

GEZONDHEIDSZORG

Zijn de zorguitgaven werkelijk getemd?

Samen met de sociale zekerheid vormt de zorg traditiegetrouw de grootste uitgavenpost van de rijksbegroting. In 2016 is dat niet anders. Wat wel anders is, is dat de zorguitgaven zich beheerst ontwikkelen en minder hard groeien dan in het verleden. Er is zelfs sprake van een *onderschrijding* van het geraamde budget. Dit geeft vertrouwen voor de toekomst, maar – indachtig de algemene waarschuwing van de Troonrede – is er geen aanleiding om rustig achterover te leunen. Want zoals het Ministerie van VWS terecht erkent: “De druk op de uitgaven blijft groot.”

In financiële zin vormt het Budgettair Kader Zorg (BKZ) het hart van de VWS-begroting. Het BKZ fungeert als plafond voor alle zorguitgaven op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz), evenals voor een deel van de begrotingsuitgaven. In 2016 bedragen de bruto BKZ-uitgaven 72,9 miljard euro, en na aftrek van de eigen betalingen van burgers resteren er de netto BKZ-uitgaven ter grootte van 67,8 miljard. Het leeuwendeel hiervan komt voor rekening van de Zvw, te weten 45,8 miljard. Hiervan kan vervolgens weer bijna de helft worden toegerekend aan de medisch-specialistische zorg (21,1 miljard euro), inclusief de honoraria van de vrij gevestigde medisch specialisten. Het spreekt dan ook voor zich dat beheersing van de uitgaven aan medisch-specialistische zorg cruciaal is om de totale zorguitgaven blijvend in de hand te houden. En juist op dit punt is het nog te vroeg om gerust te zijn.

Allereerst spelen de bestuurlijke akkoorden die de minister van VWS met het zorgveld is overeengekomen over een beperkte uitgaven groei momenteel nog een belangrijke rol. Deze vrijwillige afspraken zijn echter eindig, en het valt nog maar te bezien in hoeverre er een structurele omslag teweeg is gebracht. Selectieve inkoop van ‘zinnige en zuinige’ zorg door zorgverzekeraars is, anders dan beoogd, in ieder geval nog maar (zeer) beperkt van de grond gekomen. De in de Eerste Kamer gesneuvelde poging van het kabinet om, via een aanpassing van artikel 13 Zvw, het voor verzekeraars mogelijk te maken ondoelmatige zorg geheel uit te sluiten van vergoeding heeft op dit punt zeker niet geholpen. Het idee om verzekeren een lager eigen risico in rekening te brengen wanneer er gebruik wordt gemaakt van gecontracteerde zorg, zoals eerder aangedragen in de beleidsbrief *Kwaliteit loont*, is inderdaad een logisch alternatief. Of dit sturingsinstrument voldoende effect sorteert, is echter twijfelachtig, bijvoorbeeld omdat het precieze financiële voordeel voor patiënten onzeker zal zijn.

Daarnaast zorgt de voortschrijdende innovatie ervoor dat er telkens nieuwe behandelmogelijkheden ontstaan. Veelal gaat dit

MARCO VARKEVISSER
Universitair hoofddocent aan de Erasmus
Universiteit Rotterdam

gepaard met de ontwikkeling van nieuwe en zeer dure geneesmiddelen. De media berichten dezer dagen veelvuldig over de schrijnende problemen die kunnen ontstaan wanneer patiënten om financiële redenen niet de juiste behandeling krijgen.

Er wordt voor 2016 weliswaar een nieuw

geneesmiddelenbeleid aangekondigd, maar in welke oplossing dit moet resulteren, blijft vooralsnog onduidelijk. Een gemakkelijke uitweg is in ieder geval niet voorhanden. De politiek uiterst gevoelige vraag hoeveel een gewonnen levensjaar in goede gezondheid maximaal mag kosten om de zorg betaalbaar te houden, kan daarom simpelweg niet langer worden genegeerd.

Tot slot hebben de vele fusies van ziekenhuizen en maatschappijen van specialisten ertoe geleid dat op regionaal niveau machtsblokken zijn ontstaan. Prijsstijgingen liggen op de loer. Een strenger mededingingstoezicht is dan ook hard nodig om het ontstaan en misbruik van marktmacht te voorkomen. Alleen zo wordt een betere zorginkoop gericht op meer doelmatigheid mogelijk. Het komende jaar zal moeten blijken of de ambities die op dit vlak door VWS zijn uitgesproken ook worden waargemaakt.

Kortom, de zorguitgaven lijken getemd, maar of dit ook structureel het geval is, valt nog te bezien. Om aan deze onzekerheid het hoofd te bieden heeft de minister van VWS sinds enkele jaren overigens de wettelijke bevoegdheid om het zogeheten macrobeheersinstrument (mbi) in te zetten. In de begroting van 2016 is dit ook terug te vinden: wanneer achteraf blijkt dat de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg het vooraf vastgestelde macroplafond hebben overschreden, dan wordt deze overschrijding door de Nederlandse Zorgautoriteit generiek verrekend over alle individuele aanbieders naar rato van hun aandeel in de totale uitgaven. Hoezeer ook begrijpelijk vanuit het perspectief van de overheidsfinanciën, is dit ten principale een zeer dubieuze handelswijze. Alleen al de dreiging dat het mbi eventueel kan worden ingezet, werkt vanwege de perverse prikkels die ervan uitgaan namelijk marktverstoring. Doelmatige zorgaanbieders lopen het risico te worden gestraft en het lokt anticiperend gedrag uit in de vorm van strategische prijsverhogingen. Het kabinetsvoornemen om het mbi gericht in te zetten op niet-gecontracteerde zorg biedt hier geen soelaas. Zo'n gedifferentieerde toepassing is niet alleen uiterst complex, maar tevens juridisch kwetsbaar en dus praktisch onuitvoerbaar. Het is daarom zonder meer verstandig om, onder andere door het aanpakken van de eerder genoemde knelpunten, onverminderd in te blijven zetten op verbetering van de (selectieve) zorginkoop zodat dit paardenmiddel op de plank kan blijven.