

# De politieke economie van de betaalbaarheid en de doelmatigheid van de zorg

*Hans Maarse en Dirk Ruwaard*

***De laatste jaren kent de gezondheidszorg een grote politieke en maatschappelijke belangstelling. Het debat richt zich dan op duurzaamheid, waarbij gezocht wordt naar wegen om ook in de toekomst betaalbare en kwalitatief hoogwaardige zorg te garanderen. In deze bijdrage willen wij de betaalbaarheid en doelmatigheid aan een kritische beschouwing onderwerpen. Waarom wordt de uitgavenstijging als een groot beleidsprobleem gedefinieerd? Wie kan er tegen ondoelmatigheid zijn? Dat past ook in het rationeel-economisch model van beleidsvoering. Maar zo simpel is het niet. Er zijn grote meningsverschillen over de wijze waarop de doelmatigheid vergroot kan worden, waarbij de solidariteit op het spel staat.***

## 1 Inleiding

De media hebben de afgelopen jaren veel aandacht besteed aan het politieke en maatschappelijke debat over de gezondheidszorg in Nederland. Twee problemen staan daarbij vooral in de belangstelling. Het eerste probleem betreft de uitgavenstijging in de zorg. Na een periode van betrekkelijke stabiliteit in de jaren 1980-2000 is het aandeel van de zorg in het bruto binnenlands product (bbp) na 2000 sterk toegenomen. Volgens een becijfering van de Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) stegen de netto-uitgaven in de periode 2000-2011 gemiddeld met 5,1% per jaar als gevolg waarvan het aandeel van de zorg in het bbp toenam van 8% in 2000 tot 11,9% in 2011. Ter vergelijking: in buurland Duitsland bleef de gemiddelde jaarlijkse stijging over dezelfde periode beperkt tot 2% (OECD Health Data 2013). Voor wat betreft de toekomst verwacht het Centraal Planbureau (CPB) een verdere stijging. Afhankelijk van het gekozen scenario wordt het beslag van de zorg als percentage van het bbp in 2040 tussen de 19% (lagere kosten scenario) en de 31% (betere zorg scenario) geschat (CPB 2011).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Het CPB gebruikt andere gegevens dan de OECD. Dit heeft te maken met het feit dat de OECD met het oog op de internationale vergelijkbaarheid een andere definitie van gezondheidszorg hanteert dan het CPB. Om deze reden zijn de percentages die het CPB presenteert hoger dan de percentages van de OECD. Zo bedroeg het aandeel van de zorg in het bbp volgens het CPB in 2010 13,2%.

De stijging van de zorguitgaven wordt in brede kring als een groot probleem beschouwd. Indien overheid en veld er niet in slagen om de uitgavenstijging effectief te beteugelen, zo luidt de redenering, dan komt de duurzaamheid van de zorg op het spel te staan (Ruwaard 2012; Maarse et al. 2013a; Maarse 2013b). Dit betekent dat zij niet alleen onbetaalbaar wordt, maar ook dat de universele toegang tot noodzakelijke en kwalitatief hoogwaardige zorg in het gedrang komt. Bij toegankelijkheid moet men hierbij behalve aan de directe toegang tot de zorgverlening ook denken aan financiële toegankelijkheid.

Het tweede probleem hangt nauw met het eerste probleem samen en betreft het gebrek aan doelmatigheid. De in beleidskringen gangbare analyse (bijvoorbeeld Regeerakkoord 2012) is dat de sterke stijging van de zorguitgaven voor een groot deel aan een hardnekkige en wijdverbreide ondoelmatigheid valt toe te schrijven. In de zorg heeft op grote schaal verkwisting van schaarse hulpbronnen plaats. Dit wijst op een fundamenteel gebrek aan prikkels tot doelmatig handelen. De beteugeling van de zorguitgaven vraagt dus om een beleid met bevordering van doelmatigheid als hoogste prioriteit. De invoering van de gereguleerde marktwerking in de curatieve zorg, de decentralisatie van de extramurale langdurige zorg naar de gemeenten en ook de sterke nadruk op meer individuele verantwoordelijkheid dienen er alle toe een nieuwe institutionele structuur in de zorg tot stand te brengen die veel krachtiger prikkels tot doelmatigheid uitzendt dan de oude sterk gebureaucratiseerde structuur met de centrale overheid als dominante speler.

In deze bijdrage willen wij beide problemen aan een kritische beschouwing onderwerpen. Om te beginnen vragen wij ons af: waarom wordt de uitgavenstijging in de zorg als een groot beleidsprobleem gedefinieerd? Zijn er ook redenen om deze problematiek te relativiseren? Vervolgens gaan wij in op het thema van de verbetering van de doelmatigheid. Bestrijding van verkwisting van schaarse hulpbronnen heeft natuurlijk een grote aantrekkingskracht op beleidsmakers en burgers. Wie zou immers voor ondoelmatigheid willen pleiten? Bij nader inzien ligt de zaak echter ingewikkelder wat ook direct helpt verklaren waarom de bevordering van doelmatigheid zo'n complexe opgave betreft.

Enkele maanden terug heeft de minister van Volksgezondheid een meldpunt verspilling in de zorg ingericht. Iedereen werd in de gelegenheid gesteld om voorbeelden van verspilling aan te dragen en suggesties te doen voor het tegengaan van die verspilling. Verder vroeg zij iedereen na te denken over een doelmatige invulling ('versobering') van het pakket van verzekerde zorg. Welke zorg zou in het pakket moeten blijven en welke zou er best uit kunnen worden verwijderd? In deze bijdrage zullen wij de resultaten van dit opmerkelijke initiatief nader analyseren. Deze analyse biedt een goede inkijk in de weerbarstigheid van het doelmatigheidsprobleem in de zorg.

