

De markt voor medische verrichtingen

J.A. den Hertog*

Medische beroepen zijn sterk gereguleerd ten aanzien van toetreding, 'marktverdeling' en tarieven. Dit werkt marktinefficiënties in de hand. Zo is de verhouding tussen tarieven en reële kosten volledig zoek. Dit leidt niet alleen tot overbodige (technische) verrichtingen, maar ook tot een benadeling van effectieve maar arbeidsintensieve behandelingsmethoden. Meer rivaliteit is het aangewezen middel om de marktwerking te verbeteren.

Volgens staatssecretaris Simons hebben de medisch specialisten de laatste drie jaar hun omzet zien stijgen met ruim 80.000 gulden per specialist. Ter compensatie van deze omzetsijging is per 1 april 1993 een algemene tariefdaling van ruim 12% geëffectueerd¹. De staatssecretaris wil de kosten van de gezondheidszorg beheersen door de tarieven te manipuleren. De professionele autonomie van de specialisten laat aan hen echter de verantwoordelijkheid voor het medisch handelen. De angst bestaat nu dat de specialisten van deze autonomie misbruik maken door bij tariefaanpassingen het aantal verrichtingen op te voeren waardoor hun inkomen op peil blijft of toeneemt. Daarom wil men de kosten van specialistische hulp budgetteren. Voor de specialisten betekent budgettering echter dat de in de beroepscode en gedragsregels voorgeschreven wijze van handelen geweld wordt aangedaan. Bij een toenemend beroep op artsen vanwege vergrijzing, technische mogelijkheden en dergelijke zouden de budgetten juist moeten toenemen om verantwoord te kunnen handelen.

De positie van de medisch specialisten en de maatregel van de staatssecretaris roepen verschillende vragen op. De medisch specialisten zijn vrije beroepsbeoefenaren. Bij vrije uitoefening van het beroep mag verwacht worden, dat door onderlinge rivaliteit eventuele overwinsten vanzelf verdwijnen. In het eerste gedeelte van mijn artikel zal ik onderzoeken in hoeverre deze verwachting gerechtvaardigd is. Het blijkt dat de marktstructuur fundamenteel bepaald wordt door een stelsel van publiekrechtelijke en privaatrechtelijke regels en overeenkomsten. De marktresultaten die daaruit voortvloeien, worden gekenmerkt door belangrijke inefficiënties. In het tweede gedeelte zal ik met behulp van de rechts-economie onderzoeken wat de economische logica is van dit complex van regels: bevorderen zij het algemeen belang, het overheidsbelang of vooral particuliere belangen? Het artikel wordt afgerond met enkele evaluerende opmerkingen en aanbevelingen.

Regulering van toetreding

De mate van rivaliteit op de markt voor medisch specialistische verrichtingen wordt bepaald door de vrije toe- en uittreding tot het beroep en de mogelijkheden tot vrije uitoefening van het beroep.

Toetreding tot de beroepsgroep is mogelijk na afronding van de opleiding tot medisch specialist. Allereerst moet de basisopleiding tot arts worden afgerond. Voor deze basisopleiding bestaat sinds 1972 een numerus fixus, voorheen op grond van kosten van de opleiding, tegenwoordig op grond van arbeidsmarktoverwegingen. Jaarlijks worden circa 1500 studenten tot de zes jaar durende basisopleiding toegelaten. Na het afleggen van het artsexamen en de eed is men basisarts: wettelijk bevoegd tot alle medisch handelen, maar nog niet bekwaam.

De arts moet zich specialiseren tot huisarts, sociaal-geneeskundige of medisch specialist voordat het beroep zal worden uitgeoefend. Deze artsspecialisaties zijn niet wettelijk geregeld, zoals in andere landen. De opleiding, erkenning en registratie van deze specialisaties is een privaatrechtelijke regeling van de KNMG, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, de beroepsvereniging van artsen. Jaarlijks worden circa 300 basisartsen toegelaten tot de opleiding voor medisch specialist.

* De auteur is verbonden aan het Economisch Instituut/CIAV van de Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Rijksuniversiteit Utrecht. Dit artikel is ontstaan uit mijn bijdrage voor het symposium "Regulering van de vrije beroepen", januari 1993, dat voortkwam uit een samenwerkingsverband van het Economisch Instituut/CIAV van de faculteit der Rechtsgeleerdheid (RUU) en het Instituut Metro van de Rijksuniversiteit Limburg en het Departement Rechten van de Universiteit Antwerpen. De auteur dankt J.J. Siegers voor nuttig commentaar op een eerdere versie.

