

Inleiding: zestien economen over wat echt (niet) helpt om kosten te besparen in de zorg

Aenneli Houkes-Hommes

Gezondheid maakt mensen gelukkig. Ziekte gaat vaak gepaard met pijn en andere ongemakken. Daarnaast belemmert een minder goede gezondheid mensen in hun handelingsvrijheid. Dit betreft hun functioneren in het dagelijks leven, maar ook in het onderwijs en op de arbeidsmarkt. Gezondheid verhoogt daarom de welvaart, zowel via persoonlijk geluk, als via de extra mogelijkheden die het mensen geeft bij te dragen aan de economie.

Gezondheidszorg houdt ons (langer) gezond. De levensverwachting is sinds 1950 met negen jaar toegenomen. Bovendien leven we niet alleen langer, maar ook gezonder. De gezondheidszorg is één van de belangrijkste oorzaken van beide toenames (Van Ewijk et al. 2013). Geld besteed aan gezondheidszorg levert dus ontegenzeggelijk veel welvaart op.

Tegelijkertijd geven we steeds meer uit aan zorg. De uitgaven groeien niet alleen, ze groeien ook steeds sneller. In de zeventiger jaren van de vorige eeuw gaven we 7,5% van ons nationaal inkomen (bbp) uit aan zorg. Rond de millenniumwisseling was dit 9% en in 2012 13% (Van Ewijk et al. 2013). Door de recessie is de mate van toename weliswaar afgenomen, maar steeds sterker dringt zich de vraag op of de voortdurend toenemende uitgaven aan zorg nog gelijke tred houden met de welvaartstoename die ze veroorzaken. Vooruitgang in medische technologieën gaat onvermijdelijk gepaard met hogere kosten. Het ligt bovendien voor de hand dat steeds hogere kosten moeten worden gemaakt om nieuwe effectieve behandelingen te vinden. Ergens ligt een grens waar extra zorguitgaven ten koste gaan van effectievere uitgaven op andere terreinen. En nog afgezien van effectieve besteding is er de kwestie of de collectieve lastendruk die zorgkosten met zich meebrengen te verantwoorden valt.

Alle reden dus om een themanummer te wijden aan verschillende manieren waarop economen het probleem van kostenbeheersing in de zorg, en hun oplossingen, formuleren. Dit themanummer bevat acht artikelen van in totaal zestien Nederlandse economen. Samen bieden ze een breed spectrum van standpunten omtrent zorgkosten - niet alleen in wat ze voorstellen aan maatregelen, maar ook in hoe ze de toegenomen zorgkosten als probleem thematiseren. Dit gebeurt, zowel in dit themanummer als elders, op verschillende manieren en vanuit fundamenteel verschillende gedachten over het economisch belang van de gezondheidszorg. Bij een kwestie die zo complex is als beheersing van zorgkosten, is het moeilijk om te spreken van één juiste benadering. Veel economen, waaronder sommige auteurs in dit themanummer, beperken zich dan ook niet tot één manier om het probleem te

formuleren en oplossingen voor te stellen. Toch zijn er ruwweg vier perspectieven te onderscheiden in de discussie onder economen, en in de standpunten die in de acht artikelen worden verdedigd.

Vanuit het eerste perspectief zijn de zorgkosten voornamelijk problematisch vanwege de enorme collectieve uitgaven die ze veroorzaken, die in deze benadering stelselmatig worden aangeduid als collectieve lastendruk. Hoge collectieve zorglasten laten minder ruimte voor andere collectieve uitgaven, zoals onderwijs en veiligheid, en stellen tegelijkertijd de solidariteit binnen de samenleving op de proef. Bezien vanuit dit standpunt is het vóór alles zaak om deze langzamerhand ondraaglijke lastendruk verregaand te beperken. Private zorguitgaven vormen daarentegen geen principiële probleem. Voorgestelde maatregelen moeten dus vooral worden beoordeeld op hun potentieel om collectieve uitgaven te verminderen of eventueel om te buigen in private uitgaven.