## 2 Het probleem van de stijgende zorguitgaven

Zoals gezegd, zijn de zorguitgaven na 2000 veel sterker gestegen dan de groei van het nationaal inkomen. Deze stijging valt niet los te zien van de periode van strakke budgettering van de zorguitgaven in de periode 1980-2000. Direct na de eeuwwisseling zag de overheid zich gedwongen tot een forse uitgavenverhoging<sup>2</sup> om de maatschappelijke en politieke onrust over de grote wachtlijsten te beteugelen. Deze werden alom als een negatief neveneffect van de budgettering beschouwd: de jaarlijkse verhoging van het budget voor de diverse sectoren in de zorg had geen gelijke tred gehouden met de toegenomen vraag naar zorg. Fortuyn rekende de wachtlijsten tot de ‘puinhopen van Paars’. Enkele gerechtelijke uitspraken dwongen de overheid eveneens tot optreden. Lange wachtlijsten werden door de rechter strijdig geacht met de structuur van de sociale ziektekostenverzekering. Deze bood een recht op zorg binnen een redelijke termijn.

Er is een aantal argumenten waarom de sterke stijging van de uitgaven in de zorg als een groot beleidsprobleem wordt ervaren. We noemen er twee. Het eerste argument betreft het zogeheten *crowding-out* effect. De groei van de zorguitgaven beperkt de groei ruimte voor andere belangrijke publieke voorzieningen, zoals onderwijs, huisvesting, infrastructuur, veiligheid, enzovoort. De uitgavengroei impliceert tevens een beperking van de groei voor particuliere bestedingen. De burger is een steeds hoger bedrag voor zorg kwijt. Het CPB rekende in dit verband voor, dat een tweeverdienersgezin met anderhalf modaal inkomen in 2040 jaarlijks tussen de 31% en 47% van zijn bruto-inkomen aan zorg kwijt zou zijn (CPB 2011). Dat lijkt onvoorstelbaar.

Daarmee komen we toe aan een tweede argument, namelijk dat de sterke uitgavenstijging een bom zou leggen onder de solidaire zorgfinanciering. Deze financiering is immers gebaseerd op het draagkrachtprincipe (inkomenssolidariteit) en het principe dat de premie niet aan het gezondheidsrisico is gekoppeld (risicosolidariteit). De veronderstelling is dat de solidaire zorgfinanciering aan maatschappelijke legitimiteit inboet naarmate de zorgpremie een steeds groter deel van het vrij besteedbare inkomen opslokt. Effectieve kostenbeheersing is dus een absolute voorwaarde voor solidariteit.

## 3 De uitgavenstijging in breder perspectief

De verontrusting over de uitgavenstijging en de consequenties hiervan voor de duurzaamheid van de zorg wordt in brede kring gedeeld. De argumenten die voor deze verontrusting worden aangevoerd hebben onmiskenbaar een bepaalde validiteit. Niettemin is er ook een aantal argumenten om de uitgavenstijging in een

---

<sup>2</sup> In 2001 kwam de uitgavenstijging uit op 11,6% en in 2002 zelfs op 12,9%. Daarna was sprake van afremming van de groei. In 2011 bedroeg het groeipercentage 2,6% tegenover 4,8% in 2009 en 4,3% in 2010.

breder perspectief te plaatsen en wat te relativëren. In onze visie wordt het politieke en maatschappelijke debat hierover gekenmerkt door eenzijdigheid en simplificatie. Ook ontbreekt het historische perspectief.

Ten eerste is het onzinnig alleen over de zorguitgaven te spreken zonder de baten ervan in beschouwing te nemen. De zorg is niet alleen kostbaar, maar heeft ook veel opgeleverd, zowel op individueel als maatschappelijk niveau. Zo valt volgens Mackenbach (2010) ongeveer de helft van de stijging van de levensverwachting sinds 1950 aan een verbetering van de zorg toe te schrijven en becijferen Martin en zijn collega's voor het Verenigd Koninkrijk dat de kosten per gewonnen levensjaar bij kanker en hart- en vaatziekten lager zijn dan in het publieke debat vaak wordt aangenomen. Ook de voor kwaliteit van leven gecorrigeerde kosten per gewonnen levensjaar liggen onder de drempelwaarde van 30.000 pond die door het National Institute for Clinical Excellence (NICE) wordt aangehouden (Martin et al. 2008). Verder moet de discussie over de stijging van de zorguitgaven niet beperkt blijven tot de kosten en baten binnen de zorg. Ook de kosten en baten buiten de zorg zijn van belang. Voor wat betreft de zogeheten intersectorale baten valt bijvoorbeeld te denken aan de impact van de zorg op het ziekteverzuim, de arbeidsproductiviteit, de werkgelegenheid of industriële ontwikkeling. Pomp (2010) betoogt dat elke aan zorg bestede euro dat bedrag meer dan waard is. Hij spreekt in dit verband over 'de gouden eieren van de gezondheidszorg'. Tal van studies tonen aan dat preventie niet alleen gezondheidswinst oplevert maar ook maatschappelijke kosten bespaart (Rutten 2012). De Amerikaanse gezondheidseconoom Aaron (2003) merkt daarom terecht op, dat de toename van de zorguitgaven de groei van de individuele en maatschappelijke welvaart helemaal niet in de weg hoeft te staan. Integendeel zelfs.

Er zit overigens wel een keerzijde aan deze verbreding van het perspectief. Zo zijn er studies waaruit blijkt dat de marginale opbrengst van extra bestedingen in de zorg een dalende lijn toont (bijvoorbeeld Cutler et al. 2006). Welch et al. (2011) wijzen op het probleem van de overdiagnostiek. Voorts is er nog het probleem van de *failures of success* (Gruenberg 2005). We zijn in de zorg tot heel veel in staat, maar we krijgen er ook nieuwe problemen voor terug. De toename van het aantal burgers met Alzheimer vanwege de stijgende levensverwachting door effectieve preventie en zorg biedt hiervan een treffend voorbeeld.

