



Marktwerking maakt zorg duurder

Auteur(s):

Kant, A.

*De auteur is Tweede kamerlid voor de SP***Verschenen in:**

ESB, 87e jaargang, nr. 4355, pagina 283, 12 april 2002

Rubriek:

Prikkel

Trefwoord(en):

Het zal u misschien niet verbazen van een SP-ster; ik ben niet voor marktwerking en commercie in de zorg. Daarmee wordt het paard van Troje binnengehaald en komt de kwaliteit en solidariteit onder druk. Het risico op tweedeling is groot. Maar er zijn ook economische argumenten: het is namelijk duurder.

Een onderzoek van de universiteit van Maastricht - nota bene in opdracht van het ministerie van Financiën - waarschuwde onlangs ook voor hogere kosten van de zorg bij marktwerking¹. Volgens het onderzoek leidt marktwerking tot een extra kostenstijging bij ziekenhuizen, verschillen in toegankelijkheid en problemen met de regionale spreiding van de ziekenhuizen. Het is niet zo moeilijk voor te stellen dat het aantal kleine ziekenhuizen verder vermindert en er regionale monopolies ontstaan. Voor veel mensen is dat ook een verlies aan kwaliteit, omdat het ziekenhuis verder weg komt te liggen.

En kijk bijvoorbeeld naar de verzekeringen. De zogenaamde beheerskosten van particuliere verzekeringen liggen met elf procent bijna drie keer zo hoog als bij de ziekenfondsen en de awbz (vier procent). Dat komt omdat particuliere verzekeringen het veel meer papierwerk kostende restitutiestelsel moeten gebruiken. Daarbij betaalt de patiënt en krijgt hij later zijn geld weer terug via een declaratie. Dat moet op die manier omdat de individuele vergoedingen verschillen door de verschillende verzekeringsproducten. Keuzevrijheid leidt dus toch tot hogere kosten. Het natursysteem van de ziekenfondsen is veel minder bureaucratisch. Daarbij ontvangt de patiënt zorg in natura en krijgt de zorgaanbieder via collectieve contracten geld terug van de verzekeraar. Concurrerende verzekeraars zijn overigens ook veel geld kwijt aan reclame die uiteindelijk door de klant wordt betaald.

In de VS, waar de marktwerking het meest ver is doorgevoerd, wordt veertien procent van het bbp uitgegeven aan de gezondheidszorg tegen 8,9 procent hier. Een belangrijke oorzaak daarvan is de gigantische bureaucratie, naast de vaak extravagante wensen van veel patiënten, niet zelden aangemoedigd door de betrokken commerciële specialisten.

Ondanks deze hoge kosten is zestien procent van de bevolking onverzekerd (ruim 43 miljoen mensen in 1998) en pakken de ziekte- en sterftecijfers ongunstiger uit dan in West-Europa². Uit onderzoek is ook gebleken dat commerciële ziekenhuizen in de vs gemiddeld tien procent hogere tarieven hebben dan die zonder winst oogmerk³. De strategie van deze ziekenhuizen richt zich op het behalen van extra inkomsten in plaats van kostenbesparingen.

In een sector als zorg, iets waar je vaak op aangewezen bent, werken concurrentie en de markt niet. Juist voor de patiënt, maar ook voor een efficiënt verloop, is het van groot belang dat er heel goed samengewerkt wordt. Concurrentie is daaraan tegengesteld. Uitwisseling van kennis is dan 'bedrijfsgeheim' en het gezamenlijk inkopen van medicijnen kartelvorming. Nu al zegt de NMa dat artsen niet meer collectief contracten met verzekeraars mogen afsluiten, wat veel extra bureaucratie met zich mee zal brengen. En omdat bij winst oogmerk en concurrentie de kwaliteit van de zorg onder druk komt te staan - de goedkoopste zorg is niet hetzelfde als de beste zorg - zullen de Inspectie en het toezicht enorm moeten worden uitgebreid. Ook dat kost geld. De verleiding zal groot zijn om mensen met te weinig opleiding in te zetten, te bezuinigen op scholing, en in het algemeen de 'menselijke factor' weg te rationaliseren. De stopwatchzorg in de thuiszorg is wat dat betreft ons voorland. Het idiote idee dat zorg een product is waarbij je het beste kiest. Moet niet gewoon alle zorg goed zijn?

Alleen al om de risico's en gevaren begrijp ik die roep om winst oogmerk en marktwerking in de zorg niet. Maar er zijn dus ook genoeg economische argumenten. Waar blijven 'Economisten tegen marktwerking in de gezondheidszorg'?

De afgelopen jaren zijn, ondanks de extra miljarden extra die naar de gezondheidszorg zijn gegaan, de wachtlijsten gegroeid. Dus lijkt de conclusie simpel dat 'meer geld' niet de oplossing is. Die redenering gaat voorbij aan het feit dat onder Paars, ondanks de vergrijzing en verbeterde technologie, de uitgaven aan de zorg daalden van 9,6 procent van het bbp in 1995 tot 8,9 nu⁴. De 'productie' in de zorg is wel degelijk gestegen maar het was te weinig om te voorkomen dat de wachtlijsten verder opliepen door de veel harder groeiende vraag. Natuurlijk is het altijd mogelijk om nog doelmatiger te werken, maar daarmee kom je er niet. Goede zorg en genoeg zorg kost wat. De SP trekt daar in haar programma 7,8 miljard euro extra voor uit. Zelfs dan, zo rekende Bomhoff in het NRC voor, zal de Nederlandse gezondheidszorg nog goedkoper zijn dan de veel betere Duitse of Zwitserse. Er kan dus zeker wat gebeuren aan de bureaucratie door de invoering van één solidaire basisverzekering⁵, maar uiteindelijk zal er toch vooral veel geld bij moeten.

- 1 H. Maarse, *Marktwerking in de ziekenhuiszorg, een analyse van de mogelijkheden en effecten*, Universiteit Maastricht, 26 maart 2002.
- 2 G. Schrijvers, De zorg mag best wat kosten, *Vrij Nederland*, 20 januari 2001.
- 3 Raad voor Volksgezondheid & Zorg, *Winst en gezondheidszorg*, 2002.
- 4 CPB, *CEP 2002*, Den Haag.
- 5 Zie ook M. Camps, B. Geurts en S. Kaatee, [De zorgverzekeringscombi](#), *ESB*, 3 november 2000, blz. 872-875.