Een tweede perspectief richt zich, in contrast hiermee, op het verminderen van *alle* uitgaven in de zorg die worden uitgedrukt als percentage van het nationaal inkomen (bbp). De motivatie hiervoor is dat de zorguitgaven inmiddels een onaanvaardbaar hoog percentage van het nationaal inkomen vormen, waardoor ze — ongeacht of ze collectief of privaat zijn; en ongeacht welke voordelen ze bieden voor onze gezondheid en levensduur — ten koste gaan van te veel andere uitgaven.

Twee andere perspectieven vergelijken, in tegenstelling tot de voorgaande, de baten die gepaard gaan met de zorgkosten. Eén perspectief, het derde in dit overzicht, benadert deze baten ‘zorgintern’: het kijkt naar de doelmatigheid waarmee zorguitgaven worden besteed. Maatregelen die vanuit deze benadering worden voorgesteld zijn bijvoorbeeld bedoeld om kritischer om te gaan met behandelingen waarvan de medische effectiviteit onbewezen of onduidelijk is. Ook kan men zich vanuit dit perspectief afvragen hoeveel moet worden uitgegeven aan behandelingen die de gezondheid of levensverwachting maar marginaal verhogen.

Het vierde perspectief deelt de aandacht voor de medische baten van zorguitgaven, maar richt zich daarbij nadrukkelijk óók op andere terreinen dan de gezondheidszorg. Zorg kan namelijk vanuit medisch perspectief doelmatig zijn, maar vanuit een breder maatschappelijk standpunt ondoelmatig, omdat een euro die wordt uitgegeven aan een verlengde levensverwachting van dementerenden niet kan worden uitgegeven aan aanpak van overlast door probleemjongeren. Maatregelen moeten, vanuit dit laatste perspectief, dus worden beoordeeld op basis van hun effecten op de *totale* welvaart.

Het meest eenduidige voorbeeld van de eerste benadering in dit themanummer is te vinden in het artikel van *Wim Groot en Henriëtte Maassen van den Brink*. Zij beschouwen de huidige, overwegend collectieve financiering van de gezondheidszorg als een toenemend probleem vanwege de almaar groeiende lastendruk. Daarbij komt nog dat het grotere beslag dat de zorg legt op de beschikbare collectieve middelen niet tot enige vorm van verzadiging lijkt te leiden: net als Holle Bolle Gijs vraagt de gezondheidszorg alleen om meer. Dit heeft er bijvoorbeeld toe geleid dat, anders dan in de publieke perceptie, het verzekerde pakket in de zorgverzekering steeds verder is uitgebreid. Groot en Maassen van den Brink zien daarom

weinig in maatregelen als het sluiten van convenanten of het terugdringen van praktijkvariatie. Veel effectiever voor het terugdringen van de collectieve lasten zou bijvoorbeeld zijn om 25% eigen bijdrage te heffen voor behandelingen waaraan in Nederland bovengemiddeld veel wordt uitgegeven, zoals kortdurende psychische hulp en om, algemener en principiëler, alleen uitgaven die mensen zelf niet kunnen betalen collectief verzekeraar te laten zijn.