Ons tweede argument ter relativering komt er kort gezegd op neer, dat het probleem van de uitgavenstijging in feite van alle tijden is. Al sinds jaar en dag zijn beleidsmakers ongerust over de uitgavenstijging in de zorg. Eigenlijk is er niets nieuws onder de zon. In de periode 1950-1970 stegen de zorguitgaven van 500 miljoen gulden naar bijna 7 miljard. Nu betrof deze naoorlogse periode van wederopbouw natuurlijk een bijzondere tijd maar, aldus voormalig staatssecretaris Van der Reijden, 'de schrik [over de kostenstijging] zat er bij de bewindslieden danig in' (Van der Reijden 1987: p.61). In de onderstaande tabel staan enkele uitspraken van vroegere bewindslieden ter nadere illustratie van onze stelling dat de zorgen over de uitgavenstijging bij wijze van spreken van alle tijden zijn.

**Tabel 1** Uitspraken over de noodzaak van kostenbeheersing in de zorg

Bron, jaartal en auteur of bewindspersoon	Uitspraak	Aandeel zorg in bbp
Structuurnota Gezondheidszorg (Hendriks) 1974	”Evenals in andere landen is er ook in ons land grote ongerustheid ontstaan over de stijging van de kosten van de zorg. In 1968 bedroegen de totale kosten van de gezondheidszorg rond de 5 mld gulden (...); voor het jaar 1972 worden deze kosten geraamd op rond 10 mld gulden (...). Het is (...) van groot belang te kunnen beschikken over instrumenten om de kostenontwikkeling te beheersen” (p.7)	1972: 6,7%
Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn (FOGMW) 1987 (Brinkman en Dees)	”In het Regeerakkoord is ten aanzien van de ombuigingen in de gezondheidszorg vastgesteld dat in het collectief gefinancierde deel van de volksgezondheid een oplopend bedrag van 1,2 miljard wordt omgebogen. Opgemerkt moet worden dat deze ombuigingen (...) moeten worden gerelateerd aan de meerjarencijfers van het FOGMW, welke uitgaan van een reële groei van 1% per jaar” (p. 8)	1987: 7,6%*

\*Ontleend aan OECD Health Data.

We hebben hier overigens beslist niet met een Nederlands verschijnsel te maken. In zijn State of the Union in 1949 deed de toenmalige president van de Verenigde Staten Harry Truman de volgende uitspraak: “Our health is far behind the progress of medical science. Proper medical care is so expensive that it is out of the reach of the great majority of our citizens.” In 1949 besteedde de Verenigde Staten 4,6% van zijn bbp aan zorg!

Onze derde argument hangt nauw met de tweede samen. Bestaat er wel zoiets als een te objectiveren optimaal percentage dat een land aan de zorg zou moeten besteden? Ooit vonden we 6 à 7% al veel. Later werd de noodklok bij 9% geluid, enzovoort. Zou het oplopen van het percentage niet ook (voor een groot deel) kunnen samenhangen met veranderde preferenties in de samenleving? Hebben we nu niet meer over voor zorg dan vroeger (Aaron 2003)? Op deze vragen ontbreekt helaas een eenduidig antwoord. Het is ook veel te gemakkelijk om eenvoudigweg te concluderen dat de stijging van het percentage niks anders tot uitdrukking brengt dan veranderde preferenties in de samenleving. Met deze opmerking zouden we in feite alle ondoelmatigheid in de zorg legitimeren.

Een conclusie die we wel veilig kunnen trekken is dat het percentage dat de samenleving aan de zorg uitgeeft uiteindelijk een *politieke* keuze betreft. Dit zegt natuurlijk nog weinig over hoe deze keuze tot stand komt. Wordt de keuze bijvoorbeeld gestuurd door normatieve opvattingen over de inrichting van een beschaafde samenleving? Is zij de resultante van moeilijk beheersbare institutionele krachten, of van een proces waarin gepassioneerde minderheden bepaalde baten weten te incasseren in de vorm van uitbreiding van het verzekerde

pakket met afwenteling van de kosten op de anonieme premiebetaler? Of weerspiegelt de keuze eerder politiek onvermogen?

Ten vierde attenderen wij erop dat de ruimte voor zorguitgaven in de afgelopen decennia sterk is toegenomen. Zo liep het aandeel van de uitgaven voor voedings- en genotmiddelen in de binnenlandse particuliere consumptieve bestedingen terug van 45% in 1900 tot 39% in 1950 and 12% in 2000 (CBS 2001). Deze daling houdt natuurlijk nauw verband met het feit dat Nederland ook steeds rijker is geworden. Een vergelijkbare ontwikkeling is eveneens voor de VS geconstateerd. Zo daalde het aandeel van voeding in de consumptieve bestedingen in de periode 1875-1995 van 49% naar 5% (elasticiteit 0,2) en nam het aandeel van de zorg toe van 1% naar 9% (elasticiteit 1,6) (Fogel 2008). Deze cijfers tonen aan dat de structuur van de consumptieve bestedingen dynamisch is en in de loop der tijd sterke wijzigingen heeft ondergaan.

#### 4 Doelmatigheid

De stijging van de zorguitgaven wordt door velen in verband gebracht met een wijdverbreid en hardnekkig gebrek aan doelmatigheid. Er zou op grote schaal verspilling plaatshebben. Gevolg is dat het daarom mogelijk moet zijn om de uitgavenstijging af te remmen zonder dat de kwaliteit van de zorg wordt aangetast. In het vervolg van dit artikel zullen we deze analyse kritisch onderzoeken.

In de literatuur komt men vele omschrijvingen van doelmatigheid tegen. Goed bruikbaar is de definitie van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in een advies uitgebracht in 1998 (RVZ 1998). Doelmatigheid, aldus de Raad, betreft 'de verhouding tussen de kwaliteit van de zorg en de kosten ervan' (p. 10). Tegenwoordig wordt ook vaak de term *value for money* gebezigd (Porter en Teisberg 2006). Ook in de zorg draait alles om waardecreatie.

