

Hans Maarse verklaart waarom marktwerking niet aan verwachting voldoet

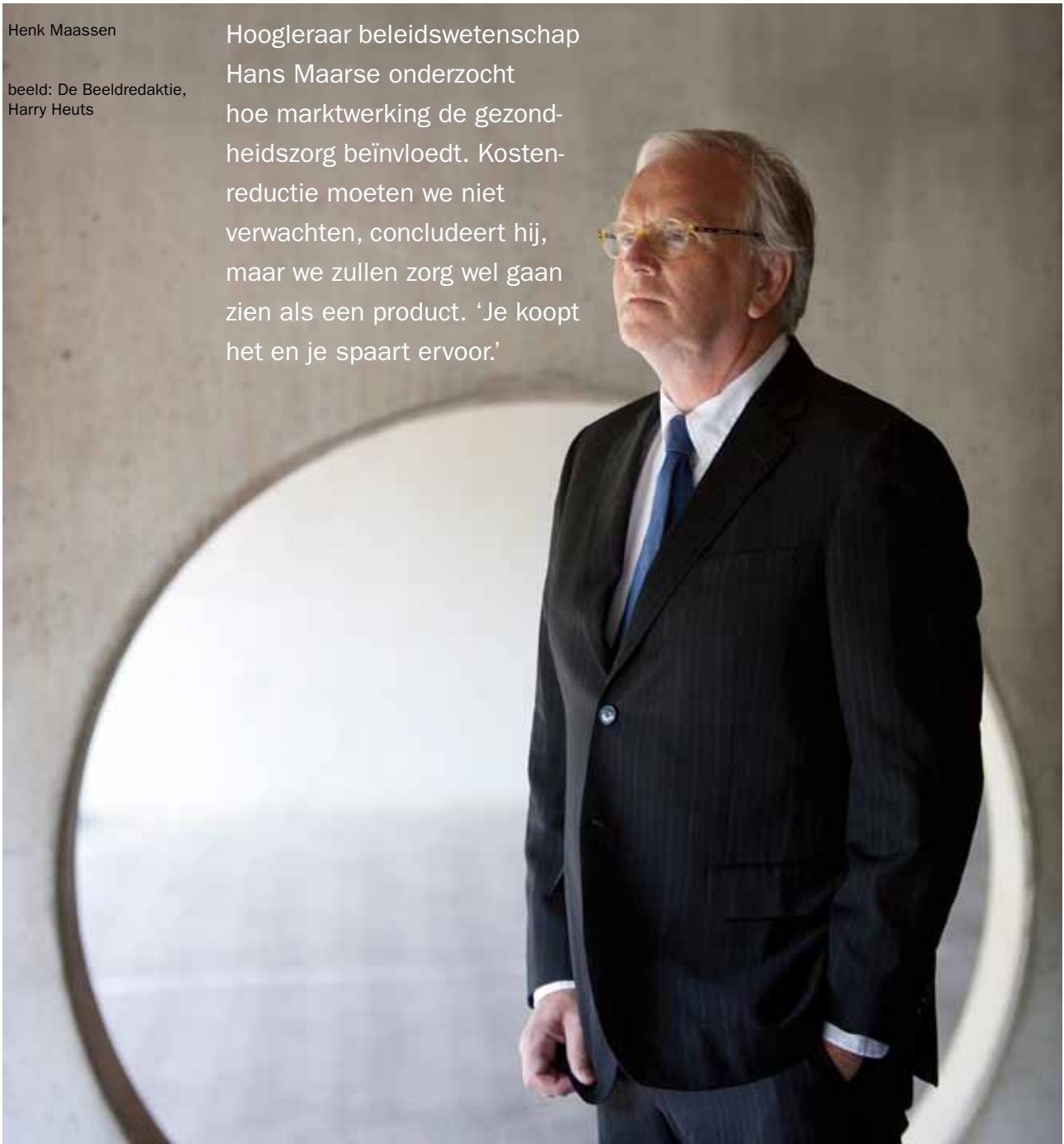
# Het vreemde huwelijk tussen zorg en markt

Henk Maassen

beeld: De Beeldredactie,  
Harry Heuts

Hoogleraar beleidswetenschap

Hans Maarse onderzocht hoe marktwerking de gezondheidszorg beïnvloedt. Kostenreductie moeten we niet verwachten, concludeert hij, maar we zullen zorg wel gaan zien als een product. 'Je koopt het en je spaart ervoor.'