1. Brief van de staatssecretaris van WVC dd. 22 april 1993, Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1992-1993, stukken 22 393, nr. 50.

Door de opname in het registratieregister stemt de medisch specialist vrijwillig in met de beperking van de algemene bevoegdheid tot het verrichten van medische handelingen, die hij verkreeg bij het arts-examen. Daar staat een zekere monopoliepositie op het gebied van het specialisme tegenover.

Volledige afscherming van de markt wordt verkregen door de bij wet geregelde titel- en beroepsbescherming. Titelbescherming wil zeggen dat de titel arts niet gevoerd mag worden tenzij het artsexamen is afgelegd. In het geval van beroepsbescherming is bovendien het verrichten van medische handelingen exclusief voorbehouden aan wettelijk gekwalificeerden². Medische handelingen mogen dus uitsluitend verricht worden door artsen en andere expliciet in de wet genoemde groepen.

Wanneer een medisch specialist formeel gekwalificeerd is, wil dat nog niet zeggen dat van de bevoegdheid gebruik gemaakt kan worden. Het feitelijk betreden van de markt kan verhinderd worden door de verzekeraars, de overheid en de specialisten zelf. De specialisten ontvangen hun honoraria òf via de patiënten (particuliere verzekeraars) òf via hun declaraties bij de ziekenfondsen. Om dit laatste mogelijk te maken hebben de ziekenfondsen een zogenaamde contracteerplicht met de specialisten³. De ziekenfondsen kunnen echter de minister vragen van deze plicht ontheven te worden, bij voorbeeld wanneer zij al voldoende contracten hebben afgesloten om aan hun verplichtingen te voldoen⁴. Ook de overheid kan (kwantitatieve) belemmeringen opwerpen tot de uitoefening van het beroep. Indirect via het planningssysteem en de budgettering van ziekenhuizen en direct via bij voorbeeld het vergunningensysteem voor topspecialistische verrichtingen⁵. Ten slotte wordt vrije vestiging door de beroepsgroep zelf tegengegaan. De beroepscode en gedragsregels van artsen bevatten onder meer bepalingen dat vestiging niet is toegestaan⁶:

- in het praktijkgebied van degene die de arts heeft opgeleid, gedurende twee jaar;
- binnen twee jaar nadat is waargenomen voor een collega;
- wanneer onderhandelingen zijn gevoerd over deelname in de maatschap of overname van de praktijk;
- hervestiging binnen 10 jaar, wanneer de praktijk eerder was overgedragen;
- wanneer men na een proefperiode besluit uiteindelijk niet tot de maatschap toe te treden.

Vestiging als medisch specialist is veelal slechts mogelijk met steun van (waarnemingsregeling) of in samenwerking met anderen (maatschap). Dat komt omdat de KNMG heeft bepaald dat het onwenselijk is dat een arts 24 uur per dag, 7 dagen per week continu en persoonlijk zorg geeft aan zijn patiënten. Dus 's nachts, in het weekend en gedurende vakanties moeten collega's de praktijk waarnemen. Overigens wordt deelname in de maatschap ook vaak als voorwaarde gesteld door het ziekenhuis waar de specialist werkzaam is en stelt het ziekenfonds een waarnemingsregeling als voorwaarde voor het declaratierecht.

Concluderend: *van een onbelemmerd toegangstraject en vrije toelating tot de markt is geen sprake.*

Regulering onderlinge concurrentie

Eenmaal toegelaten tot de markt, rijst de vraag in hoeverre de onderlinge mededinging beïnvloed wordt door regels ter zake van prijzen, hoeveelheden, kwaliteiten en andere marktparameters?

Prijsregulering

Wat betreft de prijsregulering is wettelijk bepaald dat de tarieven van medisch specialisten in principe tot stand komen door overleg tussen de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) enerzijds en de ziektekostenverzekeraars anderzijds⁷. Er is echter een publiek orgaan, het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG), dat de tarieven moet goedkeuren of vaststellen. De goedkeuring gebeurt op basis van richtlijnen en aanwijzingen ter zake van de samenstelling van de tarieven. De door het COTG opgestelde richtlijnen behoeven goedkeuring van de minister. Er mag dus geen nieuw of hoger tarief in rekening worden gebracht, tenzij dat is goedgekeurd door het COTG. De tarieven zijn maximumtarieven. Het is dus denkbaar dat medisch specialisten lagere tarieven in rekening brengen. In de interne gedragsregels van artsen is echter wel bepaald, dat de arts zich dient te houden aan landelijk door de beroepsorganisaties overeengekomen tarieven⁸.