Er bestaan verschillende vormen van doelmatigheid. In dit verband wordt vaak onderscheid gemaakt tussen technische, allocatieve en dynamische doelmatigheid. *Technische* doelmatigheid betreft de vraag of we de dingen goed doen. Er zijn vele voorbeelden waaruit blijkt dat de zorg op dit punt tekortschiet. Denk aan ongebruikte genees- en verbandmiddelen, aan niet meer gebruikte rolstoelen of rollators, aan de vele managementlagen, aan de duplicatie van allerlei diagnostiek, aan langs elkaar heen werkende zorg- en hulpverleners, aan de administratie die niet op orde is, aan de administratieve rompslomp die de bekostiging van de zorg met diagnosebehandelingcombinaties (DBC's) of het daarvoor in de plaats gekomen systeem van DOT's (DBC's Op weg naar Transparantie) meebrengt.

Doelmatigheid is behalve een kwestie van technische doelmatigheid ook een kwestie van allocatieve doelmatigheid. Bij *allocatieve* doelmatigheid gaat het niet om de vraag of we de dingen goed doen (technische doelmatigheid) maar of we de goede dingen doen. Neem als voorbeeld een willekeurige medische ingreep. Terwijl het bij technische doelmatigheid draait om de vraag of de ingreep goed is uitgevoerd (bijvoorbeeld geen complicaties), staat bij allocatieve doelmatigheid de

vraag centraal of de ingreep wel nodig of verstandig was. Veel deskundigen zijn van mening dat de allocatieve doelmatigheid in de zorg veel te wensen overlaat. Er wordt gesproken over zinvolle en niet-zinvolle zorg of over gepast en ongepast gebruik. Veel zorg zou niet aan de eisen van noodzakelijkheid, effectiviteit of kosteneffectiviteit voldoen (Commissie Dunning 1991). Grote praktijkvariatie en medicalisering worden eveneens als een signaal van allocatieve ondoelmatigheid geïnterpreteerd. In de langdurige zorg wordt bijvoorbeeld het feit dat er te veel mensen in een residentiële voorziening wonen gezien als teken dat de allocatieve doelmatigheid te wensen overlaat.

In de derde plaats is er het vraagstuk van de *dynamische* doelmatigheid. Hier gaat het om de vraag hoe snel innovaties worden gerealiseerd. Dynamische kwaliteit slaat dus op de innovatiegraad. Concreet gaat het daarbij bijvoorbeeld om de mate en het tempo waarin nieuwe technologieën hun weg naar de zorg vinden, opnames worden vervangen door dagbehandeling, medisch elektronische dossiers worden ingevoerd of vormen van e-health worden toegepast. Ook ten aanzien van de dynamische doelmatigheid in de zorg zijn tekortkomingen gesignaleerd (RIVM 2013).

Met het oog op de versterking van de doelmatigheid is de zorg momenteel onderwerp van omvangrijke hervormingen. De invoering van gereguleerde marktwerking, de decentralisatie van de extramurale langdurige zorg en de sterke nadruk op individuele verantwoordelijkheid zijn alle bedoeld om een nieuwe institutionele structuur tot stand te brengen die krachtige prikkels tot versterking van de technische, allocatieve en dynamische doelmatigheid bevat. De nieuwe structuur berust niet alleen op een analyse van het falen van bestaande structuren, maar tevens op een theoretisch model (beleidsparadigma) op basis waarvan een versterking van de doelmatigheid wordt verondersteld. Versterking van doelmatigheid blijkt echter evenzeer inzet van politieke strijd waarin behalve de politieke ‘superstructuur’ en de maatschappelijke gevoeligheid van de zorg ook ideologische verschillen over de effectiviteit en doelmatigheid van de nieuwe institutionele structuren, particuliere belangen, machtsverhoudingen en soms onverwachte gebeurtenissen grote invloed uitoefenen (Marmor en Klein 2011). Het verloop van de genoemde hervormingen en de weerstand die zij oproepen spreken in dit verband boekdelen.

## 5 De politiek van de doelmatigheid

Volgens sommigen heeft de ondoelmatigheid in de zorg megaproporties aangenomen. Uitbanning ervan zou miljarden aan besparingen opleveren. Zo kopte Zorgvisie van 2 augustus jl. dat de langdurige zorg 14% per cliënt kan besparen zonder dat daarbij afbreuk aan de kwaliteit wordt gedaan. Integendeel zelfs, deze neemt toe (Zorgvisie 2013)! Deze boude conclusie werd gebaseerd op evaluaties van het onderzoeksprogramma ‘In voor zorg!’. Oud-minister Klink deinst evenmin terug voor krachtige uitspraken. Hij acht besparingen van 10 tot wel 25% mogelijk

zonder dat de kwaliteit erop achteruitgaat of het recht op zorg wordt uitgehold. Zijn recept? Verminder overbehandeling en praktijkvariatie, laat patiënten meebeslissen over hun zorg en pak de organisatie van de zorg aan (Booz&Co 2012). Dat laatste vindt ook oud-staatssecretaris Robin Linschoten die recentelijk in een tv-uitzending (23 mei 2013) tot de volgende opmerkelijke bewering kwam: "een paar mensen bij elkaar zetten en dan kunnen we in een paar weken 20 miljard in de zorg besparen".

In onze visie is er alle reden voor gezonde dosis scepsis. De uitspraken zijn op drijfzand gebaseerd en tot zekere hoogte ook ronduit misleidend, omdat zij de indruk wekken dat fundamentele keuzen in de zorg onnodig zijn. Bevordering van de doelmatigheid wordt primair als een soort politiek-neutrale operatie voorgesteld. Het meest recente voorbeeld betreft de discussie over fraude en vermeend oneigenlijk gebruik in de zorg, waarbij het oneigenlijk gebruik gemakshalve onder de noemer van de fraude wordt gebracht. Deze *framing* van het probleem waaraan de media in hun streven naar publiciteit overigens volop meedoen, suggereert dat verbetering van de doelmatigheid vooral een kwestie van 'boeven vangen' is. Was dat maar zo!

