypische) manieren om een samenleving te ordenen: via markten, door bureaucratieën en door mensen onderling. In het verleden heeft d66 gekozen voor het motto 'markt waar het kan, overheid waar het moet'. Maar zij vinden dat het te is standaard om te spreken over "overheid versus markt". Hierbij wordt vaak een derde ordeningsmechanisme over het hoofd gezien: „mensen onderling". Bij ordening via mensen onderling is geen sprake van de volledige vrijblijvendheid van markten, maar ook niet van afdwingbare rechten en plichten zoals in het geval van bureaucratieën. De rechten en plichten in een ordening van mensen onderling zijn gebaseerd op wederkerigheid, op vertrouwen en op reputatie (Witteloostuijn et al 2011:10). D66 zoekt naar een balans tussen verbondenheid (tussen mensen), rechtvaardigheid (eventueel via bureaucratieën) en efficiëntie (veelal door markten) waarbij deze drie ordeningsmechanismen elkaar vooral complementeren en het niet gaat over substitutie. Volgens D66 is het aan de politiek (samenleving en politieke partijen) om voor concrete beleidsterreinen en perioden de juiste en gewenste balans te vinden tussen de drie ordeningsprincipes mensen onderling, markt en bureaucratie (Witteloostuijn et al 2011: 35).

CDA

In de Zvw, de curatieve zorg kiest het CDA bewust voor gereguleerde marktwerking. Zij kiezen hiervoor om een omslag te bewerkstelligen van aanbodgestuurde zorg (onder het budgetsysteem) naar vraaggerichte zorg (dit leidt tot een verhoging van de kwaliteit). Toch willen zij de bureaucratie terugdringen omdat dat onderdeel van de aanpak is om burgers meer zeggenschap te bieden. Het relationele mensbeeld waar het CDA zich op baseert houdt in dat je alleen maar mens kunt zijn in relatie tot de ander. Daarom staat het CDA voor een samenleving waar mensen verantwoordelijkheid voor elkaar willen dragen en waar menselijke maat centraal staat. Dat doen zij vanuit de overtuiging dat de overheid de verantwoordelijkheid zo dicht mogelijk bij mensen moeten leggen. (Sterk & Van Haersma Buma 2012:5). Het CDA roept de burger op, als individu en als gemeenschap, om zelf meer verantwoording te nemen in de zorg voor zichzelf en de medeburger. Op die wijze hoopt het CDA de kosten binnen de perken te kunnen houden. Een denktank van het CDA Fryslân

concludeert dat de keuze waar het CDA nu voor staat niet is óf de overheid, óf de markt óf de civil society maar welke overheid, welke markt en welke civil society. De staat moet van verzorgingsstaat naar activeringsstaat (CDA Fryslan).

ChristenUnie

De ChristenUnie is van mening dat we het huidige stelsel van gereguleerde marktwerking tijd moeten gunnen om uit te kunnen kristalliseren. Er moet eerst bezien worden in hoeverre het stelsel werkt en kan worden doorontwikkeld. Het is nog te vroeg om nu al gefundeerd te kunnen zeggen dat dit stelsel naar de prullenbak kan worden gewezen. Het huidige beleid van de ChristenUnie is gericht op het verder doorvoeren van marktwerking in de zorg (Duister 2013:33). Echter, onder andere Geert Jan Spijker geeft aan dat het ook belangrijk is dat de burger wat meer invloed moet krijgen. Hij is van mening dat de 'civil society', ofwel het maatschappelijk middenveld, meer zeggenschap moet krijgen en daarbij ook meer verantwoordelijkheid dient te krijgen. De ChristenUnie vindt de 'civil society' erg belangrijk maar met een positieve waardering voor de markt waar dat kan en de overheid waar dat nodig is (Interview Geert Jan Spijker). Volgens Anna de Wit is het de visie van de ChristenUnie om binnen de curatieve zorg ook richting het organisatorische overleg te gaan, want dan worden verantwoordelijkheden wat meer gedelegeerd naar instanties. Bij organisatorisch overleg denkt zij veelal aan patiëntenorganisaties of gehandicaptenorganisaties, en is ze van mening dat zij zich moeten bezighouden met het ontwikkelen van standaarden en zelf moeten proberen om de kwaliteit inzichtelijk te maken.

VVD

De VVD is een voorstander van gereguleerde marktwerking: de aanbieders concurreren met de prijs voor zorg. Anne Mulder (VVD) is van mening dat zoals het nu gaat, middels concurrentie in de zorg, Nederland het goed geregeld heeft. Hij is wel van mening dat er nog iets meer moet worden overgelaten aan de markt. In de Handeling van de Tweede Kamer (2010-2011, 94) zegt hij dat wij momenteel "stuck in the middle", vast zitten tussen het systeem van de SP en de marktwerking met meer concurrentie zoals zij (VVD) dat zou willen.

SP

Sinds de behandeling van het wetsvoorstel Invoering van de Zorgverzekeringswet en aanpassing van overige wetten aan die wet (Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet) in 2005 geeft de SP al aan, Mevrouw Kant in dit voorbeeld, dat er in dit stelsel te weinig solidariteit is en te veel markt. Door de markt zal de patiënt aan het kortste einde trekken (Handeling Tweede Kamer 15 december 2004, 35-2294).

Een van de meest bekende slogans van de SP is waarschijnlijk: 'Zorg is geen markt'. Zij willen de zorg niet langer organiseren via concurrentie tussen aanbieders en ziekenhuizen, en pleiten voor het terugdringen van de marktwerking en bureaucratie in de zorg. In het verkiezingsprogramma meldt de SP dat de marktwerking dient te worden stopgezet en waar mogelijk teruggedraaid en dat de zorg publiek georganiseerd dient te worden (partijprogramma SP). De zorgverzekering zal worden uitgevoerd door sociaal en regionaal werkende publieke zorgverzekeraars, met regionale budgetten gebaseerd op de zorgbehoeften. Dit zal er volgens de SP toe leiden dat er geen onderlinge concurrentie meer plaats vindt, maar dat ruimte is voor samenwerking. Via benchmarking worden aanbieders geprikkeld doelmatig te werken. De aanbieders worden in een doorlopend proces met elkaar vergeleken op de kwaliteit en doelmatigheid. Op basis daarvan worden de eisen aangescherpt zodat ook aanbieders die minder presteren geprikkeld blijven om de beste prijs/kwaliteitverhouding te leveren. Daarnaast worden innovatieve maatregelen gestimuleerd en aan elkaar doorgegeven, via de visitatieteams die zullen worden ingezet door het Zorgkantoor (Van Gerven et al 2012:27).

In het interview geeft Renske Leijten (SP) ook aan dat de zorg publiek georganiseerd dient te worden : *“Maar als het gaat over hoe financier je en hoe plan je de zorg, dan vind ik dat dat een Rijksoverheid taak is waarbij we de regie van hoe de zorg wordt verleend zo maximaal mogelijk bij de uitvoerende moeten leggen samen met de patiënt. De regie in de planning van waar vind de zorg plaats en wat hebben we beschikbaar voor iedereen die moet je in de handen van de overheid leggen. De meest optimale vorm is natuurlijk om de zorgkosten een onderdeel van de belastingen te laten worden, dus niet opgebracht via premies maar gewoon via de belastingen”*.

Ook het marktgericht werken en productdenken in de AWBZ moet volgens de SP gestopt worden. Zij streven ernaar dat er hierin ook gewerkt moet worden met budgetten waarbij de behoefte aan zorg richtinggevend is. Men moet van verzakelijking naar vermenschelijking in de zorg. Goede zorg en niet geld is het primaat in de zorg. Het moet weer leuk worden in de zorg. Dit zal leiden tot minder ziekteverzuim en uitstroom. Indicaties worden door professionals gesteld, het zorgplan is de wettelijke basis voor mogelijk bezwaar (Van Gerven et al 2012:17).

