

# Kleuren

**T**oen ik voor het schrijven van deze inleiding de artikelen uit deze *ESB* nog eens herlas, moest ik terugdenken aan dat kastje dat ik in mijn studententijd meermaals geverfd heb. Eerst rood. Dat was een echte blikvanger, maar paste niet bij mijn gordijnen. Toen blauw. Dat paste bij mijn gordijnen, maar was geen echte blikvanger meer. Ten slotte besloot ik dat het paars moest worden. Dat leek een redelijk compromis. Het viel op en paste enigszins. Bovendien hoefde ik dan niet meer langs de bouwmarkt, wat me wat geld scheelde.

Na wat mengen ging ik aan de slag. De praktijk met de kwast bleek weerbarstig. Het kastje kreeg een bruine in plaats van een paarse tint. Blijkbaar combineerde het mengsel anders dan gedacht.

Zoiets lijkt er ook aan de hand met ons zorgstelsel. Ontevreden met het publiek georganiseerde ziekenfonds – dat lange wachtlijsten kende, innovatie beperkte, maar wel goedkoop was, het kastje was rood – besloot het kabinet om in 2006 een nieuw zorgstelsel in te voeren waarbij marktwerking tot doelmatigere en innovatievere zorg zou leiden. Het rode kastje werd blauw. Tegen dezelfde lage kosten zouden meer mensen geholpen kunnen worden. En inderdaad, de wachtlijsten verdwenen en er kwam innovatie, maar omdat de overheid de budgetten niet meer in de hand hield, gebeurde dat tegen hoge kosten.

De zorg bleek geen goede markt. Zonder ingrijpen

kwam het niet tot doelmatigere en ook niet tot goedkopere zorg. Om de zorg doelmatiger te maken, is in een marktstelsel veel informatie nodig en die, zo werd besloten, moesten de zorgverleners gaan leveren. Wie per handeling betaald krijgt, moet ieder consult en iedere ingreep verantwoorden. Om de zorg goedkoper te maken is een element uit het vroegere stelsel weer ingevoerd. De overheid vroeg de sector te beloven de kosten in de hand te houden (het hoofdlijnenakkoord) en gaf zichzelf de bevoegdheid geld terug te halen als de sector dat niet deed (het macrobeheersingsinstrument).

Het kastje werd echter niet paars, maar bruin. We kregen namelijk deels wat we wilden: de kostenstijging vlakke na 2012 af en de zorg werd doelmatiger geleverd, en deels niet wat we wilden: de bureaucratie nam fors toe (al die handelingen moesten worden verantwoord), de kwaliteit was en bleef subtop en wachtlijsten lijken hier en daar weer op te duiken. Voor beschrijving van de hier geschetste ontwikkeling, leest u Jasper de Jong en Peter Hoekstra in deze *ESB*.

De vraag is nu: moeten we het huidige stelsel behouden en verbeteren, of voor een andere oplossing moeten kiezen. Moeten we het kastje bijpunten of grondig afschuren en opnieuw lakken? Minister Schippers pleit er in deze *ESB* voor om het huidige stelsel te behouden. Zij pleit voor meer informatie en standaardisatie, zodat de markt beter haar werk kan doen en adviseert een volgende minister om de combinatie van hoofdlijnen-

# mengen

akkoord met macrobeheersingsinstrument in te zetten om de zorg binnen budget te houden. Hugo Keuzenkamp pleit in zijn column voor een gedifferentieerde aanpak waarbij op sommige fronten samengewerkt en centraal gecoördineerd mag worden. En Gijs van Loef en Renske Leijten van het Nationale Zorgfonds wijzen op de nadelen van het huidige stelsel en stellen een stelselwijziging naar een meer publiek zorgstelsel voor. De nieuwe kleur hoeft voor hen trouwens niet geheel rood te zijn: zij benadrukken de rol die marktpartijen kunnen vervullen in het innoveren in de zorg.

Een stelselherziening kan de moeite waard zijn, maar gaat gepaard met onzekerheid. Van te voren weet je alleen maar zeker dat het veel werk is en dat het resultaat anders zal zijn dan verwacht. Daarom is meer wetenschappelijk onderzoek nodig, zodat beleidsmakers een afgewogen keuze kunnen maken. Ab Klink, Christiaan Schakel, Sander Visser en Patrick Jeurissen hebben onder de loep genomen hoe de adviseur van de overheid, het Centraal Planbureau, de kosten en baten van hervormingen inschat. En Maarten Batterink, Ron Kemp, Marc Pomp en Jan Reitsma laten zien dat de beloofde kwaliteitsverbeteringen na ziekenhuisfusies in ieder geval niet in de data terug te zien zijn.

De beperkte literatuur die er is over het vergelijken van zorgstelsels leert het volgende (OESO, 2010): qua doelmatigheid zijn de verschillen tussen het gemiddelde publieke en het gemiddelde private stelsel klein,

vergeleken met de verschillen tussen de verschillende publieke stelsels en private stelsels. Wel leveren private stelsels gemiddeld meer zorg en zijn ze dus duurder. Ook kennen ze meer bureaucratie, omdat er meer informatie nodig is.

Een nationaal zorgfonds lijkt dus een goed idee als je de zorg sterker wil rationeren en de bureaucratie terug wil brengen. Dat is een valide politieke keuze. Gelukkig is het woord aan de kiezer in maart. Ik ben benieuwd hoe die het kastje zal willen kleuren.

En voor het geval dat u zich afvraagt wat er met mijn rood-blauw-bruine kastje gebeurd is. Dat is bij een verhuizing bij het grofvuil beland. Einde van de analogie dunkt me.

## LITERATUUR

OESO (2010) Health care systems: getting more value for money. OECD Economic Department Policy Notes, 2.



**JASPER LUKKEZEN**  
Hoofdredacteur  
lukkezen@economie.nl