Er zijn diverse argumenten om te betogen dat de bevordering van doelmatigheid in de zorg een complexe operatie betreft en, zeker als het om minder technische onderwerpen gaat, gemakkelijk politieke strijd uitlokt. Daarbij kunnen diverse factoren meespelen. In de eerste plaats moeten vaak allerlei diep ingesleten patronen van opvattingen en gedragingen worden uitgebannen. Het doorbreken van geïnstitutionaliseerde patronen en verhoudingen behoort tot de moeilijkste bestuurlijke opgaven die er bestaan. Dit geldt ook voor het uitbannen van ondoelmatige zorgpraktijken.

In de tweede plaats is het van belang erop te attenderen dat de politieke strijd over doelmatigheid zich (grotendeels) in de publieke sector afspeelt. Stel dat in de zorg besparingen van miljarden mogelijk zijn zonder dat afbreuk aan de kwaliteit en toegankelijkheid ervan wordt gedaan. Eén miljard aan bezuinigingen gaat al gauw gepaard met een verlies van 20.000 à 25.000 arbeidsplaatsen. Verlies aan arbeidsplaatsen stuit in de publieke ruimte steevast op groot verzet. Een vakbondsvoorzitter ventileerde op 2 augustus jl. nog de opvatting dat geen enkel ziekenhuis als gevolg van een faillissement zou mogen sluiten (Nu.nl 2013). Bevordering van de doelmatigheid blijkt als de werkgelegenheid in het geding is ineens een minder aantrekkelijk alternatief.

In de derde plaats is het onderscheid tussen doelmatige en ondoelmatige zorgpraktijken lang niet altijd helder. De zorgpraktijk is doorgaans met allerlei onzekerheidsmarges omgeven: wat werkt wel bij deze patiënt, wat niet? Is het nog wel verstandig om een complexe operatie uit te voeren? Is het ondoelmatig om veel middelen te besteden met een kleine kans op genezing? Gebrek aan informatie en de aanwezigheid van een grijs gebied compliceert een doelmatige inzet van middelen. In dergelijke situaties is helemaal niet zo duidelijk welke zorgpraktijk wel of juist niet doelmatig is. In de zogeheten Health Technology Assessment wordt het kosteneffectiviteitscriterium aangeprezen als een belangrijk criterium om te bepalen of een bepaalde zorgvoorziening wel of niet in het pakket van



verzekerde zorg moet worden opgenomen (CVZ 2013). Maar dit criterium blijkt om uiteenlopende redenen omstreden zoals de recente casus rondom de vergoeding van de peperdure geneesmiddelen voor patiënten met de ziekte van Fabry en de ziekte van Pompe heeft gedemonstreerd. Recentelijk heeft de minister besloten de vergoeding voort te zetten. Succesvolle onderhandelingen met de farmaceutische industrie over een prijsverlaging speelden daarbij een belangrijke rol (Ministerie van VWS 2013a).

Zelfs harde evidentie kan simpelweg worden genegeerd. Welch (2011) geeft hiervan een treffend voorbeeld. In 1997 was in de VS een door het *National Cancer Institute* ingestelde commissie van medische experts en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties op basis van alle wetenschappelijk onderzoek tot de conclusie gekomen, dat screening op borstkanker van vrouwen in de leeftijdscategorie 40-50 jaar weinig zin had. Maar die conclusie werd absoluut niet geaccepteerd door de vrouwenbeweging en geen politicus die zijn of haar vingers eraan durfde te branden. Ruim een decennium later werd de kwestie opnieuw bestudeerd en een nieuwe expertcommissie kwam tot een vergelijkbare conclusie. De evidence kon echter opnieuw de prullenmand in.

In de vierde plaats mag niet uit het oog worden verloren dat doelmatigheid contextueel is bepaald. De vraag of een bepaalde praktijk doelmatig is of juist niet hangt af van de context waarin de doelmatigheid wordt gezien. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg had het over de verhouding tussen de kwaliteit en de kosten van de zorg, maar wat te verstaan onder kwaliteit? Welke baten en kosten worden in de beschouwing meegenomen? Wordt gekozen voor een breed perspectief of een meer beperkt perspectief? De verhouding tussen baten en kosten van preventie zal anders uitvallen indien niet alleen de directe baten en kosten worden meegeteld, maar ook de indirecte baten en kosten (Jönsson 2009). En wiens perspectief wordt gekozen? Een bepaalde praktijk kan vanuit de optiek van een instelling doelmatig zijn, maar vanuit een breder (systeem) perspectief juist niet. Effectieve vervanging van tweedelijns- door eerstelijnszorg bevordert de doelmatigheid op systeemniveau, maar blijkt vaak strijdig met instellingsbelangen. Doelmatigheid is meestal ook niet meer dan een gemiddelde waarvan de scores van de afzonderlijke eenheden sterk kunnen afwijken.

Ter afsluiting van deze paragraaf twee actuele voorbeelden om te illustreren hoezeer de doelmatigheid inzet kan zijn van politieke strijd. Ons eerste voorbeeld betreft de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning). In het kader van deze wet is in 2007 de huishoudelijke zorg naar de gemeenten gedecentraliseerd. Tevens voorziet de regering een verdere decentralisering op het terrein van langdurige zorg. Het huidige kabinet vindt dat gemeenten deze zorg veel doelmatiger dan de nationale overheid kan organiseren en dat de huishoudelijke hulp alleen uit de publieke middelen zou mogen worden bekostigd bij personen die het echt nodig hebben en niet over alternatieve mogelijkheden beschikken. Om deze redenen boekt zij alvast een bezuiniging van enkele honderden miljoenen in die de werkgelegenheid van veel thuiszorgmedewerkers rechtstreeks raakt.