Het CPB verwacht dat dit waarschijnlijk zal leiden tot een inperking van de zorg omdat de hoeveelheid verleende zorg hierdoor met 6 procent zal afnemen wat resulteert in verminderde zorgkosten. Maar dit leidt mogelijk wel tot terugkeer van de wachtlijstproblematiek. Er is grote onzekerheid of een dergelijke ingrijpende stelselwijziging in de zorg op korte termijn uitvoerbaar is en welke kosten daaraan verbonden zijn. Zo zullen er zeker transitiekosten zijn; gegeven de grote onzekerheden is een inschatting daarvan niet

mogelijk en zij zijn daarom buiten de huidige berekeningen gehouden (Centraal Planbureau 2012:156)

PvdA

De PvdA meldt op hun website dat goede zorg duur is en steeds duurder wordt. Voor een deel zou dit door marktwerking en verspilling komen. De PvdA stelt dat de marktwerking in de Nederlandse zorg niet of nauwelijks werkt. De concurrentie tussen zorgverzekeraars en het betalen per behandeling hebben de kosten van zorg explosief doen stijgen zonder dat mensen er gezonder van worden. Vooral de zorgverzekeraars zijn door hun onderlinge concurrentie niet in staat om de zorg voor iedereen zo goed mogelijk te organiseren. De PvdA wil, volgens het partijprogramma, om deze reden de volgens hun zinloze concurrentie tussen zorgverzekeraars stoppen en de macht van de markt indammen. Volgens de PvdA moet zorg dichtbij mensen georganiseerd zijn en, in al zijn verscheidenheid, van preventie tot langdurige zorg, samenhangend ingericht. Een eerlijke verdeling van schaarse middelen en doelmatige besteding dient voorop te staan. Marktwerking kan onmogelijk de ordening van de zorg bepalen.

Voor de PvdA vormt de zorg een gezamenlijke, publieke verantwoordelijkheid, waarin zorgzaamheid en betrokkenheid minstens even belangrijk zijn als efficiency en afrekenbaarheid. De PvdA wil deze uitgangspunten weer terugbrengen in de zorg in Nederland, met behoud van de goede punten van het huidige systeem (PvdA 2012:23). De PvdA heeft zich al in 2006 verzet tegen de marktmacht voor particuliere verzekeraars. Met de ervaring van de afgelopen jaren, kiezen zij opnieuw voor een publieke sturing wat betreft de inrichting van de zorg in Nederland. De vraag wie waar welke zorg mag aanbieden, is zeer bepalend voor de kwaliteit en de kosten van de zorg. Beslissingen daarover moeten in handen liggen van de overheid, omgeven met democratische verantwoording (PvdA 2012:24). Deze partij pleit voor de introductie van basiszorg, waarbij burgers, overheid, zorgverleners en zorgaanbieders samen beslissen over het zorgaanbod 'in plaats van verzekeraars en de markt'. De rol van verzekeraars zal hierbij drastisch gaan veranderen binnen deze manier om zorg te organiseren. Zorgverzekeraars krijgen weer de functie die hen voor 2006 toebehoorden: namens de verzekerden de zorg in een regio zo goed mogelijk organiseren (PvdA 2012:6). Geen concurrentie meer tussen verzekeraars, specialisten komen in loondienst en zorginstellingen worden coöperaties.

Conclusie: De ChristenUnie, het CDA, de VVD en D66 pleiten voor meer (gereguleerde) marktwerking in de zorg waar dat kan. De ChristenUnie, het CDA en D66 zien hierbij ook een belangrijkste rol voor de gemeenschap. Volgens D66 is het aan de politiek (samenleving en politieke partijen) om voor concrete beleidsterreinen en perioden de juiste en gewenste

balans te vinden tussen de drie ordeningsprincipes mensen onderling, markt en bureaucratie (Witteloostuijn et al 2011: 35). Ook de ChristenUnie vindt de civil society erg belangrijk maar met een positieve waardering voor de markt waar dat kan en de overheid waar dat nodig is. Daarbij moet er volgens de ChristenUnie ook sprake zijn van organisatorische overleggen. Het CDA is oudsher van mening dat je alleen maar mens kunt zijn in relatie tot de ander en dat men meer verantwoording moet nemen in de zorg voor zichzelf en de medeburger. Er moest gezocht worden naar een juiste balans tussen de overheid, de markt en de civil society.

De VVD is de enige partij die een hele kleine rol aan de burgers onderling toeschrijft. Buiten de eigen verantwoordelijkheid spreekt de VVD niet over de rol van de burgers. De VVD vindt dat er nog iets meer moet worden overgelaten aan de markt.

Zowel de PvdA als de SP willen stoppen met het huidige stelsel van gereguleerde concurrentie. Het voorstel dat de PvdA heeft houdt het midden tussen het huidige systeem van gereguleerde concurrentie en het voorstel van de SP om terug te keren naar een integraal overheidssysteem (dat in o.a. Engeland nog steeds dienst doet). Beide partijen vinden het belangrijk dat de gemeenschap bij de gezondheidszorg betrokken raakt. Zo pleit de PvdA voor de introductie van basiszorg, waarbij burgers, overheid, zorgverleners en zorgaanbieders samen beslissen over het zorgaanbod 'in plaats van verzekeraars en de markt'. En vindt de SP dat we de regie van hoe de zorg wordt verleend zo maximaal mogelijk bij de uitvoerende gelegd moet worden in samenwerking met de patiënt.

Hoofdstuk 5 Conclusie

De doelstelling van dit onderzoek is om meer inzicht te verkrijgen in het concept marktwerking zodat het politieke debat over marktwerking in de zorg ontrafeld kan worden. De centrale vraagstelling van deze scriptie luidt dan ook als volgt: Hoe kan het politieke debat over marktwerking in de gezondheidszorg ontrafeld worden? Om de probleemstelling te beantwoorden zijn 5 deelvragen opgesteld. In dit hoofdstuk worden alle afzonderlijke deelvragen beantwoord waaruit vervolgens het antwoord op de algemene probleemstelling voortvloeit.

5.1 Wat verstaan de partijen onder (gereguleerde) marktwerking?

Het theoretisch kader schetst dat er bij marktwerking in de zorg niet alleen een verhitte ideologische strijd plaats vindt tussen politieke partijen, maar dat er veelal ook sprake is van een Babylonische spraakverwarring. Het theoretisch kader schetst dat diverse politieke partijen uitspraken doen over marktwerking in de zorg zonder duidelijk te maken wat zij hieronder verstaan. Voor dit onderzoek was het essentieel voor de ontrafeling van het politieke debat over marktwerking in de zorg om meer inzicht te krijgen in wat politieke partijen precies bedoelen als zij praten over marktwerking omdat het goed mogelijk is dat partijen verschillende ideeën kunnen hebben bij het concept marktwerking.

Uit het onderzoek kwam naar voren dat de dissensus die heerst over marktwerking niet alleen bepaald wordt door de ideologische gedachten, maar ook door de manier waarop de gegevens over de effecten van marktwerking verzameld zijn en geïnterpreteerd worden. Een respondent gaf aan dat onafhankelijk onderzoek niet bestaat omdat iedereen altijd wel iets kan aantonen in een onderzoek dat in hun eigen straatje past.

Het theoretisch kader schetst ook dat sommige partijen de zorg wellicht niet als markt bestempelen. Mogelijk kan de introductie van marktwerking in de gezondheidszorg bijvoorbeeld deel uitmaken van een meer marktgerichte aanpak, of willen partijen wel bepaalde elementen van marktwerking toelaten, zonder de sector gelijk als 'markt' te bestempelen (Peterson 1997). Uit de interviews blijkt dat eigenlijk geen enkele partij het heeft over een zorg als 'markt', zoals een markt waarin men brood bij een bakker koopt. Iedereen is zich ervan bewust dat het niet zo makkelijk is om de zorg het label 'markt' op te leggen. Veel partijen zien dat er wel op onderdelen in de zorg sprake van marktwerking is, en vinden ook wel dat het op sommige plekken in de zorg juist goed is om gebruik te maken van marktmechanismen.