Patrick Jeurissen en Joost Trienekens richten zich in hun bijdrage op de vraag hoe de zorg betaalbaar kan blijven. Daarbij nemen ze, naast het eerste, ook het tweede van de bovengenoemde perspectieven in: de betaalbaarheid vormt volgens hen op het moment met name een probleem, omdat een te hoog percentage van het nationaal inkomen wordt besteed aan de zorg, in combinatie met toch al te hoge overheidsuitgaven. Ze geven allereerst een gedetailleerd overzicht van de ontwikkelingen in de kostenbeheersing van de Nederlandse zorg: van de hoogtijdagen van de aanbodregulering in de jaren 90 met bijkomende wachtlijstenproblematiek, via Borsts 'recht op zorg' en de resulterende explosie van zorgkosten, tot de introductie van de basisverzekering en de geleidelijke invoering van gereguleerde concurrentie tussen zorgverzekeraars. Vervolgens verkennen ze welke effecten de invoering van gereguleerde marktwerking heeft gehad en nog zou kunnen hebben op de betaalbaarheid van de curatieve zorg. Jeurissen en Trienekens zien een aantal positieve effecten. Zo is de arbeidsproductiviteit in de zorg al tijdens de zeer geleidelijke invoering verbeterd. Verder hebben de bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden die de VWS recent met zorgverzekeraars en -aanbieders hebben gesloten, geleid tot meer selectieve contractering door zorgverzekeraars, die niet langer hoeven vrezen voor reputatieschade. Deze positieve effecten hebben nog niet geleid tot een betaalbaarder zorgstelsel — hooguit is sprake van een afname van groei, die ook nog eens gelijke tred houdt met die in omliggende landen. Jeurissen en Trienekens stellen dat het stelsel desondanks ten goede is veranderd, wat de zorg in de toekomst betaalbaarder zou kunnen maken. De zorgsector is dynamischer en veerkrachtiger geworden, zoals onder andere af te lezen valt aan de robuuste groei van productiviteit, het grote aantal nieuwe zorgaanbieders en een lager dan verwachte stijging van de zorgpremie.

Paul Besseling en Casper van Ewijk benaderen het probleem van de zorgkosten in hun bijdrage ook vanuit de eerste twee perspectieven en benadrukken het explosief stijgende aandeel van die kosten in het bbp. Ze presenteren mogelijke oplossingen als een keuze omtrent twee vormen van solidariteit: zorgsolidariteit, de mate van kwaliteitsverschillen in de zorg, en risicosolidariteit, de mate van verschil in bijdragen door zorggebruikers en niet-gebruikers. Besseling en Van Ewijk wijzen erop dat geen elke keuze omtrent zorg- en risicosolidariteit vrij is van nadelen, maar dat elk ervan ook voordelen heeft en mogelijkheden tot kostenbeheersing biedt. Grote risicosolidariteit tussen lage en hoge inkomens kan bijvoorbeeld worden geregeld door een inefficiënte en steeds hogere verplichte zorgconsumptie, maar ook met een minder omvangrijk basispakket inclusief lastenverlichting voor lagere inkomens. Minder risicosolidariteit, met een systeem van eigen betalingen, kan het zorggebruik terugdringen, maar maakt zorg tegelijkertijd ontoegankelijker

voor lagere inkomens. Grote zorgsolidariteit beperkt de keuzevrijheid van consumenten, maar daarmee ook de kans op te weinig, te veel of verkeerde zorg die het gevolg is van foutieve keuzes. Lagere zorgsolidariteit kan kostenbesparend werken, omdat het de mogelijkheid biedt om nieuwe behandelingen selectiever toe te laten in het basispakket, en op te nemen in een meer gedifferentieerd aanbod van aanvullende verzekeringen. Nadat Besseling en Van Ewijk de Nederlandse situatie — met hoge zorg- en risicosolidariteit — hebben vergeleken met die in andere landen wijzen ze erop dat minder solidariteit wel leidt tot een robuuster zorgstelsel, waarin uitgavenstijgingen door nieuwe technologieën eenvoudiger kunnen worden opgevangen.

In zijn bijdrage neemt *Marc Pomp* een duidelijk ander standpunt in. Stijgende zorgkosten vormen op zichzelf nog geen probleem, zolang er maar voldoende baten tegenover staan. Daarbij richt hij zich op de baten van de gezondheidszorg: Pomp vertegenwoordigt het derde, ‘zorginterne’ perspectief op kostenbeheersing. Vanuit deze benadering zijn miljardenbesparingen in de zorg niet per se wenselijk; ze mogen namelijk niet gepaard gaan met verlies van kwaliteit en toegankelijkheid. Door de poortwachtersfunctie van de huisarts voor de tweedelijnszorg en de traditioneel terughoudende zorgcultuur in Nederland, zijn uitgaven voor de curatieve zorg niet hoger dan gemiddeld en is het zorgvolume zelfs lager dan gemiddeld. Alleen verdere invoering van gereguleerde marktwerking zou volgens Pomp in deze omstandigheden nog kunnen zorgen dat meer doelmatigheidspotentieel wordt benut. Pomp ziet niets in maatregelen, zoals pakketverkleining, die de werking van het zorgstelsel direct ondermijnen, of hogere eigen bijdragen die dit indirect doen, door zorgvermijdend gedrag uit te lokken. In plaats daarvan moeten grondig geëvalueerde experimenten, waarin contracten zorgaanbieders prikkelen de kosten te beheersen, laten zien waar besparingen te realiseren zijn zonder dat kwaliteit en toegankelijkheid in het gedrang komen.