Wat leert deze casus? Ten eerste dat de opvattingen over een doelmatige inzet van middelen sterk verschillen. Want is het wel doelmatig sterk op de thuiszorg te bezuinigen, zeker als je wilt dat het beroep op de residentiële zorg drastisch moet worden verminderd (een kwestie van allocatieve doelmatigheid)? Ten tweede dat de werkgelegenheidseffecten van een ‘doelmatigheid bevorderende’ maatregel op politiek verzet stuiten en door menigeen als ‘afbraak van de zorg’ wordt bestempeld. En ten derde zeggen de bezuinigen in de thuiszorg wellicht ook iets over de machtsverhoudingen in de zorg. Doelmatigheid en macht staan niet los van elkaar! De partij met een zwakke positie in de zorg (de medewerkers in de thuiszorg) moet sterk inleveren. De decentralisatie van de langdurige zorg is verder ook omstreden vanwege de vrees voor een sterke groei van de transactiekosten. Bovendien kunnen gemeenten in hun maatwerk van de zorg het doelmatigheidsvraagstuk wel eens op heel andere wijze invullen dan de burger zich had voorgesteld, met tevens grote verschillen tussen gemeenten.

Ons tweede voorbeeld betreft de contractering van de zorg door de zorgverzekeraars. In 2012 heeft de overheid het financiële risico van de zorgverzekeraars sterk vergroot. In de ogen van de overheid spoorde de bestaande risicobeperkende regeling (die oorspronkelijk was bedoeld om ongewenste schokeffecten als gevolg van de invoering van gereguleerde marktwerking op te vangen)<sup>3</sup> niet aan tot een doelmatige zorginkoop. Precies zoals beoogd, stellen de zorgverzekeraars zich nu veel kritischer op dan tot voor kort het geval was. Ziekenhuizen klagen nu steen en been over de kortingen die de zorgverzekeraars hen willen opleggen. Zij hebben kennelijk een totaal ander beeld over de doelmatige inzet van collectieve middelen dan de zorgverzekeraars. In naam van een doelmatige besteding van middelen speelt zich als gevolg daarvan een machtsstrijd tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars af. Het nieuwe machtsverwicht lijkt nog lang niet gevonden.

## 6 Oproep minister voor doelmatiger zorg

Volgens een breed gedeelde opinie is de zorg vergeven van allerlei ondoelmatige praktijken. Het in mei 2013 door de minister ingestelde ‘Meldpunt verspilling in de zorg’ geeft een aardig inkijkje in wat burgers allemaal aan ondoelmatige praktijken signaleren. Op 10 oktober stond de teller al op 17.964 reacties. Het onderwerp leeft dus sterk. Verrassend is dat het niet bij meldingen alleen blijft. In circa 80 procent van de gevallen worden ook suggesties gedaan om de waargenomen verspilling uit te bannen. De onderstaande tabel, ontleend aan de eerste nieuwsbrief ‘Verspilling in de Zorg’, biedt een eerste indruk van de resultaten.

<sup>3</sup> In concreto gaat het om het grotendeels beëindigen van de zogeheten macro-nacalculatie die zorgverzekeraars in staat stelde om de uitgaven boven hun reguliere inkomsten (premies en inkomsten op basis van de ex ante risicoverevening) af te wentelen op een collectieve pot (het risicovereveningsfonds).

**Tabel 2** Binnengekomen meldingen bij meldpunt Verspilling in de Zorg (% meldingen)

Verspilling bij geneesmiddelen	25%
Verspilling binnen een zorgverleningstraject	20%
Verspilling in gebruik van hulpmiddelen	10%
Verspilling in curatieve en langdurige zorg	25%
Overig	10%

Bron: Ministerie van VWS 2013b.

De tweede nieuwsbrief biedt nader inzicht in de binnengekomen meldingen (Ministerie van VWS 2013c). Zij gaan over onnodige zorg, zoals een teveel aan röntgenfoto's of de verstrekking van een nieuw hulpmiddel, over ongebruikte geneesmiddelen (te grote verpakking), dure behandelingen en hoge tarieven, gebrek aan samenwerking, administratieve rompslomp en het functioneren van het zorgsysteem in het algemeen. De suggesties voor verbetering van de doelmatigheid sluiten hierop direct aan. De resultaten die vooral lijken ingegeven door persoonlijke ervaringen, suggereren dat het vraagstuk van de doelmatigheid in de publieke opinie vooral in termen van een gebrek aan technische doelmatigheid wordt gedefinieerd. Hieraan lijkt vervolgens de veronderstelling gekoppeld dat het mogelijk moet zijn dezelfde zorg met minder middelen te bieden of meer zorg met dezelfde middelen. Als we erin zouden slagen de technische ondoelmatigheid uit te bannen, kunnen allerlei ingrepen in de zin van verwijdering uit het verzekerde pakket achterwege blijven. De burger blijft zo zelf buiten schot.

Dit laatste komt ook duidelijk naar voren in de reacties op de opmerkelijke oproep van de minister in het televisieprogramma Buitenhof (februari 2013) aan alle burgers en de organisaties in het veld om met suggesties te komen voor aanpassingen in het verzekerde pakket om zo de doelmatigheid ervan te versterken. De achtergrond van deze oproep was de bepaling in het Regeerakkoord van Rutte II om 1,2 miljard euro op het verstrekkingenpakket te bezuinigen: behandelingen voor aandoeningen met een lage ziektelast zouden wellicht kunnen worden geschrapt. Het overleg met het veld leverde in dit opzicht niet veel op. Het veld zag weinig heil in een versobering van het pakket en opteerde voor een doelmatigheidsmodel waarin artsen beter zouden gaan letten op wat medisch wel of juist niet noodzakelijke zorg is. Zij zouden zich in hun handelen dus kritischer moeten opstellen.

Diverse partijen en burgers zonden suggesties in voor een doelmatige besteding van de collectieve middelen in de zorg. In totaal kwamen er 2543 reacties binnen met daarin 3921 suggesties. Het overgrote deel (3532) had betrekking op de curatieve zorg. De reacties betroffen niet alleen het verzekerde pakket (24%), maar ook een brede range van andere onderwerpen zoals 'doelmatigheid' (21%), 'verspilling' (8%), 'systeem' (6%), 'arbeidsmarkt en opleidingen' (6%), 'eigen betalingen' (6%), 'financiering en bekostiging' (5%), 'bureaucratie en management', enzovoort (Ministerie van VWS 2013d).

