

PAAL EN PERK AAN ZORGMONOPOLIES

Martin van Elp

Monopolies en kartels zijn over het algemeen schadelijk voor de maatschappij en daarom grijpen overheden regelmatig in als ze bestaan of dreigen te ontstaan. Monopolies van voormalige staatsbedrijven als KPN en PostNL zijn langzaam teruggedrongen en de kartels in de bouw in de jaren '90 leidden in 2002 zelfs tot de parlementaire enquête naar de bouwfraude. In de zorg is onder andere sprake van monopolies door het verstrekken van patenten voor medicijnen en behandelingen. De advisering over opleidingscapaciteit voor artsen door artsen zelf, via het Capaciteitsorgaan, heeft daarnaast de trekken van een kartel.

Deze zorgmonopolies dreigen steeds meer schade toe te brengen aan de maatschappij en daarom moeten deze ingeperkt worden. Dit essay pleit voor inperking van zorgmonopolies omdat ze het voortbestaan van de verzorgingsstaat bedreigen. Voor het behalen van de eventuele voordelen van deze monopolies zijn bovendien alternatieven voorhanden. De kwaliteit van de zorg als geheel loopt hierbij ook geen gevaar en kan zelfs profiteren van het terugdringen van deze zorgmonopolies.

Verzorgingsstaat bedreigd door zorgmonopolies

Zorgmonopolies maken het sociaal contract dat ten grondslag ligt aan onze verzorgingsstaat onhoudbaar. Inkomensverschillen nemen toe en zorgmonopolies maken de zorg juist steeds duurder. Daardoor zullen verschillen in toegang tot adequate zorg naar verwachting toenemen. Dit zet de rechtvaardigheid zoals die door individuen wordt ervaren onder druk. En wanneer een maatschappelijke ordening, als onze verzorgingsstaat, niet meer als rechtvaardig wordt ervaren, is deze in gevaar.

Gevaar van toenemende inkomensverschillen

Ontwikkelingen zoals hogere beloning voor de top van het bedrijfsleven en bankiers wijzen op een toekomst met toenemende inkomensverschillen. In de meeste landen van de OESO, club van vooral rijke landen, is de afgelopen decennia het inkomen van de rijkste 10% harder gestegen dan dat van de armste 10% (OESO, 2011). Deze toename van inkomensongelijkheid is niet zo erg als met dat verschil in inkomen

alleen meer luxe, zoals een mooiere auto, gekocht kan worden. De piramide van Maslow (Maslow, 1943) geeft een hiërarchie van universele menselijke behoeften. De piramide geeft de opeenvolgende treden naar levensgeluk. Gezondheid behoort volgens Maslow tot de tweede trede, veiligheid- en zekerheidsbehoeften, naast zaken als geen vrees voor bedreiging van lichaam en bezit, baanzekerheid, en een spaarpotje voor tegenslagen. Mensen willen deze veiligheid- en zekerheidsbehoeften vervullen nadat de lichamelijke behoeften zoals water, eten en slaap vervuld zijn. Volgens Maslow moet gezondheid verzekerd zijn voordat mensen gaan streven naar sociaal contact, waardering en erkenning, en zelfontplooiing.

Toenemende inkomensverschillen zijn gevaarlijk als bijvoorbeeld tegelijkertijd de gezondheidszorg onbetaalbaar wordt. Hoogte van het inkomen zou dan immers de toegang tot adequate gezondheidszorg gaan bepalen. Binnen een samenleving de toegang tot een van de eerste universele behoeften op weg naar geluk afhankelijk maken van inkomensniveau en vermogen is riskant (Sandel, 2013). Onvrede over welgestelden die wel goede zorg krijgen en minderbedeelden die achterblijven met niets zal maatschappelijke tegenstellingen verscherpen.

Monopolies maken zorg ontoegankelijker

De zorg wordt ontoegankelijker door de huidige wijze van patentverstrekking en bepaling van opleidingscapaciteit van artsen, twee vormen van monopolie. Door hoe een monopolist zijn winst maximaliseert is de maatschappij in beginsel slechter af. In de zorg zorgen patenten bovendien voor al maar duurdere zorg, die wij (bijna) niet meer voor iedereen kunnen vergoeden. En op het platteland dreigt een tekort aan huisartsen omdat men daar kennelijk de neus voor op kan halen.