**O**ver de zorgkosten is er goed en slecht nieuws. Het goede nieuws komt van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Dat meldt dat de zorgkosten minder snel stijgen dan in de afgelopen jaren. In de periode 2004-2008 stegen de uitgaven steeds sneller, tot 7 procent in 2008, maar in 2009 volgde een kentering met een groei van 5,7 procent. En die trend zet kennelijk door: in 2010 kostte de zorg 87,6 miljard euro, een stijging van 3,6 procent ten opzichte van 2009. Bovendien bleek het aandeel van de zorguitgaven in het bruto binnenlands product over 2010 stabiel gebleven op 14,8 procent. Het slechte nieuws staat in de Voorjaarsnota van het kabinet: een overschrijding op de VWS-begroting voor 2011 van ten minste 2 miljard euro.

Hans Maarse, hoogleraar beleidswetenschap aan faculteit Health, Medicine and Life Sciences van de Universiteit Maastricht, ziet dan ook geen reden om te juichen. 'Als de kostenstijging werkelijk afvlakt – en dat verwacht ik niet – dan zal de politiek het Budgettair Kader Zorg (het uitgavenplafond, *red.*) op den duur ongetwijfeld aanpassen, dus minder snel laten stijgen.' Hij wil maar zeggen: overschrijdingen zullen zich blijven voordoen.

### Opsouperen

De almaar stijgende zorgkosten zijn een economisch probleem van de eerste orde. Dat komt omdat stijging van de collectieve lasten, waartoe de zorgkosten grotendeels behoren, de economische groei beperkt. Groeien die lasten met 1 procent van het nationaal inkomen, dan kost dat volgens het Centraal Planbureau

(CPB) op den duur 0,5 procent economische groei. Stijgende collectieve lasten verminderen namelijk de koopkracht van de burgers. Dat is de reden waarom de politiek die groei in de hand wil houden. Daar

komt bij dat zonder tegenmaatregelen de zorg de groei ruimte van de collectieve uitgaven die er nog is, vrijwel helemaal dreigt op te souperen. Dit jaar belopen de collectief gefinancierde zorguitgaven een bedrag van 60 miljard euro. Het aandeel van de zorg in de totale collectieve uitgaven is in drie decennia gestegen van 8 naar 19 procent, en ramingen wijzen uit dat het in de huidige kabinetsperiode verder zal stijgen tot 21 procent. Zo blijft er steeds minder over voor uitgaven aan andere zaken van publiek belang als veiligheid, onderwijs of sociale uitkeringen. Dat leidt tot een bekend dilemma, zegt Maarse.

'Als je de zorg op hetzelfde peil wilt houden of verder wilt verbeteren, kun je de premies verhogen, maar dat tast de koopkracht aan. Je kunt ook minder uitgeven aan bijvoorbeeld onderwijs. De vraag is wat we met z'n allen willen en welke offers we bereid zijn daarvoor te brengen.'

### Ziekte van Beaumol

Ook de drijvende krachten achter de stijging zijn goede bekenden. Maarse somt ze nog eens op: 'Vergrijzing, het beschikbaar komen van steeds geavanceerdere medische technologie en wat economen de ziekte van Beaumol noemen: er is weliswaar productiviteitsstijging in de zorg, maar het wassen van een bips kost nog altijd evenveel tijd als vroeger. Tegelijkertijd loopt de loonstijging min of meer parallel met die elders in de economie. Dat drijft de kostprijs op. En straks komt er nog een factor bij: arbeidsschaarste.'

Maarse publiceerde onlangs de studie *Markthervorming in de zorg*. Daarin gaat hij na welke invloed geregleerde marktwerking sinds de komst van de Zorgverzekeringswet in 2006 heeft gehad op waarden als keuzevrijheid, solidariteit en toegankelijkheid in de zorg en de organisatie en de kosten van de zorg. De hoge verwachtingen van een paar jaar geleden zijn nog lang niet waargemaakt, betoogt hij. Met verwijzing naar de recente CBS-cijfers mag je niet zomaar stellen dat dankzij de stelselwijziging de stijgende trend in de kosten is gekeerd. 'Eén zwaluw maakt nog geen zomer. In de periode 2006-2009 stegen de kosten van de zorg met 19,4 procent, over een vergelijkbare periode vóór de hervorming van het zorgstelsel, 2002-2005, zijn ze met 16 procent gestegen. De nominale premie voor de zorgverzekering is sinds 2006 met ongeveer 38 procent gestegen. Ik weet ook wel dat daarbij vast een hoop factoren meespelen, maar het blijft hoe dan ook een resultaat waar we niet vreselijk trots op kunnen zijn.'