De suggesties ten aanzien van de versoering van het basispakket bieden een aardige inkijk in hoe over doelmatigheid wordt gedacht. Het gaat hier om de allocatieve doelmatigheid: verzekeren we de goede dingen? De resultaten laten enkele opvallende uitschieters zien. Veel reacties betreffen het thema vruchtbaarheid, zwangerschap en bevalling. Melders geven aan dat zij van deze voorzieningen geen gebruik maken of geen gebruik meer zullen maken. Daarom willen zij er ook niet aan meebetalen. Kinderen krijgen wordt beschouwd als een keuze en zou daarom voor eigen rekening moeten komen. Diverse meldingen hebben voorts betrekking op het thema levensstijl. De dominante opvatting in deze meldingen kan worden samengevat onder de noemer ‘eigen schuld, dikke bult’. Aandoeningen als gevolg van een bepaalde levensstijl zouden niet langer uit het basispakket moeten worden vergoed. Denk in dit verband aan roken, overgewicht, comazuipen en sportblessures. Interessant zijn ook de meldingen ten aanzien van de keuzevrijheid in het basispakket. De meningen lopen uiteen, maar diverse suggesties bevatten een pleidooi voor meer keuzevrijheid. Vooral oudere melders bepleiten een basispakket voor jongeren en een voor ouderen. Zij hebben de indruk dat het basispakket veel specifieke zorg voor jongeren bevat waardoor de premies voor henzelf onnodig hoog zijn (Ministerie van VWS 2013d).

Welke conclusies kunnen uit de beide initiatieven worden getrokken? Over een doelmatiger invulling van het zorgpakket blijken de meningen uiteen te lopen. De resultaten duiden er echter op, dat veel melders doelmatigheid met eigen belang verbinden. De voorstellen die worden gedaan raken niet henzelf maar anderen. Het gaat dan om de verhouding tussen solidariteit en doelmatigheid. In dit verband moeten we kort terug naar de Zorgverzekeringswet. Deze wet kan men zien als de resultante van een zoektocht naar een delicate balans tussen doelmatigheid en solidariteit (Maarse 2011). De beoogde concurrentie op de markt van de zorgverzekering en de zorgverlening moet de doelmatigheid bevorderen, maar deze concurrentie mag niet ten koste gaan van de solidariteit. Met het oog hierop bevat de nieuwe zorgverzekering allerlei regelingen die de solidariteit moeten beschermen, zoals het verplichte karakter van de basisverzekering, het verbod op risicoselectie en premiedifferentiatie, het stelsel van nominale en inkomensafhankelijke premies en de zorgtoeslag. Een belangrijk instrument is verder de aanwezigheid van een breed en uniform basispakket waarvan de inhoud door de overheid, dus de politiek, wordt vastgesteld. De suggesties wijzen in de richting van een spanning in de verhouding tussen solidariteit en doelmatigheid. De melders willen een bepaalde mate van solidariteit, zoals gedefinieerd in de Zorgverzekeringswet inleveren voor doelmatigheid die hun eigen belang dient.

## 7 Ten slotte

Versterking van de doelmatigheid past naadloos in het rationeel-economische model van beleidsvoering. In dit model willen beleidsmakers de schaarse middelen op een zo doelmatig mogelijke manier inzetten om hun doeleinden te bereiken.

Van de versterking van de doelmatigheid gaat een sterke aantrekkingskracht uit. Welk redelijk persoon kan immers tegen doelmatigheid pleiten? Ondoelmatigheid duidt immers op verkwisting. Een achterliggende gedachte hierbij is dat verbetering van de doelmatigheid versobering van de zorg onnodig maakt. Het doelmatigheidsjargon past daarom goed in het verzet tegen bezuinigingen.

Maar zo simpel is het dus niet. Doelmatigheid is niet enkel een kwestie van een rationeel beleidsontwerp. Het blijkt bij nader inzien een uitermate complex begrip. In de zorg zien we dan ook grote meningverschillen over de invulling ervan. Doelmatigheid is vaak inzet van politieke strijd waarbij ideologische verschillen en machtsverhoudingen grote invloed kunnen hebben op de wijze waarop verbetering ervan in de zorgpraktijk concreet invulling wordt gegeven. Doelmatigheid en eigen belang kunnen verrassend dicht bij elkaar liggen.

Doelmatigheid is al met al, om met de bestuurskundige Brasz te spreken, een 'wiebelig begrip'. Over de betekenis en invulling ervan kan men redetwisten en dat gebeurt bij doelmatigheid dan ook op grote schaal. De invulling ervan hangt van het gekozen perspectief en verschuift tevens in de tijd. Beleidsarrangementen die vroeger als doelmatig werden bestempeld, worden tegenwoordig als ondoelmatig gekwalificeerd. In het begrip doelmatigheid ligt dus ook een bepaalde dynamiek besloten. Deze dynamiek geldt eveneens voor de verhouding tussen doelmatigheid en andere belangrijke beleidsuitgangspunten zoals solidariteit.

Door nog nader te onderzoeken redenen lijkt overigens recent sprake te zijn van een afname van de uitgavenstijging in de zorg. De vraag is in hoeverre dit een uiting is van doelmatiger zorg of een signaal van door de burger uitgestelde of vermeden zorg vanwege de economische crisis. Of dit op den duur resulteert in wachtlijsten en een verslechtering van de gezondheid van de bevolking is vooralsnog voer voor speculaties. Het worden spannende tijden voor de politiek, de maatschappij en de wetenschap.