Het idee dat in het theoretisch kader is geschetst dat het goed mogelijk is dat sommige partijen in zwart-wit termen praten over marktwerking versus overheidsregulering, terwijl er ook partijen zijn die praten over bepaalde vormen van gereguleerde marktwerking komt overeen met de gevonden data uit de interviews. Marktwerking, het sleutelwoord in het politieke debat over gezondheidszorg in de afgelopen jaren, krijgt een interessante vertaling in de verschillende partijprogramma's. Waar tegenstanders de term marktwerking expliciet gebruiken, lijken voorstanders het woord bewust te vermijden of het in combinatie met 'regulering' te gebruiken. De ChristenUnie, de PvdA, het CDA, de VVD en D66 redeneren in termen van 'gereguleerde marktwerking', waarbij D66 liever de term 'keuze en concurrentie' gebruikt maar wat op hetzelfde principe neer komt. SP kiest duidelijk voor de zwart-wit term 'marktwerking' en geeft aan dat andere partijen het begrip marktwerking proberen te reframen door het benamingen te geven als 'gereguleerde concurrentie' en 'keuze en concurrentie' omdat het begrip 'marktwerking' bij de burgers een negatieve connotatie zou hebben. Maar door de term 'product' aan marktwerking te linken creëert de SP die negatieve connotatie. Zij framen het woord 'marktwerking' dus net zo goed als de andere partijen dat doen. De respondenten zijn zich ervan bewust dat de term 'marktwerking' een politiek beladen begrip is en proberen deze te (re)framen en politiek strategisch in te zetten.

5.2 Waar vinden de partijen dat (gereguleerde) marktwerking geoorloofd is?

Het theoretisch kader schetst dat het mogelijk is dat wanneer partijen praten over (gereguleerde) marktwerking, dit niet voor alle (deel)sectoren in de gezondheidszorg geldt. Wellicht vinden sommige partijen (gereguleerde) marktwerking in sommige deelsectoren wel geoorloofd en in andere niet. Uit het onderzoek bleek dit een lastige vraag. Wanneer men spreekt over (gereguleerde) marktwerking in de zorg betreft het vaak de curatieve zorg, omdat de marktwerking daar het meest ver is doorgevoerd. Er is getracht uit te zoeken of de partijen (gereguleerde) marktwerking in de curatieve zorg geoorloofd vinden maar ook of er wellicht wat meer marktwerking plaats kan vinden op andere (deel)sectoren in de gezondheidszorg. Uiteindelijk is er alleen gesproken over de curatieve zorg(ZVW) en de langdurige zorg(AWBZ)

Conclusie: Het CDA, D66, de ChristenUnie en de VVD willen de marktwerking in de curatieve zorg verder uitwerken langs de lijnen zoals beschreven in het rapport van de Task Force zorg (2012). Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat het CDA en de ChristenUnie iets terughoudender zijn dan de VVD en D66 over in invoering van meer marktwerking in de zorg. Echter, binnen de curatieve zorg is het volgens D66 en de VVD lastig om marktprikkels aan te brengen in de acute zorg. D66, de VVD en het CDA realiseren zich ook dat het moeilijk is de marktwerking uit te breiden naar de langdurige zorg omdat daar een gebrek aan tegenkracht van de cliënten is (dit wordt veroorzaakt door zowel geestelijke als

lichamelijke tekortkomingen) waardoor er een volledige afhankelijkheid ontstaat en gebrek aan keuzemogelijkheid die ervoor zorgt dat zorginstellingen niet hoeven te concurreren op kwaliteit van dienstverlening. Daarentegen is de ChristenUnie wel van mening dat een onderdeel van de AWBZ, de GGZ, ondergebracht kan worden naar de zorgverzekeringswet. Tevens vertrouwen zij de ouderenzorg wel toe aan zorgverzekeraars, omdat dit iets is waarvan iedereen weet dat hij er op een dag gebruik van gaat maken maar het wel iets is waar je je voor kan verzekeren.

Tegenover deze ideeën staan de ideeën van de PvdA en de SP. De PvdA vindt dat marktwerking niet moet worden uitgebreid, en dat er een pas op de plaats gemaakt moet worden met de marktwerking. De SP is van mening dat marktwerking in de zorg helemaal nergens geoorloofd is omdat de zorg zich nu eenmaal niet leent voor marktwerking.

De bevindingen in dit onderzoek lijken niet 100 % overeen te komen met het schema (figuur 7) dat is gevonden op www.stemwijzer.nl op de stelling 'Er moet meer concurrentie (marktwerking) tussen zorginstellingen komen';

Vooraf bij de CDA en de ChristenUnie lijken de bevindingen van het onderzoek niet helemaal overeen te komen met de stellingen op www.stemwijzer.nl. Het CDA geeft op de stemwijzer aan dat ze zorginstellingen willen prikkelen tot betere zorg (kwaliteit) en dat dit niet perse gebeurt via concurrentie maar door met elkaar samen te werken, terwijl uit het document dat is opgesteld door het Centraal Plan Bureau blijkt dat zij de marktwerking in de curatieve zorg verder willen uitwerken langs de lijnen zoals beschreven staan in het rapport Task Force zorg (2012). De ChristenUnie geeft op de stemwijzer aan niet meer concurrentie in de zorg te willen omdat kwalitatief goede zorg voor iedereen toegankelijk moet zijn en blijven en dit op gespannen voet staat met concurrentie en marktwerking. De ChristenUnie wil het stelsel van gereguleerde concurrentie eerst uit laten kristalliseren voor zij harde uitspraken gaan doen over het toelaten van meer concurrentie in de zorg. Vooralsnog lijken ze het incrementeel toch steeds meer toe te laten, omdat ze wel stappen willen zetten om de marktwerking te verbeteren. Hiervan is ook sprake, weliswaar in iets mindere mate, bij het CDA.

5.3 Welke (publieke) waarden dient de overheid te borgen & veilig te stellen (en hoe) en binnen welk kader mag de markt vrij opereren?

Het theoretisch kader schetst dat met name de publieke waarden, zoals betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid, de voor- en tegenstanders van marktwerking verdelen. De discussie over publieke waarden wordt veelal in twee vragen opgesplitst. Allereerst is er de wat-vraag: welke maatschappelijke belangen ziet de overheid als publieke belangen en dient zij zodoende veilig te stellen en te waarborgen? De tweede vraag die veelal wordt gesteld en wellicht moeilijker te beantwoorden is, is de hoe-vraag: op welke wijze worden vervolgens

de belangen waarvoor de overheid aldus de eindverantwoordelijkheid heeft aanvaard, behartigd en wie draagt de operationele verantwoordelijkheid hiervoor? (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid 2000:25).

Over de vraag welke maatschappelijke belangen de overheid als publieke belangen dient te zien en daarom veilig te stellen en te waarborgen ontstaat binnen het onderzoek een grote consensus; het betreft de waarden kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Alle partijen erkennen echter wel bepaalde randvoorwaarden aan het stelsel van gereguleerde marktwerking maar leggen het zwaartepunt ergens anders.

De VVD geeft aan dat zij als liberalen de neiging hebben om te beginnen met het denken in een wereld zonder overheid als vertrekpunt. Alleen als de publieke belangen niet worden geborgd moet er teruggekeken worden naar wat er dan wel moet gebeuren. De VVD is er voorstander van om dan achteraf in het systeem in te grijpen. D66 benadrukt dat toezicht (o.a. markttoezicht, kwaliteitstoezicht en mededingingstoezicht) de belangrijkste randvoorwaarde is om binnen het stelsel van gereguleerde marktwerking de publieke belangen te kunnen borgen en D66 lijkt ook veelvuldig achteraf in te willen grijpen, want middels toezicht wordt er pas ingegrepen als er al iets fout is gegaan.

De ChristenUnie geeft aan dat zowel toezicht, als transparantie over kwaliteit binnen het stelsel belangrijke voorwaarden zijn om gereguleerde marktwerking te laten slagen, maar benadrukt dat de overheid erop moet toezien dat er niet al te grote machtsverschillen ontstaan tussen bijvoorbeeld zorgverzekeraars of zorgaanbieders. Het CDA geeft aan dat er niet één belangrijkste voorwaarde is, maar dat er aan vele kanten tegelijkertijd gewerkt dient te worden.

Volgens de PvdA moet er altijd sprake zijn van een zorgplicht. De belangrijkste voorwaarde om marktwerking te laten slagen is het bieden van toezicht is en scheppen van transparantie over kwaliteit is. Net als de PvdA, geven ook de VVD, de ChristenUnie en het CDA aan, dat het ook belangrijk is dat er transparantie is over de kwaliteit van zorg. Dit is een mechanisme waarbij het systeem veelvuldig vooraf wordt ingeregeld.