Marktverdeling

Specialisten willen onderlinge rivaliteit om de gunst van de patiënt zoveel mogelijk uitbannen. Zo bepalen de interne gedragsregels dat artsen terughoudend moeten zijn bij het overnemen van patiënten uit hetzelfde werkgebied. Verder is het verboden patiënten binnen zes maanden in de eigen praktijk op te nemen wanneer aan hem hulp verleend is tijdens een waarneming of controle. Feitelijk is hiermee een soort marktverdelingsregeling in het leven geroepen ten aanzien van bestaande patiënten. De concurrentie wordt verder beperkt doordat niet mag worden geadvertiseerd voor zichzelf of specifiek voor door de specialist toegepaste behandelingsmethoden. Advertenties moeten beperkt blijven tot driemaal binnen de maand na vestiging.

2. Materieel worden overigens degenen die onbevoegd medische handelingen verrichten niet vervolgd, tenzij aantoonbare schade veroorzaakt wordt. Met de inwerkingtreding van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg wordt overgegaan op een systeem van titelbescherming voor de medisch specialisten. Alleen voor expliciet in de wet genoemde medische handelingen (de zogenaamde 'voorbehouden handelingen') blijft de beroepsbescherming bestaan. Voorbeelden zijn: heilkundige handelingen, injecties, het onder narcose brengen.

3. Ziekenfondswet, art. 47 lid 1; deze contracteerplicht wordt per 1 januari 1994 opgeheven.

4. Dat is gebeurd bij tandartsen en fysiotherapeuten.

5. Wet ziekenhuisvoorzieningen, in het bijzonder artikel 18.

6. KNMG, *Gedragsregels voor artsen*, art. 61-69, Utrecht, 1984.

7. Wet tarieven gezondheidszorg, 1980.

8. KNMG, op.cit., art. 35, 1984.

Is er competitie ten aanzien van de kwaliteit van het medisch handelen? De kwaliteit van een medische verrichting zou omschreven kunnen worden als de mate waarin het geheel van eigenschappen van een medische verrichting voldoet aan de eisen die voortvloeien uit het doel van die verrichting. Kwaliteitsbeoordeling kan plaatsvinden ten aanzien van de structuur, de procedures en de uitkomsten van het medisch handelen. Gelet op de bestaande praktijk vindt kwaliteitsbewaking en -beoordeling vooral plaats door middel van structuren (opleidingsstelsel, organisatie medische staf) en worden procedures geleidelijk aan meer toegepast (protocollen voor diagnostiek, consensusbevordering en dergelijke). Het is opvallend dat juist over de toetsing van de resultaten van het medisch handelen op kwaliteit niets is geregeld!

Concluderend: eenmaal toegelaten tot de markt voor specialistische verrichtingen staat samenwerking voorop en wordt de onderlinge concurrentie zoveel mogelijk tegengegaan.

Dat wil niet zeggen dat de disciplinerende werking van rivaliteit geheel ontbreekt. De mate van rivaliteit wordt ook bepaald door de aanwezigheid van substituten. De georganiseerde alternatieve geneeswijze (homeopathie, acupunctuur) omvat circa 4000 beoefenaars, die 1 miljoen Nederlanders behandelen tegen circa 500 miljoen gulden. Maar deze sector concurreert waarschijnlijk meer met de medische verrichtingen van huisartsen dan met die van de medisch specialisten.

Samenvattend: *een complex van publiek- en privaatrechtelijke regels zorgt ervoor dat effectieve belemmeringen worden opgeworpen voor zowel de toegang tot de markt als de onderlinge concurrentie en concurrentie van derden. Onder deze omstandigheden is niet te verwachten dat eventuele overwinsten door de disciplinerende werking van de markt vanzelf verdwijnen.*

De economische logica

Wat is de verklaring voor het feit dat juist publiekrechtelijke regelingen de gesloten marktstructuur vorm geven en mogelijk maken? In de rechtseconomische reguleringstheorie worden schematiserend drie motieven voor overheidsregulering onderscheiden⁹: overheidsregulering kan dienen ter behartiging van

- het algemeen belang;
- particuliere belangen, en/of
- overheidsbelangen (zie slot).