In hun bijdrage bespreken *Ilaria Mosca en Leida Lamers* hoe een betere keuze van indicatiesteller kan leiden tot besparingen in de zorg. Indicatiestelling zou idealiter moeten leiden tot ‘precies genoeg’ gebruik, qua medische en/of kosteneffectiviteit. In werkelijkheid bestaat echter aanzienlijke praktijkvariatie; de ene artsenpraktijk knipt bijvoorbeeld veel vaker amandelen dan de andere. Dit valt deels te verklaren door variatie in patiëntvoorkeuren, opleiding en medische technologie, maar duidt volgens Mosca en Lamers ook op inefficiënte keuzes van de indicatiesteller. Een betere keuze van indicatiestelling kan dus tot besparing leiden zonder verlies van medische baten, zoals gewenst vanuit het derde perspectief. De keuze voor indicatiesteller is echter geen eenvoudige. Decentrale indicatiestelling, meestal door de behandelend arts, is goedkoper en sneller, maar diens kennisvoorsprong maakt de (efficiëntie van de) gemaakte keuzes ondoorzichtig voor de zorginkopers. Centrale indicatiestelling, door een onafhankelijke instantie, leidt tot hogere transactiekosten, maar objectievere en meer integrale indicaties. Mosca en Lamers bespreken hoe de afweging tussen transactiekosten en volumerisico kan leiden tot verschillende keuzes voor verschillende vormen van zorg: centrale indicatiestelling voor de meeste langdurige zorg en voor planbare zorg; decentrale in-

dicatiestelling bij curatieve en acute zorg en de urgentere en goedkopere vormen van langdurige zorg.

Rudy Douven en Jan Boone kiezen een andere benadering: de vierde in het overzicht hierboven. Een uitgave in de zorg zou alleen gedaan moeten worden als diezelfde euro niet elders in de maatschappij nuttiger ingezet zou kunnen worden. Het huidige stelsel van gereguleerde concurrentie is vooral gericht op productieve efficiëntie — maximalisering van gezondheidswinst met beschikbare middelen — maar bevat onvoldoende prikkels voor allocatieve efficiëntie - maximalisering van totale maatschappelijke baten met beschikbare middelen. Goedkopere inkoop van geneesmiddelen en het ontstaan van zelfstandige behandelcentra voor eenvoudige operaties laten zien dat de productieve efficiëntie inderdaad is gestegen. Volumegroei in de zorg, o.a. door het oprekken van indicaties, wijst er echter op dat de allocatieve efficiëntie tegelijkertijd is gedaald. Omdat zorgaanbieders intrinsiek gemotiveerd zijn om de best mogelijke zorg te bieden, verwachten Douven en Boone niet dat zorgaanbieders eenvoudig geprikkeld kunnen worden om kosteneffectief te werken. Zij pleiten daarom voor globale budgetten, waarmee zorgaanbieders aan vooraf gemaakte afspraken moeten voldoen, ongeacht de werkelijke kosten. Deze afspraken kunnen bijvoorbeeld een minimaal aantal verrichtingen behelzen, of de verantwoordelijkheid voor de gezondheid van een bepaalde populatie verzekeren. Om te zorgen voor meer allocatieve efficiëntie zonder dalende productieve efficiëntie zouden deze globale budgetten niet concurrentieverstorend mogen werken.