Het idee van de SP wijkt af van deze ideeën. Marktwerking is nergens in de zorg geoorloofd want de zorg leent zich niet voor marktwerking. De basisvoorzieningen in de zorg zijn voor iedereen van belang en daarom is de financiering en de planning van zorg een taak voor de Rijksoverheid. De regie van hoe de zorg wordt verleend dient zo maximaal mogelijk bij de uitvoerende en te patiënt te worden gelegd. De markt kan en mag binnen dit denken niet vrij opereren.

Binnen deze vraag is duidelijk te zien dat het merendeel van de partijen de randvoorwaarden vooraf wil regelen, terwijl enkele partijen het systeem van marktwerking liever achteraf willen reguleren.

5.4 Wat zijn volgens de partijen de successen en falen van deze (gereguleerde) marktwerking?

Markteconomen hebben aangetoond dat in theorie de markt kan leiden tot een optimale allocatieve efficiëntie waardoor de collectieve welvaart wordt gemaximaliseerd wanneer de markt aan bepaalde technische voorwaarden voldoet. Door de grote mate van onzekerheid over het tijdstip, aard, omvang en effect van zorg, leidt een markt niet altijd tot optimale uitkomsten (Arrow 1963). De marktimperfecties dragen ertoe bij dat marktwerking in de zorg niet automatisch resulteert in meer kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid, solidariteit, keuzevrijheid en doelmatigheid (Jeurissen 2005).

Aan (gereguleerde) marktwerking in de zorg zijn waarschijnlijk zowel voor- als nadelen verbonden. Uit het onderzoek blijkt dat verschillende partijen verschillende successen en falen aanhalen. Binnen deze deelvraag bleek het aspect innovatie enorm controversieel te zijn. Het interessante is dat voorstanders van marktwerking innovatie noemen als mogelijk het grootste succes, terwijl tegenstanders juist iets heel anders beweren. PvdA beweert bijvoorbeeld dat marktwerking niet sneller tot innovatie leidt dan overheidsregulering. De SP beweert zelfs dat marktwerking faalt in het brengen van innovatie. Over de vraag of innovatie als succes van marktwerking kan worden aangedragen bestaat hedendaags in de politiek nog veel dissensus tussen de voor- en tegenstanders van marktwerking.

In het theoretisch kader is geschetst dat de meningen over de bijdragen van marktwerking aan de realisatie van de betaalbaarheid van zorg sterk uiteen lopen (Derks et al 2009:13). De voorstanders denken dat marktwerking efficiënter is, terwijl tegenstanders betwijfelen of dit wel echt zo is. Ook de publieke waarde 'kwaliteit' wordt, zoals in het theoretisch kader geschetst door zowel voor- als tegenstanders ter discussie gebracht. Volgens voorstanders gaan zorginstellingen als gevolg van marktwerking concurreren op kwaliteit. De tegenstanders verwachten echter dat marktwerking zal leiden tot meer spreiding in de kwaliteit van zorg en een gedifferentieerd aanbod zal ten koste gaan van de solidariteit tussen verschillende bevolkingsgroepen (Derks et al 2009:18). Dit komt overeen met de gevonden resultaten uit het onderzoek. Zowel de VVD als het CDA, als de ChristenUnie en D66 zijn van mening dat er sprake is van een kwalitatief betere en efficiëntere zorg op het moment dat marktwerking echt goed wordt ingericht. Ook de meningen over de bijdragen van marktwerking aan de realisatie van de betaalbaarheid van zorg lopen echter sterk uiteen

(Derks et al 2009:13). D66, de VVD en het CDA denken dat de kosten van de zorg door (gereguleerde) marktwerking worden verlaagd. Zij erkennen echter wel dat (gereguleerde) marktwerking leidt tot volumegroei, maar vinden dit nadeel niet opwegen tegen de voordelen van (gereguleerde) marktwerking. Bij de ChristenUnie betwijfelen zowel Geert Jan Spijker als Anna de Wit of de kosten daadwerkelijk worden verlaagd door de invoering van meer marktwerking.

De voorstanders van marktwerking vinden dat we het huidige stelsel van gereguleerde concurrentie nog wat tijd moeten gunnen om uit te kristalliseren en te optimaliseren. De tegenstanders van marktwerking vinden dat we het stelsel nu ruim genoeg de tijd hebben gegeven om te optimaliseren, maar het niet heeft geleid tot de gewenste resultaten. Zowel de PvdA als de SP zien meer nadelen in het stelsel van gereguleerde marktwerking dan voordelen. Vooral de volumegroei en verspilling vormen een belangrijk punt om niet te willen doorgaan met marktwerking in de zorg. Marktwerking leidt tot stijging van de zorgkosten door die volumegroei, wat leidt tot een verkleining van het basispakket wat vervolgens weer leidt tot een tweedeling in de zorg. Dit leidt ertoe dat beide partijen niet door willen gaan met gereguleerde marktwerking.

5.5 Wat wordt volgens de partijen als ideale manier gezien om de curatieve zorg te organiseren?

Het theoretisch kader schetst dat er vier verschillende ordeningsmechanismen zijn voor de gezondheidszorg die normaliter als 'ideaaltypen' worden gezien. Het onderstaande schema geeft dit weer.



Figuur 1 Vier ideaaltypische

orderingsmechanismen(Streeck & Schmitter 1985).

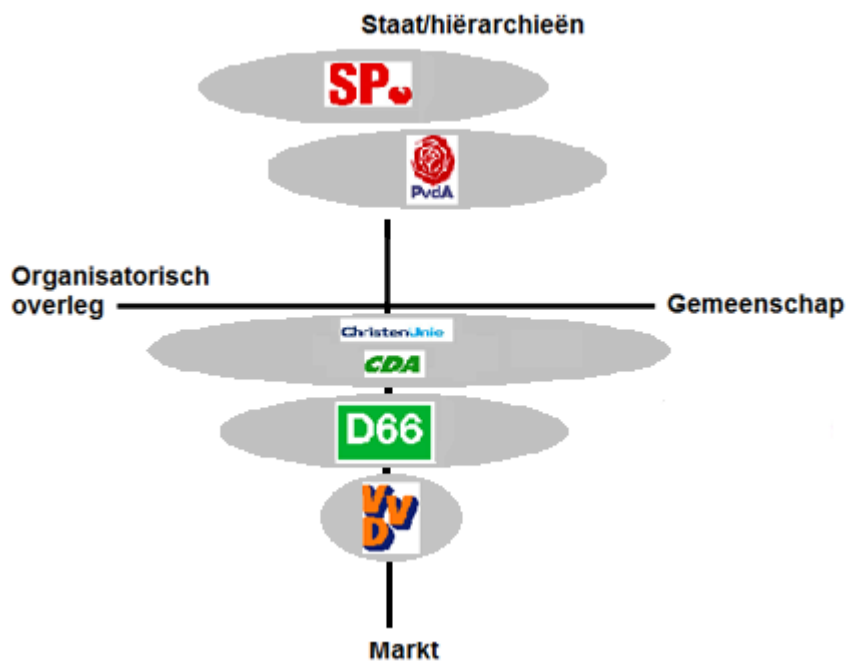
Vaak komt het voor dat niet één van de mechanismen dominant is, maar dat er een mix plaatsvindt van de mechanismen.

Uit de resultaten blijkt dat verschillende partijen verschillende ideeën hebben over de ideale manier om zorg te organiseren. De ChristenUnie, het CDA, de VVD en D66 pleiten voor meer (gereguleerde) marktwerking in de zorg waar dat kan. De ChristenUnie, het CDA en D66 zien hierbij ook een belangrijkste rol voor de gemeenschap. Volgens D66 is het aan de politiek (samenleving en politieke partijen) om voor concrete beleidsterreinen en perioden de juiste en gewenste balans te vinden tussen de drie ordeningsprincipes mensen onderling, markt en bureaucratie (Witteloostuijn et al 2011: 35). Ook de ChristenUnie vindt de civil society erg belangrijk maar met een positieve waardering voor de markt waar dat kan en de overheid waar dat nodig is. Anna de Wit (ChristenUnie) benadrukt dat er ook sprake moet zijn van organisatorische overleggen. Er moet volgens het CDA gezocht worden naar een juiste balans tussen de overheid, de markt en de civil society. Toch dient er te worden opgemaakt dat D66 het ook heeft over gemeenschap, maar zij gaan veel meer uit van een individualistischere mensvisie dan de ChristenUnie of het CDA, zij gaan meer uit van een relationele mensvisie. D66 gaat, netzoals de SP, meer uit van de burgers als politieke participanten waarbij zij mogen meepraten en beslissen. De ChristenUnie en het CDA gaan minder uit van deze visie en vinden het vooral belangrijk dat de burgers mee kunnen doen.