### **Auteurs**

Hans Maarse ([h.maarse@maastrichtuniversity.nl](mailto:h.maarse@maastrichtuniversity.nl)) is hoogleraar Health Policy Science and Administration van de vakgroep Health Services Research van de Faculty of Health, Medicine and Life Sciences van de Universiteit Maastricht. Dirk Ruwaard ([d.ruwaard@maastrichtuniversity.nl](mailto:d.ruwaard@maastrichtuniversity.nl)) is hoogleraar Public Health and Health Care Innovation, voorzitter van eerder genoemde vakgroep, leider van de onderzoeksprogramma's 'Redesigning Health Care' en 'Duurzame Zorg', en voorzitter van de Commissie Doelmatigheidsonderzoek van ZonMw.

## Literatuur

- Aaron, H., 2003, Should public policy seek to control the growth of health care spending? *Health Affairs*, Analytical Forum, 8 January.
- Booz&Co, 2012, Kwaliteit als medicijn. Aanpak voor betere zorg en lagere kosten, Amsterdam: Booz&Co.
- Brinkman, L., en D. Dees, 1987, *Financieel overzicht gezondheidszorg en maatschappelijk welzijn*, Den Haag: Staatsuitgeverij.
- CBS, 2001, Tweehonderd jaar statistiek in tijdreeksen 1800-1999, Voorburg/ Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Commissie Dunning, 1991, Kiezen en delen; rapport van de commissie Keuzen in de zorg, Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- CPB, 2011, Trends in gezondheid en zorg, CPB Policy Brief 2011/11, Den Haag: Centraal Planbureau.
- Cutler, D., A. Rosen en S. Vijan, 2006, The value of medical spending in the United States, 1960-2000, *New England Journal of Medicine*, vol. 355(9): 920-927.
- CVZ, 2013, Kosteneffectiviteit in de zorg. Op weg naar een genuanceerd en geaccepteerd gebruik van kosteneffectiviteitsgegevens in de zorg, Diemen: College voor Zorgverzekeringen.
- Fogel, R., 2008, Forecasting the cost of U.S. health care in 2040, Working Paper 14361, Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research. Retrieved October 24, 2013: <http://www.nber.org/papers/w14361>
- Gruenberg, E., 2005, The failures of success, *Milbank Quarterly*, vol. 83(4): 779-800.
- Hendriks, J, Structuurnota gezondheidszorg, Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
- Jönsson, B., 2009, Ten arguments for a societal perspective in the economic evaluation of medical innovations, *The European Journal of Health Economics*, vol. 10(4): 357-359.
- Maarse, J., 2011, Markthervorming in de zorg. Een analyse vanuit het perspectief van de keuzevrijheid, solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid, Maastricht: Datawyse.
- Maarse, J., P. Jeurissen en D. Ruwaard, 2013a, Concerns over the financial sustainability of the Dutch healthcare system. CESifo DICE Report, 32-36.
- Maarse, J., 2013b, Voordat de wal het schip keert, Maastricht: Universiteit Maastricht (afscheidsrede).
- Mackenbach, J., 2010, Ziekte in Nederland. Volksgezondheid tussen biologie en politiek, Amsterdam: Mouria en Elsevier gezondheidszorg.
- Marmor, T., en R. Klein, 2012, Politics, health & health care. Selected essays, New Haven & Londen: Yale University Press.
- Martin, S., N. Rice en P. Smith, 2008, Does health care spending improve health outcomes? Evidence from English programme budgeting data. *Journal of Health Economics*, vol. 27(4): 826-842.
- Ministerie van VWS, 2013a Kamerbrief over standpunt vergoeding Pompe en Fabry, 3 oktober 2013.
- Ministerie van VWS, 2013b, Nieuwsbrief verspilling in de zorg 1, juli 2013.
- Ministerie van VWS, 2013c, Nieuwsbrief verspilling in de zorg 2, september 2013.
- Ministerie van VWS, 2013d, Analyse uitkomst Buitenhof en inhoudelijke reactie op meldingen. Bijlage bij Kamerbrief over Buitenhof-oproep, aanpak doorlichting pakket en reactie op twee CVZ-rapporten Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2 en kosteneffectiviteit, 30 september 2013.

- Nu.nl, 2013, Accepteer geen faillissement ziekenhuis, Retrieved October 24, 2013: <http://www.nu.nl/economie/3541468/accepteer-geen-faillissement-ziekenhuis.html>
- OECD Health Data 2013, Paris: Organisation for Economic and Cooperation and development. Released on 27 June 2013: <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm>
- Pomp, M., 2010, *Een beter Nederland. De gouden eieren van de gezondheidszorg*, Amsterdam: Balans.
- Porter, M., en E. Teisberg, 2006, *Redefining health care. Creating value-based competition on results*, Boston: Harvard University Press.
- Regeerakkoord, 2012, Bruggen Slaan.
- Reijden, P. van der, 1987, *Onze kostelijke gezondheid*, Amsterdam: Balans.
- RIVM, 2013, *Zorgbalans*, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Rutten-van Mölken, 2012, Goud op de 100 meter HTA. Van zorginnovaties voor chronisch zieken, Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam (inaugurele rede).
- Ruwaard, D., 2012, *De weg van nazorg naar voorzorg: buiten de gebaande paden*, Maastricht: Universiteit Maastricht (inaugurele rede).
- RVZ, 1998, *Prikkels tot doelmatigheid*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Truman, H., 1949, Retrieved October 24, 2013: <http://trumanlibrary.org/publicpapers/viewpapers>.
- Welch, G., L. Schwartz en S. Woloshin, 2012, *Overdiagnosed. Making people sick in the pursuit of health*, Boston: Beacon Press.
- Zorgvisie, 2013, Care kan 14% per cliënt besparen, Retrieved October 24, 2013: [http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2013/8/Care-kan-14-procent-per-client-besparen-1324317W/?cmpid=NLC|zorgvisie|2013-08-01|Care\\_kan\\_14\\_procent\\_per\\_cliënt\\_besparen](http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2013/8/Care-kan-14-procent-per-client-besparen-1324317W/?cmpid=NLC|zorgvisie|2013-08-01|Care_kan_14_procent_per_cliënt_besparen)