### Definitie van zorg

Wie goed kijkt, moet bovendien vaststellen dat de marktwerking tot dusver bescheiden is gebleven, gaat Maarse verder. 'Grote delen van de zorg zijn min of meer met regels dichtgeschroeid. Er is sprake van een fundamentele en voortdurende spanning tussen de behoefte aan beheersing enerzijds en het streven naar vrijheid en ondernemerschap anderzijds. Ook het huidige kabinet, dat fors wil investeren in de verdere invoering van marktwerking, heeft daar volop mee te maken. Een belang-

**Het wassen van een bips kost nog altijd evenveel tijd als vroeger**



Hans Maarse: 'Het is zeer belangrijk te weten wie de producent van de financiële cijfers is. De CBS-cijfers verschillen van de cijfers die de minister hanteert en die verschillen weer van de cijfers die de OECD gebruikt om landen te vergelijken.'

rijke reden waarom de zorgkosten minder zijn gestegen, is natuurlijk dat de medisch specialisten fors hebben moeten inleveren. Maar dat is nou net geen marktwerking. Het is gewoon een maatregel van de minister. Marktwerking betekent dat de dokter die meer doet, ook meer inkomsten genereert.'

Toch blijkt uit een recente studie waarin de kosten van de ziekenhuiszorg in verschillende Europese landen met elkaar werden vergeleken dat Nederland die kosten nog betrekkelijk goed weet te beteugelen (MC 18/2011: 1153). Maar als het om de totale zorgkosten gaat in de verschillende landen wordt vergelijken moeilijker.

Maarse: 'Het is zeer belangrijk te weten wie de producent van de financiële cijfers is. De CBS-cijfers verschillen van de cijfers die de minister hanteert en die verschillen weer van de cijfers die de OECD gebruikt om landen te vergelijken.'

Dat heeft alles te maken met de manier waarop de gezondheidszorg wordt gedefinieerd. 'De minister hanteert een enge definitie van de zorgkosten. Zij telt alleen dat mee waarvoor zij verantwoordelijk is, en dat zijn dus de uitgaven die vallen onder de zorgverzekeringswet en de AWBZ. En dus niet wat we bijvoorbeeld

uitgeven aan aanvullende verzekeringen. Het CBS hanteert een uitgebreidere definitie en includeert kinderopvang, arbo, GGD. Het verschil met VWS kan wel oplopen tot 15 miljard euro. Internationaal zijn er

weer andere definitiekwesties. Neem bijvoorbeeld de financiering van de zorg voor gehandicapten. In sommige landen is dat een post die valt onder sociale zaken, in een ander land valt die onder gezondheidszorg. Dat maakt de onderlinge vergelijkbaarheid van cijfers er niet gemakkelijker op.'

#### België

Het is sowieso moeilijk lessen te trekken uit wat marktwerking in de zorg elders heeft

opgeleverd, stelt Maarse. 'Doordat de structuur van het stelsel en de beleving ervan grondig verschillen tussen landen. Vergelijk Nederland eens met België. Wij hebben de mond vol van marktwerking. In België vinden ze het maar niets. Maar daar loopt het aandeel van de eigen betalingen van patiënten in de kosten van de zorg op tot 20-25 procent. In België zijn ook veel meer huisartsen dan bij ons. Daar: één op ongeveer 600, bij ons één op 2300 inwoners. Ze moeten daar concurreren om patiënten. Je hebt er bovendien geen verwijzing nodig, dus zijn er ook meer specialisten. Die ook nog eens concurreren met de huisartsen. Patiënten op de eersteklasafdeling van het ziekenhuis kunnen een forse extra rekening van de behandelende specialist tegemoet zien. En wat te denken van artsen die tijdens de spits een opslag op hun tarief in rekening brengen? Je zou dus best kunnen zeggen: er is meer markt in België dan in Nederland.'

#### Private financiering

Intussen is Nederland, zeggen sommige economen, op weg naar een zorg economie. In de jaren vijftig en zestig kenden we een industriële economie, daarna kregen we een diensteneconomie en binnen een tijdsbestek van dertig jaar zal een kwart van ons nationale inkomen in de zorg worden verdiend, verwacht hoogleraar gezondheidseconomie Henriëtte Maassen van den Brink. De gevolgen daarvan – verbeterde levensverwachting en volksgezondheid – kun je zien als toegenomen welvaart, maar anders dan de welvaartsverhoging die bijvoorbeeld ICT-technologie met zich meebrengt, betalen we het merendeel ervan niet uit eigen zak. Althans niet rechtstreeks. Wil de zorgsector een volwaardige economische sector zijn, dan zal meer private financiering nodig zijn, vindt zij.

Maarse is het daarmee eens, maar drukt zich voorzichtig uit. 'Misschien is de betekenis van marktwerking op de langere termijn dat we zorg in toenemende mate gaan opvatten als een

### *'Er is meer markt in België dan in Nederland'*

marktproduct. Je koopt het en je spaart ervoor. Er zal een bepaalde verzakelijking optreden. Ik zeg niet dat dit een goede of slechte ontwikkeling is; ik probeer alleen maar te begrijpen wat er zou kunnen gebeuren. In de rollator komt alles samen wat dit vraagstuk zo moeilijk maakt. We hebben ons hele leven zelf betaald voor onze mobiliteit; we kochten een fiets, een auto. Maar zijn we eenmaal wat moeilijk ter been geworden, dan vinden we het gewoon om een beroep te doen op de collectieve middelen.'