De VVD schrijft een kleinere rol aan de burgers onderling toe. Buiten de eigen verantwoordelijkheid spreekt de VVD niet over de rol van de burgers. Anne Mulder (VVD) is van mening dat er nog iets meer moet worden overgelaten aan de markt dan nu het geval is.

Zowel de PvdA als de SP willen stoppen met het huidige stelsel van gereguleerde concurrentie. Het voorstel dat de PvdA heeft houdt het midden tussen het huidige systeem van gereguleerde concurrentie en het voorstel van de SP om terug te keren naar een integraal overheidssysteem (dat in o.a. Engeland nog steeds dienst doet). Beide partijen vinden het belangrijk dat de gemeenschap bij de gezondheidszorg betrokken raakt. Zo pleit de PvdA voor de introductie van basiszorg, waarbij burgers, overheid, zorgverleners en zorgaanbieders samen beslissen over het zorgaanbod 'in plaats van verzekeraars en de markt'. En de SP vindt dat we de regie van hoe de zorg wordt verleend zo maximaal mogelijk bij de uitvoerende gelegd moet worden in samenwerking met de patiënt.

Er is getracht om de partijen te positioneren als een continuüm in het schema dat in het theoretisch kader is geschetst over wat zij als ideale manier zien om de curatieve zorg te organiseren om een impressie te geven. Dit schema leek echter niet 100 % werkbaar, daarom is het schema enigszins omgegooid om de partijen te kunnen positioneren.



Figuur 8

Tevens schetst het theoretisch kader dat de hervormingen richting de marktgerichte gezondheidszorg opgevat kunnen worden als het beleidsleren binnen en tussen concurrerende beleidsprogramma's. Beleidsleren kan worden aangeduid als het proces waarin beleidsmakers en belanghebbende doelbewust de doelstellingen, regels en technieken van een bepaald beleid aanpassen naar aanleiding van ervaringen uit het verleden en nieuwe informatie (Helderman et al 2005:189). Als de inzet van een beleidsprogramma hoog is, zoals het geval is bij de gezondheidszorg, kunnen actoren zich vasthouden aan de huidige beleidsprogramma's om onzekere en risicovolle uitkomsten te vermijden. De hervorming van de gezondheidszorg wordt tot nu toe getypeerd door de afwezigheid van radicale beslissingen. Het huidige systeem heeft zich ontwikkeld door een reeks van incrementele veranderingen (Helderman et al 2005:190). Als het aan de VVD en D66 ligt zetten we deze incrementele veranderingen richting de marktgerichte gezondheidszorg door. De ChristenUnie en het CDA zijn in hun uitspraken richting de uitbreiding van marktwerking in de gezondheidszorg nog voorzichtiger. Echter, de SP is van mening dat marktwerking dient te worden stopgezet en waar mogelijk teruggedraaid en dat de zorg publiek georganiseerd dient te worden. Zij streven ernaar dat er gewerkt moet worden met budgetten waarbij de behoefte aan zorg richtinggevend is. Dit is nogal een radicale beslissing. Er is grote onzekerheid of een dergelijke ingrijpende stelselwijziging in de zorg op korte termijn uitvoerbaar is en welke kosten daaraan verbonden zijn. Ook de PvdA wil stoppen met marktwerking. Met de ervaring van de afgelopen jaren kiest ook PvdA voor een publieke sturing wat betreft de inrichting van zorg in Nederland. Beslissingen over de vraag wie welke zorg mag aanbieden moeten in de handen liggen van de overheid, omgeven met democratische verantwoording (PvdA 2012:24). Het voorstel dat de PvdA heeft houdt het midden tussen het huidige systeem van gereguleerde concurrentie en het voorstel van

de SP om terug te keren naar een integraal overheidssysteem. Beleidsleren, zoals het theoretisch kader schetst, lijkt in de praktijk meer omarmd te worden door partijen die spreken over gereguleerde marktwerking in plaats van overheid versus markt zoals vooral de SP, en in mindere mate de PvdA, dat voor ogen zien.

5.6 Hoe kan het politieke debat over marktwerking in de gezondheidszorg ontrafeld worden?

De doelstelling van dit onderzoek is om meer inzicht te verkrijgen in het concept marktwerking zodat het politieke debat over marktwerking in de zorg ontrafeld kan worden. De antwoorden op de deelvragen hebben geleid tot beantwoording van de probleemstelling. Deze probleemstelling betreft; 'Hoe kan het politieke debat over marktwerking in de gezondheidszorg ontrafeld worden?' Uit het theoretisch kader blijkt dat de vraag naar de meest geschikte manier van marktwerking in de gezondheidszorg al jaren hoog op de politieke agenda staat en dat deze vraag lastig te beantwoorden is door de brede ideologische strijd over de rol van markten in de gezondheidszorg. Een interessant resultaat dat in dit onderzoek naar voren is gekomen is dat ondanks de verhitte ideologische strijd, marktwerking door de politieke partijen niet gelinkt wordt aan het kernprobleem in de gezondheidszorg. Als onderzoeker had ik verwacht dat marktwerking aan het kernprobleem in de gezondheidszorg gekoppeld zou worden omdat er zo'n verhitte strijd over gaande is. Uit het onderzoek blijkt echter dat marktwerking in eerste instantie niet direct wordt gezien als oorzaak van het kernprobleem in de gezondheidszorg, maar is het ook niet zeker of marktwerking wel de oplossing zou zijn voor het kernprobleem in de gezondheidszorg. Uit het onderzoek blijkt dat er bij marktwerking in de zorg niet alleen sprake is van een verhitte ideologische strijd, maar dat er ook sprake is van een Babylonische spraakverwarring. De Babylonische spraakverwarring ontstaat onder andere doordat de respondenten zich ervan bewust van zijn dat de term 'marktwerking' een politiek beladen begrip is en zij proberen deze te (re)framen en politiek strategisch in te zetten. Voorstanders van marktwerking proberen het begrip op een andere manier te omschrijven omdat het begrip marktwerking een negatieve connotatie zou hebben. Door een ander begrip te introduceren wordt er getracht de negativiteit rondom dit ordeningsmechanisme weg te nemen. Tegenstanders van marktwerking plakken het label er juist op; 'Marktwerking!'. Hierdoor zijn zij partij beter in staat dit mechanisme aan te vechten.

In het theoretisch kader wordt geschetst dat marktwerking in de zorg veel dissensus oproept, ook in de internationale literatuur. Waar Schut en van de Ven het glas meer als 'halfvol' beschouwen, vinden Maarse en Paulus dat er meer reden is om pessimistisch te zijn dan optimistisch over de impact van de hervormingen (Maarse & Paulus 2011:126). De

dissensus die heerst over marktwerking in de zorg wordt niet alleen bepaald door de ideologische gedachten, maar ook door de manier waarop de gegevens over de effecten van marktwerking verzameld zijn en geïnterpreteerd worden. Ook uit de interviews blijkt dat de wetenschap de empirische discussie over marktwerking in de zorg niet kan beslechten. Iedere partij kan wel iets aantonen in een onderzoek dat in hun eigen straatje past. De voor en tegenstanders van marktwerking kijken selectief naar wetenschappelijk onderzoek en pakken er elk hun eigen waarheid uit. De discussie over marktwerking in de zorg kan niet door de wetenschap worden beslecht.