Voors en tegens van monopolies

Bij wijze van spreken is in elk tekstboek economie te lezen dat monopolies in beginsel onwenselijk zijn. Een monopolist die zijn winst maximaliseert, stelt voor zijn product een monopolieprijs vast die hoger ligt dan de marginale kostprijs. De monopolist doet dit omdat verdere prijsverlaging wel tot meer afzet leidt, maar niet opweegt tegen de lagere marge op de producten die ook zonder prijsverlaging verkocht zouden zijn. Bij volledige concurrentie, met veel verkopers, zou een lagere prijs tot stand zijn gekomen omdat extra verkopen voor elke individuele

verkoper dan wel opwegen tegen een lagere marge. De monopolieprijs heeft twee gevolgen. Ten eerste betalen de consumenten die wel tegen de hogere monopolieprijs afnemen een hogere prijs. De monopolist verdient meer aan deze consumenten dan onder volledige concurrentie. De verdeling van de voordelen van de transactie verschuift in het voordeel van de monopolist. Ten tweede is er een groep consumenten die onder volledige concurrentie wel had afgenomen, maar niet tegen de monopolieprijs. Hier ontstaat een welvaartsverlies: de monopolist houdt geen rekening met de voordelen die deze groep zou hebben gehad bij een lagere prijs en deze potentiële voordelen gaan dus 'verloren'.

De Mededingingswet (art. 6) houdt de mogelijkheid open dat een monopolie kan bijdragen aan een verbetering van de productie of aan bevordering van de technische of economische vooruitgang. Een billijk deel van de daaruit voortvloeiende voordelen moet de gebruikers dan wel ten goede komen. Het kan dat door marktfalen een product niet op de markt komt of niet verbeterd wordt. Als innovatie weinig of niets oplevert voor de bedenker begint deze er niet aan. Voor veel technologische ontwikkelingen gaat dit op: bedrijven als Apple en Philips zouden niet meer grote sommen in innovatie investeren als nieuwe vindingen gelijk gekopieerd kunnen worden. Bij infrastructuur kan het inefficiënt zijn om meerdere gelijksoortige netwerken aan te leggen: we hebben bijvoorbeeld maar één spoornet in Nederland. Alleen wanneer een monopolie dus belangrijke maatschappelijke voordelen oplevert, kan dat opwegen tegen de nadelen.

Zorg waar de wereld nog niet klaar voor is

Farmaceutische bedrijven verwachten nadat zij met succes een medicijn (of behandeling) hebben uitgevonden een patent hierop te krijgen. Een patent is een juridische constructie die in feite voor een beperkte tijd het alleenrecht op de verkoop van het medicijn geeft. Een patent is daarom een tijdelijk monopolie. We geven dit monopolie om de ontwikkeling van medicijnen te bevorderen. Met een monopolie op een succesvol middel valt goed geld te verdienen en daarom zijn er bedrijven bereid hier energie in steken. Doordat nieuwe medicijnen worden ontwikkeld leveren zorgpatenten maatschappelijke voordelen op: ziekten kunnen steeds beter bestreden worden met alle welvaartswinst van dien.

Het is de vraag of de redenering dat patenten op medicijnen goed voor ons zijn nog altijd opgaat. Bij ongewijzigd beleid worden medicijnen steeds duurder, want vooruitgang in de farmacie gaat steeds trager en/of kost steeds meer (Scannel, 2012). Zo dreigen medicijnen voor kanker onbetaalbaar te worden (Volkskrant, 2013b). En in 2012 ontstond ophef toen het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) in een conceptadvies voorstelde de vergoeding van dure medicijnen voor de zeldzame ziekten Pompe en Fabry uit het basispakket te halen. Minister Schippers liet toen weten dat voortzetting van de vergoeding op termijn afhankelijk is van of dit tegen 'maatschappelijk aanvaardbare kosten' kan (Volkskrant, 2013a). Het zou dus goed kunnen dat sommige medicijnen zo duur worden dat ze niet meer verantwoord vergoed kunnen worden. En een alternatief is er veelal niet omdat er een patent op het medicijn rust. De wereld is er nog niet klaar voor.