Algemeen belang

Het stelsel van regulering van en door artsen wordt meestal gerechtvaardigd met het beroep op kwaliteitsbevordering. Er wordt vanuit gegaan dat een onbelemmerde marktwerking in dat opzicht slechte resultaten oplevert. De oorzaak daarvan is gelegen in de informatie-asymmetrie die bestaat tussen arts en patiënt. Bij een bezoek aan een arts wordt in feite kennis en informatie aangeschaft: men vertrouwt op

het oordeel van de arts welke medicijnen gebruikt moeten worden of welke operatie nodig is.

Over de kwaliteit van het gebodene tast men noodgedwongen in het duister. Dat heeft verschillende oorzaken. Zo worden verschillende kwaliteitsaspecten aan de waarneming van de patiënt onttrokken, zoals het gebruik van apparatuur en hulp personeel. De eigenschappen van de medische verrichtingen zijn niet bijvoorbeeld vast te stellen, zoals dat bij andere goederen wel het geval is. Hooguit doet men kennis op door ervaring, maar juist het bezoek aan de arts is veelal onregelmatig en aan de specialist soms eenmalig. Medische verrichtingen zijn bovendien heterogeen, wat effectieve vergelijking verhindert. Ten slotte is gespecialiseerde kennis vereist om de eigenschappen van de specialistische verrichtingen vast te kunnen stellen. Om die reden is soms zelfs ervaring onvoldoende om de kwaliteit te kunnen vaststellen.

Zonder regulering zou de markt falen¹⁰. Bij een vrije markt kunnen kwakzalvers en beunhazen ongestraft toetreden. De patiënt weet niet of een lagere prijs een goedkopere aankoop impliceert of een lagere kwaliteit signaleert. Bij afwezigheid van informatie zijn voor hem alle medisch specialisten perfecte substituten. Hij zal daarom uitgaan van een gemiddelde kwaliteit en daar een gemiddelde prijs voor willen betalen. Artsen die betere kwaliteit willen en kunnen leveren en hun alternatieve aanwendingsmogelijkheden kennen, zullen niet tot de markt toetreden of de markt verlaten. Zij krijgen immers slechts een gemiddelde prijs voor hun medische verrichting van hoge kwaliteit. Daardoor daalt de gemiddelde kwaliteit nog verder. De patiënt voorziet dit en is bereid slechts die prijs te betalen die hoort bij die verlaagde kwaliteit. Dit proces van averechtse selectie zou uiteindelijk tot het verdwijnen van de markt kunnen leiden. Vanuit dit gezichtspunt is er dus alle aanleiding tot regulering ter bevordering en waarborging van de kwaliteit van het medisch handelen. Veel welvaartsvergroten transacties komen tot stand die anders verhinderd zouden worden.

Deze 'public interest'-theorie van regulering heeft veel kritiek gekregen. De holistische visie op de overheid, die het algemeen belang behartigt, wordt als naïef beoordeeld. Informatietekorten spelen ook in het wetgevende besluitvormingsproces. Als gevolg daarvan kunnen regels ontstaan die eerder passen bij de drijfveren en belangen van de regelproducenten en belanghebbende pressiegroepen, dan bij het algemeen belang. De praktijk van de regulering (uitschakeling concurrentie, zelfregulering) gaat niet zelden verder dan het informatieprobleem rechtvaardigt. Minder vergaande alternatieven om het informatieprobleem op te lossen zijn bijvoorbeeld: opleidings-eisen, verplichte informatieverschaffing, aansprakelijkheidsstelsels en/of tuchtrecht en vergunningverlening. In veel gevallen van een asymmetrische

9. Zie M. Faure, J. Finsinger, J. Siegers, R. Van den Bergh (red.), *Regulation of professions*, MAKLU, Antwerpen, 1993.

10. G.A. Akerlof, The market for "lemons": quality uncertainty and the market mechanism, *Quarterly Journal of Economics*, 1970, blz. 488-500.

verdeling van informatie blijkt regulering zelfs in het geheel niet nodig. Onder omstandigheden van rivaliteit weten aanbieders op vaak ingenieuze wijze de hoge kwaliteit van hun producten te 'signaleren'. Voorbeelden daarvan zijn: zeer goede garantievoorwaarden, 'niet goed geld terug' bepalingen, merknamen en vrijwillige certificatie, kosteloos herstel of verbetering enz.