In het schema waarin ik heb getracht de partijen te positioneren als een continuüm (figuur 8) is te zien dat niemand voor volledige marktwerking is. Vooral de VVD en D66 zouden graag de marktwerking uit willen breiden, maar realiseren zich dat er in de zorg altijd enige regulatie van de overheid nodig is. Er is wel één partij die de marktwerking geen rol meer wil laten spelen, en dat is de SP. De SP zoekt wel naar een mix van ordeningsmechanismen waarbij niet alleen de staat een rol speelt, maar waarin de ordeningsmechanismen gemeenschap en organisatorisch overleg ook een rol spelen. Zoals te zien is in figuur 8 is iedere partij in opzoek naar een mix van ordeningsmechanismen om de gezondheidszorg in te richten, waarbij de ene partij meer ruimte wil overlaten aan de markt dan een andere partij.

Hoofdstuk 6 Discussie

Wanneer je met een kritische blik naar het onderzoek kijkt, zijn er een aantal beperkingen te ontdekken. Beperkingen die mogelijk ook invloed hebben op de uitkomsten van het onderzoek.

Interne validiteit

Zoals eerder al vermeld zouden de transcripten van de interviews teruggestuurd worden naar de politici zodat ze konden bepalen of de antwoorden op de vragen in het interview juist zijn. Op deze manier kan ik nagaan of de resultaten door de ogen van de politici zelf als geloofwaardig beoordeeld worden. Echter, de politici die ik heb mogen interviewen en de medewerkers van de wetenschappelijke instituten bleken geen tijd te hebben voor het doorlezen van mijn transcripten. Een Tweede Kamer lid meldde mij ook dat hij zichzelf al zo vaak had teruggelezen dat hij daar tegenwoordig geen behoeften meer aan had. Dit heeft mogelijk de interne validiteit van mijn onderzoek in gevaar gebracht, omdat zij wellicht iets hebben gezegd op een bepaalde manier maar dat zij dit anders bedoelden. Door dat ze achteraf niet hebben gecontroleerd of mijn transcripten klopten zijn er mogelijk bepaalde aspecten verkeerd gezegd of geïnterpreteerd. Dit kan mogelijk leiden tot een bedreiging van de interne validiteit van dit onderzoek.

In de methoden is beschreven dat er in dit onderzoek gebruikt wordt gemaakt van data triangulatie. In dit onderzoek is er niet alleen gebruik gemaakt van interviews, maar is er ook een documentenanalyse gemaakt van documenten als; partijprogramma's, krantenartikelen en Handelingen van de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal. Uiteindelijk bleken vooral de interviews en de partijprogramma's leidend voor de beantwoording van de hoofdvraag en de deelvragen. De Handelingen van de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal bleken minder bruikbaar dan in het begin werd gedacht. Na een uitgebreide zoektocht waarin gezocht werd op verschillende zoektermen bleken er weinig uitspraken te zijn waar ik veel mee kon. In de meeste gevallen leken de uitspraken weliswaar veel op de uitspraken die gedaan werden in de interviews en de partijprogramma's maar werden ze iets minder concreet besproken. Veelal viel de keuze op een bepaald citaat uit een interview in plaats van een Handeling uit de Tweede Kamer. Door het minder toepassen van Handelingen van de Tweede Kamer is mogelijk de interne validiteit van het onderzoek in het geding gekomen. Toch is er gebruik gemaakt van andere documenten zoals het document keuzes in kaart waarbij Het Centraal Planbureau een analyse heeft uitgevoerd van tien verkiezingsprogramma's. Door gebruikmaking van zulk soort documenten heb ik toch getracht de interne validiteit van het onderzoek zo hoog mogelijk te houden.

Bovendien zijn er in de interviews met D66, het CDA en de ChristenUnie documenten verkregen terwijl er in de interviews met de VVD, de SP en de PvdA geen documenten zijn verkregen. Dit leidt er mogelijk toe dat, en vooral bij D66 heeft dat een rol gespeeld, er bij die partijen waarbij er extra documenten zijn verkregen er in dit onderzoek uitgebreider verteld is over het standpunten betreffende marktwerking in de zorg. Dit bedreigt mogelijk de interne validiteit enigszins.

Externe validiteit

De externe validiteit gaat vooral over overdraagbaarheid naar een populatie, een andere context of een brede theoretische theorie (Mortelmans 2011:442). De respondenten van dit onderzoek opereren in het maatschappelijke debat, omdat politieke partijen in Nederland de burgers vertegenwoordigen. De respondenten zijn belangrijke spelers in dit maatschappelijke debat en hebben invloed op hoe burgers en andere betrokken het debat framen. Daarom valt te verwachten dat de gevonden typen van framing en argumentatie vaker in het maatschappelijke debat zullen voorkomen. Omdat bij slechts zeven experts het semigestructureerde interview is afgenomen is de generaliseerbaarheid van de resultaten van deze interviews beperkt. Maar omdat de respondenten belangrijke spelers zijn in dit maatschappelijke debat en invloed hebben op hoe burgers en andere betrokkenen het debat framen lijkt de generaliseerbaarheid binnen dit onderzoek toch redelijk hoog te zijn.

Middel zes semi-gestructureerde interviews is er getracht meer inzicht te verkrijgen in het concept marktwerking zodat het politieke debat over marktwerking in de zorg ontrafeld kan worden. Er is, zoals in de methoden al is geschetst, geprobeerd de portefeuillehouders van zorg, die daarvoor ook de woordvoering doen in de Tweede Kamer, te interviewen omdat zij waarschijnlijk het best de standpunten over marktwerking in de zorg naar voren kunnen brengen. Uiteindelijk werden drie van deze interviews gehouden met de woordvoerders zorg uit de Tweede Kamer, namelijk Anne Mulder (VVD), Renske Leijten (SP) en Lea Bouwmeester (PvdA). Bij de 50-plus partij, de PVV, het ChristenUnie, de CDA, D66, de SGP en GroenLinks was het niet mogelijk een zorgwoordvoerder uit de eerste of Tweede Kamer te spreken. Uiteindelijk werd één interview gehouden met kandidaat Tweede Kamerlid Michiel Verkoulen (D66), één interview met wetenschappelijk medewerker Evert Jan Slootweg van het Wetenschappelijk Instituut van het CDA en één interview met Adjunct-directeur Geert Jan Spijker van het Wetenschappelijk Instituut van de ChristenUnie. Ik had het idee dat de woordvoerders zorg uit de Tweede Kamer precies wisten waar ze het over hadden. Ik merkte dat vooral de medewerkers van de Wetenschappelijke Instituten toch iets minder kennis hadden dan de zorgwoordvoerders uit de Tweede Kamer. De antwoorden van de medewerkers van de Wetenschappelijke Instituten zijn zeker heel nuttig geweest, maar

wellicht dat de zorgwoordvoerders uit de Tweede Kamer van het CDA en de ChristenUnie nog meer voor mijn onderzoek hadden kunnen betekenen.

Daarbij kan er bias zijn ontstaan doordat respondenten vragen anders interpreteerden of doordat men bepaalde aspecten is vergeten bij het beantwoorden van de vragen. Een andere mogelijkheid is dat de antwoorden die de respondenten gaven soms persoonlijk zijn, en dat niet ieder individu binnen de politieke partij daar zo over denkt. Tevens kan er binnen partijen ook nog debat zijn over de wenselijkheden en mate van marktwerking, bij de PvdA is hier bijvoorbeeld sprake van. Dit kan mogelijk de generaliseerbaarheid van dit onderzoek in het geding brengen.

Ook leek er een discrepantie te ontstaan tussen het interview dat ik met Lea Bouwmeester (PvdA) heb gehouden en documenten van de PvdA over marktwerking in de zorg. In zowel krantenartikelen als in het partijprogramma als de analyse die het Centraal Planbureau heeft uitgevoerd op het verkiezingsprogramma blijkt de PvdA te willen stoppen met marktwerking in de zorg. Na enig mailverkeer bleek dat ik alleen telefonisch een interview kon afnemen van hoogstens een half uur. Tijdens dit telefonische interview merkte ik dat Mevrouw Bouwmeester afgeleid was door andere zaken en zich niet voor 100 procent kon focussen op het gesprek. Het standpunt te willen stoppen met marktwerking, zoals in veel documenten is aangegeven, kwam niet goed naar boven. Bij mijn vraag *'Werkt de (gereguleerde) markt in de zorg?'* antwoordde ze zelfs: *'We zijn bezig met een proces van A naar Beter. Dus op het eindpunt zou het heel goed kunnen werken, concurrentie op kwaliteit vooral, het is goed voor de patiënt, goed voor de prijs maar ook goed voor de premiebetaler. Maar we zijn er nog niet, het moet nog beter. Dus als je vraagt; ben ik vandaag tevreden? Nee, vandaag niet! In de toekomst misschien wel.'* De discrepantie komt hier duidelijk naar boven. Omdat het gesprek met Mevrouw Bouwmeester niet was zoals bij de andere respondenten, heb ik de documenten als uitgangspunt genomen. Er is nog getracht een nieuw interview af te nemen met een andere woordvoerder zorg uit de Tweede Kamer maar diegene was niet in staat tot meewerking.