Rantsoenering aantal artsen beperkt toegang

Landelijk is de instroom in de opleiding geneeskunde beperkt door de numerus fixus. Slechts een beperkt aantal studenten wordt jaarlijks toegelaten om arts te worden. Over het aantal studenten dat kan instromen adviseert het Capaciteitsorgaan aan de minister van Volksgezondheid. De stichting Capaciteitsorgaan is opgericht door partijen uit het veld, waaronder artsen zelf. Uitgaande van de te verwachten zorgbehoefte stelt het Capaciteitsorgaan ramingen op voor de opleidingscapaciteit van de initiële opleiding tot arts en de medische en tandheelkundige vervolg opleidingen.

In oktober 2013 heeft het Capaciteitsorgaan geadviseerd minder medisch specialisten op te leiden (NOS, 2013). Het risico is dat artsen daarmee de markt op slot zetten. Via het Capaciteitsorgaan bepalen artsen in zekere zin zelf met hoeveel ze zijn. Dat heeft de trekken van een kartel. Natuurlijk zijn medische opleidingen duur, en daarom kunnen we ze niet onbeperkt financieren. Maar het is niet gezegd dat de bespaarde opleidingskosten voldoende compensatie zijn voor de kosten van dit kartel. Door het aantal artsen te beperken, kunnen artsen immers een hoger tarief vragen voor hun diensten en kunnen ze door 'overwerk' nog meer verdienen. Dit is het hiervoor genoemde nadelige gevolg van hoe een monopolist zijn winst maximaliseert. Het kunnen bepalen van de opleidingscapaciteit is een perverse prikkel. De in andere sectoren zo gezonde concurrentie wordt uitgeschakeld.

Een bijkomend gevolg van dit kartel is te vinden op het Drentse platteland. Daar dreigt een tekort aan huisartsen (Artsennet, 2013). Door de beperking van het aantal opleidingsplekken van artsen dreigt de zorg in specifieke delen van het land ontoegankelijker te worden.

Robuuste maatschappij vereist rechtvaardigheid

Rechtvaardigheid is een belangrijke voorwaarde om een samenleving in stand te houden. Wanneer groepen zich benadeeld voelen, wacht opstand. Filosofen als Locke, Rousseau en Kant gebruiken in hun uiteenzettingen een (impliciet) sociaal contract tussen burgers en overheid om de reikwijdte van overheidsgezag te duiden. Filosoof Rawls borduurde hier op voort om te bepalen wat rechtvaardig is (Westerman, 1998, p. 64).

Rawls introduceert de 'sluier van onwetendheid' in een gedachte-experiment. In zijn gedachte-experiment gaan we met elkaar in discussie over een rechtvaardige verdeling van rechten, plichten en welvaart zonder te weten wat onze eigen plek in de maatschappij zal zijn. Rawls concludeert onder andere dat sociale en economische ongelijkheden alleen rechtvaardig zijn als zij voor iedereen compenserende voordelen met zich meebrengen, in het bijzonder voor de minstbedeelden (Rawls, 1972, p. 11-15). Een zorgmonopolie is daarom onrechtvaardig wanneer het de maatschappelijke ongelijkheid bij de toegang tot zorg vergroot en niet voor iedereen (compenserende) voordelen oplevert. Voor zorgmonopolies die onrechtvaardig uitpakken is het raadzaam een alternatief zoals hierna beschreven te kiezen.

Alternatieven zijn voor handen

Paal en perk aan zorgmonopolies vereist een wenkend alternatief en dat is er. Als medicatie te duur wordt, is geduld een schone zaak. Geduldig sparen kan via fondsvorming en prijsvragen bovendien een alternatief voor het toestaan van monopoliewinsten zijn. En wanneer we de kracht van de markt benutten kan het opleiden van meer artsen zichzelf grotendeels reguleren, zonder advies van het Capaciteitsorgaan.