Particuliere belangen

De 'private interest'-theorie van regulering gaat uit van de gedachte dat individuen hun nut kunnen maximaleren ofwel door produktieve activiteiten binnen het bestaande stelsel van regels ofwel door gunstige veranderingen van dit stelsel van regels na te streven. De tweede weg vergt transactiekosten, het teengaan van parasitair gedrag en informatie-asymmetrie van de verdelingseffecten. Met name kleine groepen, strak georganiseerd rondom een beperkt beleidsveld, hebben daarom de meeste kans van slagen. Uitgaande van deze reguleringstheorie zou onderzocht moeten worden of aan de voorwaarden voor een effectieve pressiegroep is voldaan en of de regulering specifiek ten voordeel strekt van de betrokken groep.

De LSV voldoet uitstekend aan de genoemde voorwaarden voor een effectieve pressiegroep. Het is een kleine groep betrokkenen: circa 7500, goed georganiseerd in de diverse wetenschappelijke verenigingen. De organisatiegraad is met 80% hoog. De informatie over medische verrichtingen en de reële kosten is bovendien sterk asymmetrisch verdeeld. Verder zouden eventuele kosten van een inkomensherverdeling ten gunste van de medisch specialisten verspreid worden over miljoenen premiebetalers. Dat zij ook in de praktijk een zeer effectieve pressiegroep zijn (waren?), blijkt ondermeer uit de wettelijk gesanctioneerde alleenvertegenwoordiging bij de tariefbesprekingen. Ook zijn zij in het verleden erin geslaagd akkoorden te sluiten met de regering, met voorbijgaan aan parlement en wettelijke regels en voorschriften.

Zijn er ook aanwijzingen dat de regulering specifiek ten voordeel strekt van de beroepsgroep? Een mogelijke indicatie is het gemiddeld verdiende inkomen van medisch specialisten. Nu zitten er veel haken en ogen aan het vaststellen van het inkomen van medisch specialisten en de beoordeling ervan. Dat is niet in de laatste plaats het geval omdat de specialisten veel moeite doen om de inkomensgegevens geheim en buiten de publiciteit te houden. Voor zover er gegevens zijn, blijkt daaruit dat de medisch specialisten tot de 1% best verdienende Nederlanders behoren en dat zij een groot aandeel uitmaken van deze 1%-groep¹¹. Een andere vergelijkingsmaatstaf laat zien dat het inkomen zich bevond in het hoogste deciel van de inkomensverdeling van ondernemers¹². Bij de beoordeling van deze gegevens moet natuurlijk wel bedacht worden dat werkweken van 60 tot 80 uur niet ongewoon zijn en dat de opleiding driemaal langer duurt dan de gemiddelde academische opleiding.

Efficiëntie en effectiviteit van regulering

In de literatuur wordt wel betoogd dat hoge inkomens noodzakelijk zijn om een hoge kwaliteit van het medisch handelen mogelijk te maken en te waarborgen. Is het medisch handelen van de specialisten onbetwistbaar en eenduidig van hoge kwaliteit?

Incidentele registraties van de uitkomsten van het medisch handelen van medisch specialisten laten zien dat er onverklaarbaar grote verschillen bestaan in verrichtingen per medisch specialist, ook wanneer gecorrigeerd wordt voor bevolkingssamenstelling en sociaal-economische variabelen¹³. Zo wordt in sommige regio's tot twaalf keer meer hart- en longklachten gediagnostiseerd, veertien keer meer echo's gemaakt en vier keer meer baarmoeders verwijderd. Nu is het gemiddeld aantal verrichtingen natuurlijk geen maatstaf voor kwaliteit; het zou bij voorbeeld zo kunnen zijn dat in sommige regio's te weinig medische verrichtingen plaatsvinden. In de artsenvereniging wordt echter gesteld dat er geen ondergebruik is van medische verrichtingen en dat er eerder sprake is van overbodige toepassingen. Veranderde inzichten en nieuwe technieken hebben er bij voorbeeld voor gezorgd dat het indicatiegebied voor een eeg (elektro-encefalogram) sterk is ingekrompen. Toch wordt deze verrichting nog steeds veel gebruikt door specialisten die zelfstandig hun eigen verrichtingen kunnen declareren. Er zijn ramingen dat 40% tot 95% van de gemaakte eeg's overbodig is¹⁴. In dit verband wordt zelfs gesproken van de 'Wet van behoud van de verrichting'. Deze 'wet' vloeit voort uit het declaratiestelsel voor de medische verrichtingen van specialisten. Bij inkrimping van het indicatiegebied of bij tariefdalingen kan het inkomen op peil gehouden worden door aanpassing van het aantal verrichtingen.