### Solidariteit

Maarse bespeurt ook een toenemende spanning tussen zorg- en marktlogica. Hij wijst op de plannen van een zorgverzekeraar als De Friesland die zich sterk gaat maken voor een herschikking van het curatieve zorgaanbod in die provincie. Eind dit jaar moet er een plan liggen dat voorziet in een opdeling van de zorg in drie sectoren: acute, complexe en chronische zorg. 'Ze verwachten dat de kwaliteit omhoog gaat dankzij concentratie en specialisatie. Dat nu is bij uitstek zorglogica. De vraag is echter in hoeverre dit past bij de marktlogica. Want gaan ze op deze manier niet vooral nieuwe regionale monopolies creëren? Monopolies die een prijs-opdrijvend effect zullen hebben?' Maarse vindt het 'uiterst moeilijk' in te schatten hoe het zal uitpakken.

Hoe dan ook verwacht hij dat 'meer markt' de betekenis van de begrippen keuzevrijheid, solidariteit en toegankelijkheid zal veranderen. 'Patiënten zullen hun keuzevrijheid behouden, maar de zorgverzekeraars zullen de verzameling van mogelijke ziekenhuizen of artsen waaruit ze een keuze mogen maken bepalen.

En de solidaire klant zal uiteindelijk een fictie blijken. Overigens is solidariteit altijd al een rekbaar begrip geweest. Toen Abraham Kuypers meer dan honderd jaar geleden vond dat er een sociale verzekeringswet moest komen, was die toegankelijk voor iedereen, behalve voor ongetrouwde moeders, criminelen en daklozen. Nu vinden we dat belachelijk. Maar wij sluiten illegalen uit.'

'En wat de toegankelijkheid betreft: ook wij zullen extra gaan betalen voor topzorg. Nu vinden we dat raar: zelfs als iemand in een verpleeghuis een extra faciliteit koopt geeft dat al gedonder. Maar ik vermoed dat we dit soort ontwikkelingen niet zullen tegenhouden. Misschien ontstaat er in sommige sectoren van de zorg wel een parallelsysteem van privé-klinieken, zoals in Engeland.'

### Geen oordeel

Maarses analyse is beschrijvend; een politiek of ideologisch gekleurd oordeel geeft hij niet. De politiek moet knopen doorhakken en keuzes maken. 'Zorg is zo politiek gevoelig, dat kan niet technocratisch worden opgelost.' Eén ding weet hij echter zeker: 'Dat marktwerking de betaalbaarheid van de zorg ten goede komt, zal een illusie blijken. De dynamiek van de markt is gericht op groei en de zorg is een wereld van oneindige behoeften. Marktwerking brengt dus altijd uitgavenstijging met zich mee. Die dynamiek zal nooit effectief beteugeld kunnen worden. Een deel van die stijging zal daarom moeten worden opgevangen door privatisering van de financiering, door verhoging van het verplichte eigen risico en beperking van het collectief verzekerde pakket.'



De studie *Markthervorming in de zorg* van Hans Maarse vindt u als pdf bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl). Daar staat ook het artikel waaraan wordt gerefereerd.



## praktijkperikel

### *Huisarts zonder computer*

Op vrijdagmiddag 13.00 uur gaan de computers gepland down in onze huisartsenpraktijk. Alles ligt eruit: het HIS, internet, de mail. De telefoon blijft het wel doen. We gaan indien nodig alleen spoedpatiënten zien.

Na een verlate wat langere lunch een gepland uitgebreid gesprek met een moeilijke patiënt. Daarna een huisbezoek bij een vrouw die onlangs weduwe is geworden. Wat een rust in de praktijk! De folders in de wachtkamer, de boeken in de kast, het kinderspeelgoed weer rechtgezet en schoon. Hoe actueel is mijn ampullenetui? Mijn collega komt bin-

nen: 'Hebben we nog ergens een papieren Farmacotherapeutisch Kompas?'

Klokke 17 uur verlaat ik de praktijk. Deze is gevestigd in een verzorgingshuis. In de hal kom ik een van de hoogbejaarde bewoonsters met rollator tegen. 'Dokter, kunt u deze brief voor me posten?' Ze geeft me een met fraaie krulletters beschreven dikke envelop. Gericht aan een adres vlakbij. Even overweeg ik om de envelop langs te brengen. Daarna stop ik 'm in de brievenbus, dat heeft toch ook wel wat.

/praktijkperikel