Geduld is een schone zaak

Om te voorkomen dat medicijnen in de wereld komen die niet voor iedereen toegankelijk zijn, en daarmee onrechtvaardig uitpakken, moeten we een nieuwe weg inslaan. Daarom pleit ik voor het uitgangspunt dat de verlening van een patent op medicatie afhankelijk is van de toegankelijkheid van het medicijn. Wanneer een medicijn zo duur is dat het voor sommigen ontoegankelijk wordt, is het onwenselijk dat een patent op het medicijn verkregen kan worden. Net als dat we met elkaar kunnen beslissen dat een ruimtestation op Mars (nog) te duur is, kunnen we ook besluiten geduld te hebben met de ontwikkeling van een nu (nog) te duur medicijn.

Fondsvorming

Door een patent te verlenen voor medicijnen is in zekere zin sprake van een 'open einde regeling'. Als maatschappij hebben we geen vat op de monopolieprijs die de farmaceut gaat vaststellen en de omvang van de doelgroep waarvoor dure medicijnen de wereld in komen is vooraf ook onbekend. Om dit risico te voorkomen kan gedacht worden aan fondsvorming waaruit prijzen worden verstrekt in plaats van patenten.

De X PRIZE foundation prikkelt partijen met prijzen om innovaties te ontwikkelen (www.xprize.org). De bekendste prijs was de Ansari X PRIZE voor het eerste private ruimtevaartuig dat binnen twee weken drie personen tweemaal naar 100 kilometer boven de aarde kon brengen. Naar analogie kan voor ziekten een prijsvraag uitgeschreven worden met een significante som geld als prijs. In de beloning kan meegewogen worden dat de vondst een domino-effect kan hebben. De winnaar wint de prijs en is vergoed voor zijn inspanningen. Het medicijn kan vervolgens door iedereen tegen een competitieve prijs vervaardigd worden.

Meer artsen opleiden

Voor meer prijsdruk en artsen daar waar de vraag is, is het raadzaam meer artsen op te leiden dan het Capaciteitsorgaan adviseert. Dit verhoogt de mate van concurrentie. De markt zal zich in belangrijke mate zelf reguleren: als het tarief niet meer opweegt tegen de inspanning om arts te worden en te zijn, vakt de instroom vanzelf af. Verdere zelfregulering wordt bereikt door de hogere eigen bijdrage die op termijn van studenten gevraagd wordt. Maatschappelijk gezien zou het in ieder

geval verstandig zijn om de opleidingscapaciteit met een meer integrale afweging te bepalen dan sec de zorgbehoefte: marktwerking met haar invloed op tarieven en de regionale spreiding van zorgaanbod horen ook in deze afweging thuis.

Kwaliteit zorg loopt geen gevaar

De kwaliteit van de zorg loopt geen gevaar als zorgmonopolies worden beperkt. Farmaceutische bedrijven zullen hun onderzoeksbudget anders besteden, wat dus niet per se nadelig is voor de kwaliteit van de totale zorg. Door meer artsen op de arbeidsmarkt zullen de tarieven bovendien dalen en zal de eigen huisarts dichterbij zijn. Het gevolg van het beperken van patenten tot medicatie die voor iedereen toegankelijk is, is dat de farmaceutische industrie zich zal richten op medische innovaties waar iedereen van kan profiteren. Dat zijn immers innovaties waar je wel een patent op kunt krijgen. Beperking van een doorgeschoten patentrecht kan zelfs innovatie bevorderen (Tabarrok, 2013). Dat sterkt de verwachting dat er met deze maatregel gewoon doorgegaan wordt met medisch onderzoek. Meer artsen op de arbeidsmarkt creëert prijsdruk waardoor tarieven omlaag zullen gaan. De zorg blijft naar verwachting betaalbaar, de basisverzekering is meer houdbaar, en de premie schappelijker. Bovendien zou het hebben van meer artsen op de arbeidsmarkt prikkelen om te gaan werken daar waar vraag is. Door meer artsen op te leiden, kunnen we regionaal tekorten voorkomen wat ook ten goede komt aan de kwaliteit.