Medische handelingen bestaan uit diagnostiek en therapie. De pijlers van de diagnostiek zijn het lichamelijke onderzoek en de anamnese: het ondervragen en met verstand van zaken luisteren naar de patiënt. Daarnaast is er aanvullende diagnostiek zoals bij voorbeeld laboratoriumtesten, functie-onderzoek (eeg's en ecg's) en beeldvormend onderzoek (echo's, röntgen, ct-scan, mri-scan enz.). Artsen beschouwen het lichamelijke onderzoek en de anamnese als de basis van kwalitatief verantwoord medisch handelen. Juist dat is echter zeer tijdrovend en wordt in verhouding tot de aanvullende diagnostische verrichtingen slecht gehonoreerd. Het gevolg is dat veel aanvullen-

11. Zie Handelingen van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1980-1981, 28/29 april, blz. 4775 en Tweede Kamerstukken 15 994, nr. 4, blz. 3, juni 1980.

12. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1989-1990, Notitie Inkomensbeleid 1991, stukken nr. 21 307, nrs. 1-3, blz. 49 e.v.

13. D. Post (red.), *Hier meer, daar minder*, Meppel, Ziekenfonds 'Het groene land', maart 1990; KNMG, *Verschillen tussen gezondheidsregio's in gebruik van ziekenhuisvoorzieningen*, Utrecht, oktober 1989.

14. Zie: Medisch handelen in de praktijk, opgenomen in *Medisch handelen op een tweesprong*, Advies uitgebracht door de Beraadsgroep Geneeskunde van de Gezondheidsraad, Den Haag, 12 december 1991.

de diagnostiek in de plaats komt van het lichamelijk onderzoek en de anamnese. Ook hierdoor wordt het aantal medische verrichtingen onnodig opgevoerd.

Het administratieve tarievenstelsel voor medische verrichtingen leidt er verder toe dat de verhouding tussen tarieven en reële kosten volledig zoek is. Zo mag een longarts *f* 4,50 in rekening brengen voor opname bij een acute astma-aanval terwijl 6-12 uur nodig is voor intensieve begeleiding. Daarentegen levert de beoordeling van een allergene huidtest *f* 100 op, terwijl dat slechts enkele minuten vergt.

Het tarievenstelsel veroorzaakt ten slotte grote verschillen in inkomen tussen de verschillende specialismen. De hiermee gepaard gaande verdeeldheid tussen medisch specialisten ondermijnt het vertrouwen in de medische stand. Dit vertrouwen was de grondslag voor de wettelijk gesanctioneerde professionele autonomie van de medische beroepsbeoefenaren. De inkomensverschillen vinden hun oorsprong in de techniek van het medisch handelen. Sommige specialismen maken veel gebruik van arbeid en kapitaal (zoals de 'snijvende' vakken), andere bestaan vrijwel uitsluitend uit de aanwending van arbeidstijd. Bij de eerstgenoemde specialismen ligt produktiviteitsstijging besloten in de technologie-ontwikkeling.

Omdat de tarievenstructuur inflexibel is, neemt de produktie toe bij gelijkblijvende tarieven. Dat veroorzaakt inkomensstijging. Wanneer diagnose en therapie uitsluitend uit arbeidstijd bestaan, is het bovendien veel moeilijker verschillende verrichtingen te onderscheiden en te definiëren. De aanwending van medische instrumenten leidt tot meer waarneembare differentiatie in het medisch handelen, verschillende tarieven voor verschillende deelverrichtingen en dus tot meer inkomensbronnen. Het verschil in medische techniek is een van de oorzaken van de lagere omzetten van de 'slechtst verdienende' medisch specialisten zoals bij voorbeeld kinderartsen en revalidatieartsen (*f* 300.000) in vergelijking tot de beter verdienende specialisten als radiodiagnosten (*f* 900.000) of chirurgen (*f* 450.000)¹⁵.