Interne betrouwbaarheid

De interne betrouwbaarheid kan wellicht in het geding komen door mogelijke vertekeningen van de onderzoeksresultaten door de invloed van mij als individuele onderzoeker. Normaliter kan de interne betrouwbaarheid worden vergroot door het gebruik van meerdere methoden of onderzoekers (Mortelmans 2011:434). Het gebruik van meerdere methoden komt tot uiting door middel van de hiervoor al besproken datatriangulatie. In dit onderzoek is er geen sprake van meerdere onderzoekers, maar als individuele onderzoeker sta ik onder toezicht van mijn scriptiebegeleider Kor Grit. De heer Grit is toegang gegeven tot de transcripten van de

interviews en op deze manier heeft hij de betrouwbaarheid van het codeerwerk, en bijgevolg ook de rest van het analytisch werk, kunnen controleren.

Externe betrouwbaarheid

Subjectiviteit speelt altijd een rol bij het doen van onderzoek. Als studente van de opleiding Beleid en Management in de Gezondheidszorg ben ik enigszins gekleurd door eerdere ervaringen met dit onderwerp. Tijdens deze opleiding heb ik geleerd wat de voordelen en de nadelen zijn van marktwerking. Ook heb ik geleerd dat 'gereguleerde marktwerking' een goede oplossing blijkt te zijn. Echter, tijdens de interviews en de analyses van de documenten heb ik mij zoveel mogelijk proberen op te stellen als 'wit doek', en heb ik geprobeerd de verkregen informatie zoveel mogelijk neutraal te beoordelen. Toch merkte ik dat ik als BMG'er vanuit mijn opleiding wel pro-marktwerkingsdenken ben. Mij is geleerd wat de voor- en nadelen van marktwerking in de zorg zijn, maar vanuit de opleiding is toch sterk de gedachten dat, mits het gereguleerd is, marktwerking goed is. Vooral bij het gesprek met Renske Leijten, die volstrekt tegen marktwerking is, viel mij dit op. Zij haalde bepaalde aspecten aan, waarover ik als BMG'er minder nagedacht zou hebben. Ik merkte dat zij een hele andere manier heeft om tegen marktwerking in de zorg aan te kijken. Toch heb ik met interesse haar verhaal gevolgd en geprobeerd haar standpunt met zijn ogenschijnlijke gevolgen te begrijpen om zo de interne betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen.

Door middel van de zogeheten 'audit trail' is er getracht de externe betrouwbaarheid van dit onderzoek te verhogen. Dit is een gedetailleerde beschrijving van het plan van aanpak en het verloop van het onderzoek. Doordat er achteraf beschreven is welke problemen of wijzigingen er hebben plaatsgevonden kan de lezer volgen hoe het proces van het onderzoek is verlopen en op deze manier een oordeel kan vellen over de betrouwbaarheid van het onderzoek.

Middels 'informed consent' werd er getracht dit onderzoek ethisch correct te laten verlopen. Bij ieder interview is alvorens het interview gevraagd om toestemming voor het opnemen op band en het uitbrengen van resultaten. De politici hebben ermee ingestemd om informatie aan mij als onderzoeker te verschaffen omtrent het onderwerp en zijn akkoord gegaan met publicatie. In het onderzoek is niemand misleid en is vooraf duidelijk verteld met welk doel ik deze interviews zal afnemen. Echter, omdat er geen membercheck heeft plaatsgevonden, zijn er mogelijk dingen gezegd die politici niet gepubliceerd zouden willen zien. Toch is hen wel de mogelijkheid geboden om het interview terug te zien, maar hier kwam geen reactie op. Waarschijnlijk is het dus geen probleem dat de resultaten worden gepubliceerd.

Literatuurlijst

- Arrow, K.J. 1963. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 53 (5):941-973.
- Bal, R. & T. Zuiderent-Jerak. 2011. The practice of markets in Dutch health care: are we drinking from the same glass? *Health Economics, Policy and Law* 6 (1):139-145.
- Barr, N.A. 1992. Economic theory and the welfare state: a survey and interpretation. *Journal of economic literature* 30 (2):741-803
- Bijl, P. & E. van Damme. 1997. *Regulering en zelfregulering in markten met Kwaliteitsonzekerheid*. Den Haag: Ministerie van Economische Zaken.
- Boot, J.M. & M.H.J.M. Knapen. 2005. *De Nederlandse Gezondheidszorg*. Achtste druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Bomhoff, E.J. 2002. *Meer markt in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ.
- CDA Fryslan. Samenvatting rapport Rijnlands denken en doen [Aangehaald op 27-03-2013]. Bereikbaar op:
http://www.cda.nl/fileadmin/Afdelingen/Friesland/Tytsjerksteradiel/tytsjerksteradiel/fractie/2013-02_CDA_Frl_samenvatting_RIJNLANDS_DENKEN.pdf
- Centraal Planbureau. 2012. 2013-2017. Effecten op economie en milieu. VVD, PvdA, PVV, CDA, SP, D66, GL, ChrU, SGP, DPK. Een analyse van tien verkiezingsprogramma's. Planbureau voor de Leefomgeving
- Cutler, D. 2002. Equality, efficiency, and market fundamentals: the dynamics of international medical-care reform. *Journal of Economics Literature* 40 (3):881-906.
- Commissie Dekker. 1987. *Bereidheid tot verandering; advies van de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg*. Den Haag: Distributiecentrum Overheidspublicaties.
- Damme, E. van. & M.P. Schinkel. 2009. Marktwerking en Publieke Belangen. Preadviezen van de Koninklijke Vereniging voor de Staathuishoudkunde.
- Derks, G. F. Everts, E. Evenhuis, V. Heitkamp, R. Schimmel, S. Terpstra. 2009. Marktmeester over publieke waarden en marktwerking. Atelieropdracht NSOB MPA 2008-2010.
- Donaldson, C., K. Gerard, C. Mitton, S. Jan, V. Wiseman. 2005. *Economics of health care financing: the visible hand*. Second edition. London: Palgrave Macmillan.
- Dorresteyn, M. 2010. Kalbfleisch: Zonder marktwerking geen innovatie in de zorg [Internet] Zorgvisie magazine [Aangehaald op 15-02-2013]. Bereikbaar op:
<http://www.zorgvisie.nl/Home/Nieuws/2010/3/Kalbfleisch-Zonder-marktwerking-geen-innovatie-in-de-zorg-ZVS007194W/>
- Duister, J. 2013. Marktwerking in de zorg. Denkwijzer: Het neoliberalisme voorbij. Jaargang 13 Nummer 1 April 2013. Wetenschappelijke Instituut van de ChristenUnie.
- Enthoven, A.C. 1988. *Theory and practice of managed competition in healthcare finance*. Amsterdam: Elsevier.
- Enthoven, A.C. & W.P.P.M. van de Ven. 2007. Going Dutch - Managed-competition health insurance in the Netherlands. *New England Journal of Medicine* 357 (24):2421-2423.
- Feldstein, P.J. 1993. *Health care economics*. Seventh Edition. New York: Thomson Delmar Learning.