Suzanne Ruwaard, Rudy Douven, Jeroen Struijs en Johan Polder bieden een empirische toets van het beroep op de positieve effecten van gereguleerde concurrentie. Zij presenteren een aantal resultaten van onderzoek naar de weerslag van concurrentiebevorderende maatregelen in contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Ten eerste constateren ze dat onzekerheid en complexiteit een grote rol spelen in deze contracten: veel contracten hebben een korte looptijd en zijn bovendien onvolledig wat betreft prestaties en allocatie van financieel risico, zodat ruimte blijft voor heronderhandeling tijdens de looptijd. Ten tweede fungeert het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord tussen VWS en de zorgaanbieders en -verzekeraars daadwerkelijk als richtlijn voor de contracten. De kernafpraak daarin — dat de reële zorguitgaven met maximaal 2,5% per jaar mogen groeien — keert echter letterlijk terug in de contracten, zonder dat rekening is gehouden met verschillen tussen ziekenhuizen, hoewel dat vanuit welvaartsoogpunt beter geweest zou zijn geweest. Ten derde wijzen de vele aanneemsommen en plafondafspraken in de contracten er weliswaar op dat zorgaanbieders financiële risico's op zich nemen, maar blijft de werkelijke verdeling van winsten en verliezen onduidelijk vanwege de genoemde ruimte voor heronderhandeling. Ten vierde blijkt prestatiebeloning, bedoeld om ziekenhuizen extra te belonen als zij meer kwaliteit leveren, weinig te worden toegepast. Voor zover selectief wordt gecontracteerd op kwaliteit blijken de opgenomen kwaliteitseisen bovendien beperkt tot de standaardkwaliteitseisen. Hieruit blijkt dat zorgverzekeraars blijkbaar nog weinig kwaliteitsinformatie hebben of hier in ieder geval niet serieus op contracteren.

Waar de meeste artikelen in het themanummer, vanuit hun gekozen perspectief, maatregelen aandragen om kosten te besparen in de zorg, wijzen *Hans Maarse en Dirk Ruwaard* aan het einde van dit themanummer op een belangrijke randvoorwaarde voor elke besproken maatregel. Het verbeteren van doelmatigheid in de zorg betekent iets anders dan het bestrijden van verspilling. Helaas, want zolang er nog verspilling is, kan worden bespaard zonder ook maar enig verlies van medische effectiviteit. Het ‘Meldpunt verspilling in de zorg’, dat de minister onlangs in het leven riep, bevestigt dit beeld en geeft volgens Maarse en Ruwaard valse hoop. Zij betogen dat het verbeteren van doelmatigheid een pijnlijke politieke strijd zal opleveren, waarbij belangen en macht kunnen gaan bepalen wat ‘doelmatig’ is en wat niet. Hierbij moeten bovendien diep ingesleten patronen worden doorbroken. Zelfs screeningsmethoden die aantoonbaar zinloos zijn, blijken in de politieke praktijk onaantastbaar. En welke politicus durft alvast de stekker te trekken uit behandelingen waarvan de effectiviteit nog onduidelijk is, of sterk lijkt te variëren onder patiënten? Hier lijken we allemaal onderworpen aan de *rule of rescue* (Jonson 1986), die stelt dat ons geweten ons dwingt onmiddellijk en onvoorwaardelijk te hulp te komen als wij merken dat iemand in direct levensgevaar is. Economische argumenten voor besparingen in de zorg zullen zeer effectief moeten zijn om deze intrinsieke motivatie tot het bieden van medische hulp te overwinnen.

Kortom, een gevarieerd themanummer van TPEdigitaal, waarin de zestien auteurs vanuit verschillende perspectieven bijdragen aan oplossingen voor het door de samenleving als urgent ervaren probleem van de stijgende zorgkosten.

Auteur

Aenneli Houkes-Hommes (e-mail: Aenneli@PolicyProductions.nl) is werkzaam als economisch beleidsonderzoeker in het sociaal domein bij Policy Productions.

Literatuur

- Ewijk, C. van, P.J. Besseling en A. van der Horst, 2013, *Toekomst voor de Zorg*, Centraal Planbureau, Den Haag.
- Jonson, A.R., 1986. Bentham in a Box: Technology Assessment and Health Care Allocation. *Law, Medicine & Health Care*, vol. 14(3-4): 172-174.