Slot

Meer rivaliteit vereist het slechten van toegangsbelemmeringen tot de opleiding voor medisch specialist. Dat betekent dat de beroepskrachtenplanning moet worden vrijgemaakt uit de handen van de medisch stand. Tot dusver wil de overheid daar niet aan. Het komt de overheid goed uit dat de medisch specialisten de markt kunstmatig krap houden. Niet alleen is de opleiding duur, ook wordt een toename voorzien van het aantal verrichtingen vanuit de veronderstelling dat het aanbod de vraag genereert. Die veronderstelling is goed gedocumenteerd in de economische literatuur. Het is daarom van groot belang dat de kwaliteit van medische handelingen gewaarborgd wordt en dat geen overbodige medische handelingen worden verricht.

De kwaliteit van medische verrichtingen moet bewaakt en beoordeeld worden door registratie en toetsing van de resultaten van het medisch handelen. Het declaratiestelsel is een drijfveer voor de produk-

tie. Zowel dit stelsel zelf als de onderbouwing van de afzonderlijke tarieven vormen een belemmering voor de kwaliteit van het medisch handelen.

Diverse voorstellen zijn gedaan om aan de bezwaren tegemoet te komen. Zo is voorgesteld om de nu nog vrij gevestigde specialisten (tweederde van het totaal) in loondienst van de ziekenhuizen te brengen. Dat is nadelig voor de dynamiek van de medische vooruitgang en roept sterk verzet op bij de professioneel autonome beroepsgroep. Bovendien doet het afbreuk aan de prikkel tot doelmatig handelen zolang de inkomsten van het ziekenhuis afhankelijk blijven van de produktie. Een ander voorstel is gedaan door twee verenigingen van specialisten (heelkunde en anesthesiologie). Zij willen de tarieven baseren op een uurtarief en de tijd die verrichtingen vergen. Bezwaren daarvan zijn dat de drijfveer tot produktie in stand blijft en dat een ingewikkeld administratief stelsel van tijdsbesteding en tijdscontrole voor duizenden medische verrichtingen moet worden opgezet en bijgehouden.

In plaats van deze voorstellen verdient het aanbeveling markten tot stand te brengen voor een beperkt aantal ruim omschreven produktgroepen of diagnose/therapie-clusters. Op deze markten zijn de verzekeraars de vragers en de ziekenhuizen de aanbieders. De prijs die tot stand komt dient te voorzien in de kosten van het ziekenhuis inclusief de specialistische hulp. Het is dan aan het ziekenhuis hoe de specialistische hulp in te kopen: via vrij gevestigde maatschappen of via specialisten in dienstverband. Doordat ziekenhuizen onderling concurreren en met geïnformeerde vragers (de verzekeraars) contracten sluiten, wordt de kwaliteit en doelmatigheid van het medisch handelen gewaarborgd. Ook de rivaliteit tussen specialisten wordt bevorderd zonder dat de professionele autonomie wordt ondergraven.

Een dergelijke verandering van de marktstructuur is slechts op lange termijn realiseerbaar. Daarom zou op korte termijn gedacht kunnen worden aan de ontwikkeling van tarieven voor complete diagnostisch/therapeutische behandelingen in plaats van de duizenden tarieven voor de afzonderlijke deelverrichtingen. Dat stroomlijnt de administratie en beperkt de mogelijkheid voor specialisten al te zeer af te wijken van de omschreven behandelwijze. Omdat verder de verzekeraars momenteel het beste inzicht hebben in de variatie in verrichtingen tussen medisch specialisten, zijn zij in deze overgangsfase het meest aangewezen om met hen afspraken te maken over de produktie per ziekenhuis. Om de kwantiteit en kwaliteit van het medisch handelen te waarborgen, is bij voldoende concurrentie tussen verzekeraars verder geen behoefte aan centrale budgettering. Marktwerking impliceert dat patiëntenpreferenties gehonoreerd worden.

Johan den Hertog

15. *NRC Handelsblad*, 27 maart 1993; voor overeenkomende, maar minder recente gegevens: D.F. Goudriaan, *Inkomensbeleid voor vrije beroepen*, in: C.A. de Kam e.a., *Bouwstenen voor inkomensbeleid en sociale zekerheid*, VUGA, Den Haag, 1987.