- Gerven, H. Van, R. Leijten, I. Palm. 2012. Onze zorg; gezondheidszorg gebaseerd op solidariteit. [Aangehaald op 17-04-2013]. Bereikbaar op: http://www.sp.nl/service/rapport/100604_rapport_onze_zorg.pdf
- Grand, J. le. 2007. *The other invisible hand: delivering public services through choice and competition*. Princeton: Princeton University Press.
- Grinten, T. van der. & J. Kasdorp. 1999. *25 jaar sturing in de gezondheidszorg: van verstatelijking naar ondernemerschap*. Den Haag: SCP.
- Groot, G.R.J., de. 2005. De zorgverzekeraar: spin in het web? *Gezondheidsrecht* 29 (1):40-60
- Helderman, J., F.T. Schut, T.E.D. van der Grinten, W.P.M.M. van de Ven. 2005. Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30 (1-2):189-210.
- Helderman 2007. Bringing the market back in? Institutional complementarity and hierarchy in Dutch housing and healthcare. Thesis Erasmus University Rotterdam.
- Immergut, E. 1992. *Health politics: interests and institutions in Western Europe*. First edition. New York: Cambridge University Press.
- Jeurissen, P.P.T. 2005. *Weten wat we doen: Verspreiding van innovaties in de zorg*. Zoetermeer: RVZ.
- Kant, A. 2002. Marktwerking maakt zorg duurder. *Economisch Statistische Berichten* 87 (4385):283.
- Kraan, W.G.M. van der. 2006. *Vraag naar vraagsturing. Een verkennend onderzoek naar de betekenis van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg*. Erasmus Universiteit, Rotterdam.
- Lapré, R. F. Rutten, E. Schut. 2001. *Algemene economie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Maarse, H. & R. ter Meulen. 2006. Consumer choice in Dutch health insurance after reform. *Health Care Analysis* 14 (1):37-49.
- Maarse, H. & Y. Bartholomee. 2007. A public-private analysis of the new Dutch health insurance system. *European Journal of Health Economics* 8:77-82.
- Maarse, H. & A. Paulus. 2011. The politics of health-care reform in the Netherlands since 2006. *Health Economics, Policy and Law* 6 (01):125-134.
- Maarse, H. 2011. *Markthervorming in de zorg. Een analyse vanuit het perspectief van de keuzevrijheid, solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid*. Maastricht: Maastricht University.
- Mierlo, J.G.A. 1991. Inleiding tot de thematiek. *Particulier initiatief in de gezondheidszorg* (Assen/Maastricht 1991) 1-7.
- Ministerie van WVC. 1990. Werken aan zorgvernieuwing. Tweede kamer 21545 (vol. 2).
- Mortelmans, D. 2011. *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Derde druk. Den Haag: Uitgeverij Acco
- Nza. 2012. Van feiten naar fabels. Stand van de zorgmarkten 2012.
- PvdA. 2012. Keuzes voor de toekomst van Nederland. [Aangehaald op 23-04-2013]. Bereikbaar op: http://www.pvda.nl/data/sitemanagement/media/PvdA_KeuzesvoortoekomstvanNederland.pdf
- Peterson, M.A. 1997. Introduction: Health Care into the Next Century. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 22 (2): 291-313.

- Pol, F. van de. 2005. Gereguleerde marktwerking in de GGZ. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 60:1095-1107.
- Rijksoverheid. 2012. Naar beter betaalbare zorg. Rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven.
- Schaepkens, F.F.J.M. 2002. Ziekenhuisbekostiging in Nederland: van FB naar DBC. *MCA Tijdschrift voor Organisaties in Control* 6:13-25
- Schön, D.A. & M. Rein. 1994. *Frame reflection: toward the resolution of intractable policy controversies*. New York: Basic Books.
- Schut, F.T. 1995. Health Care Reform in the Netherlands: balancing corporatism, etatism, and market mechanisms. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 20 (3):615-652.
- Schut, F.T. 2003. *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfaalen en overheidsfaalen in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.
- Schut, F.T. & W.P.M.M. van de Ven. 2005. Rationing and competition in the Dutch health care system. *Health Economics* 14 (1):59-74.
- Schut, F.T. 2006. Marktwerking in de zorg één jaar later, *Economisch Statistische Berichten* 91 (4500S):20-24
- Schut, F.T. 2008. Marktwerking in de zorg: pas op de plaats nodig voor nieuwe stap voorwaart. *VGE-Informatiebulletin* jaargang 25 nummer 1.
- Schut, F.T. 2009. Is de marktwerking in de zorg doorgeschoten? *S&D* 7/8:68-80.
- Schut, F.T & F. Rutten. 2009. *Economie van de gezondheidszorg*. Derde druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Schut, FT. & W.P.P.M. van de Ven. 2011. Effects of purchaser competition in the Dutch health system: is the glass half full or half empty? *Journal of Health Economics, Policy and Law* 6:109-123.
- Stemwijzer 2012. [Aangehaald op 11-10-2012]. Bereikbaar op: [Www.stemwijzer.nl](http://www.stemwijzer.nl)
- Sterk, M., S. Van Haersma Buma. 2010. Kansrijk op weg naar burgerschap. [Aangehaald op 09-04-2013]. Bereikbaar op: <http://www.cda.nl/fileadmin/Personen/buma/Notitie%20Kansrijk%20op%20weg%20naar%20burgerschap.pdf>
- Streeck, W. & P.C. Schmitter. 1985. Community, market, state - and associations? The prospective contribution of interest governance to social order. *European Sociological Review* 1:119-138.
- Tversky, A. & D. Kahneman. 1981. The framing of decisions and the psychology of choice, *Science* 211:453-458.
- Tuohy, C.H. 1999. *Accidental Logics; The dynamics of change in the healthCare arena in the United states, Britain, and Canada*. First edition. New York: Oxford University Press.
- Westert, G.P., M.J. van den Berg, S.L.N. Zwakhals, R. Heijink, J.D. de Jong, H. Verkleij. 2010. *Zorgbalans 2010: De prestaties van de Nederlandse zorg*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. 2000. *Het borgen van publiek belang*, wr-rapport 56. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Williamson, P.J. 1989. *Corporatism in perspective: an introductory guide to corporatist theory*. London: Sage.

Witteloostuijn, A. Van, M. Sanders, C. Hendriks. 2011. *Ordering op Orde: Een sociaal-liberale visie op de verhouding mens, markt en overheid*.

Witteman, L. 2012. *Marktwerking in de zorg is denkfout* [Internet] Nu.nl [Aangehaald op 15-02-2013]. Bereikbaar op: <http://www.nu.nl/politiek/2866615/marktwerking-in-zorg-denkfout.html>

Wolfe, C.H. 1993 *Markets or governments: choosing between imperfect alternatives*. Second edition. Cambridge: MIT Press.

Wörz, M., Th. Foubister, R. Busse. 2006. Access to health care in the EU member states. *Euro observer* 8(2):1-4.

Ven, W.P.M.M. van de & F.T. Schut. 2008. Universal mandatory health insurance in the Netherlands: a model for The United States? *Health Affairs* 27(3):771–781.

Verkoulen, M. *Klantwerking in de zorg*. [Aangehaald op 23-03-2013]. Bereikbaar op: http://michiilverkoulen.nl/klantwerking_in_de_zorg

Zuiderent-Jerak, T., K. Grit, T. van der Grinten. 2011. *Markets and public values in health care*, wrr web-publicatie nr. 57, document beschikbaar op: www.wrr.nl.

Daarbij is er gebruik gemaakt van de partijprogramma's.

VVD. Verkiezingsprogramma [Aangehaald op 11-02-2013]. Bereikbaar op: <http://www.vvd.nl/blog/22/verkiezingsprogramma-niet-doorschrijven-maar-aanpakken>

D66. Verkiezingsprogramma [Aangehaald op 18-02-2013]. Bereikbaar op: <https://www.d66.nl/verkiezingsprogramma/>

CDA. Verkiezingsprogramma [Aangehaald op 03-03-2013]. Bereikbaar op: <http://www.cda.nl/standpunten/verkiezingsprogramma/>

ChristenUnie. Verkiezingsprogramma [Aangehaald op 16-03-2013]. Bereikbaar op: <http://verkiezingen.christenunie.nl/verkiezingsprogramma>

PvdA. Verkiezingsprogramma [Aangehaald op 05-04-2013]. Bereikbaar op: http://www.pvda.nl/data/sitemanagement/media/PvdA_verkiezingsprogramma_120912.pdf

SP. Verkiezingsprogramma [Aangehaald op 15-04-2013]. Bereikbaar op: <http://www.sp.nl/2012/programma/>