

## Me Judice Economenpanel: zorgen om de zorg van morgen

Onderwerp: [Gezondheidszorg](#)



21 jan 2013 | [Harry van Dalen](#), [Kees Koedijk](#) | 1166 keer bekeken

In de Nederlandse politiek krijgt de betaalbaarheid van de zorg ieder jaar meer gewicht. De vergrijzing gaat onverminderd door en technische vooruitgang in de zorg betekent een winst in mogelijkheden om de kwaliteit van leven te verbeteren, maar het betekent ook meer zorgvraag en vaak tegen een hoge prijs. Het Me Judice Economenpanel is ditmaal gevraagd om hun mening te geven over de financiële houdbaarheid van de zorg. Er bestaat

consensus dat we een toekomst tegemoet gaan met een kleiner basispakket en meer eigen bijdragen, en ook de status van medische specialisten als ondernemer moet eraan geloven. Over de rol van samenwerking van ziekenhuizen bestaat grote verdeeldheid.

### Zinnig en zuinig

De zorg is een sector waar niet over de prijs mag worden gepraat van de dienst die door artsen en verpleegkundigen wordt geleverd. Zorg is heilig. De enigen die daarover mogen beslissen zijn de artsen en artsen, net als andere professionals, hebben zo hun eigen kijk op zaken. Men hoeft maar een blik te werpen op [de eed die artsen afleggen in de aanvaarding van hun beroep](#) om te weten wat het maatschappelijk belang in de ogen van artsen is: "Ik zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen." Gelukkig staat er vlak voor dat zinnetje ook nog de zin: "Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen, en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving." Het doel is duidelijk – beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg – maar zoals economen leren gedurende hun studie, de middelen waarmee dat doel bereikt kan worden zijn schaars en alternatief aanwendbaar. We kunnen veel geld spenderen aan zorg, maar die uitgaven gaan ten koste van de investeringen die we willen plegen in het onderwijs of in de sociale woningbouw. Dit zijn ook sectoren waar de Nederlandse overheid een taak ziet om dit beschikbaar en toegankelijk te houden. Kortom, om een gebalanceerd oordeel uit te spreken over de gezondheidszorg moet je niet alleen oog hebben voor de kwaliteit van de zorg maar ook voor de prijs, voor de prikkels waarmee het beroep wordt uitgeoefend. Minister Schippers zegt het ook met zoveel woorden op haar site: "We worden steeds ouder, we kunnen medisch gezien steeds meer en we willen daar natuurlijk ook gebruik van maken. Maar de kosten van de zorg lopen hierdoor zo enorm op, dat het onbetaalbaar dreigt te worden. Zorg moet daarom zinnig en zuinig zijn. Ik zal me volledig inzetten voor een betaalbare zorg van goede kwaliteit, die oog heeft voor mensen."

### Harde keuzes

Het CPB ([Van der Horst en Ter Rele, 2013](#)) heeft onlangs de knuppel in het hoenderhok gegooid door de prijs van solidariteit in de zorg aan de kaak te stellen. Het vraagstuk is niet nieuw en we kunnen ver in het verleden teruggaan om te zien dat economen zich zorgen baren om al maar stijgende zorgkosten. Wat het nu pregnant maakt is wellicht de crisis waarin alle verworvenheden tegen het licht worden gehouden en ook het zorgstelsel. Onder druk wordt alles vloeibaar, is het oude adagium en dat kan ook in de zorgsector gaan gelden. [Peter Kooreman \(2011\)](#) heeft op deze site aan de orde gesteld dat de hoogte van de kosten van zorg op zich geen probleem vormen. Internationaal gezien zijn de Nederlandse zorgkosten ook niet volgens hem als buitensporig hoog vallen te typeren. De kern van het probleem is het grote percentage van de zorgkosten dat collectief wordt

gefinancierd en verzekerd is. Volgens het CPB wordt momenteel 83 procent van het zorgpakket collectief gefinancierd. En wanneer veel zorg gedekt wordt en eigen bijdragen laag zijn dan ligt het gevaar overmatig gebruik op de loer. De functie van hogere eigen bijdragen kan het kostenbesef van patiënten vergroten, iets wat nu eigenlijk grotendeels buiten beeld blijft voor wie een ziekenhuis binnenwandelt. Om te zien hoe economen denken over het betaalbaar houden van het zorgstelsel is uitdrukkelijk gevraagd om de verschuiving van de toekomstige balans van publiek-privaat in te schatten, maar ook om in lijn met het denken van de minister te zien of het basispakket wel zorg vergoed die werkt en nodig is. De functie van een verzekering is om het risico van grote en onverwachte uitgaven te delen en te spreiden. Voorspelbare en kleinere uitgaven kunnen wat dat betreft ook uit de eigen middelen, hoewel hier enig realisme op zijn plaats is dat financiering uit eigen bron voor lage inkomens aan grenzen gebonden is. Maar de hoofdlijn lijkt duidelijk en vandaar ook de stelling: "Voor de financiële houdbaarheid van het zorgstelsel is de combinatie van een kleiner basispakket en hogere eigen bijdragen van patiënten onontkoombaar."

## Ruimte voor ondernemen?

Een deel van de stijgende zorgkosten zou men aan de vraagkant kunnen zoeken, maar ook de aanbieder van zorg verdient aandacht. De argwaan waarmee artsen, in het bijzonder medisch specialisten, worden bezien is al zeer oud. Dat artsen niet ongevoelig zijn voor prikkels werd aan het begin van de negentiende eeuw met snijdende humor door Bernard Shaw aan de kaak gesteld in zijn *Doctor's Dilemma* (1913): "He who corrects the ingrowing toe-nail receives a few shillings: he who cuts your inside out receives hundreds of guineas, except when he does it to a poor person for practice."

Een van de vragen waar de politiek worstelt is of de prikkels van het ondernemerschap wel noodzakelijk zijn binnen de muren van een ziekenhuis en of de prijs van medische specialisten niet te hoog is? De [commissie Meurs](#) heeft vorig jaar een rapport afgerond waarin werd gesteld dat het inkomen niet exorbitant hoog is, met uitzondering van vrijgevestigde specialisten die wel een hoog inkomen genieten, in vergelijking met omliggende landen en werd ook gesteld dat "de discussie over de hoogte van de inkomens soms meer op beeldvorming is gebaseerd dan op feiten". De conclusie van deze commissie dat de inkomens niet buitensporig zijn komt niet overeen met een analyse op deze pagina's van [Van der Klaauw et al. \(2012\)](#). De boodschap was duidelijk: medisch specialisten hebben hun hoge inkomen vooral te danken aan kunstmatig gecreëerde schaarste, als gevolg van het limiteren van het aantal geneeskundestudenten (numerus fixus). En zoals zij zelf hun eindconclusie formuleerden: "medici hebben hoge monopolierentes als gevolg van de beperkte toegang van individuen tot de medische professie". Veel medisch specialisten benadrukken daarentegen dat voor een efficiënte medische productie een zekere combinatie van loondienst en vrij ondernemerschap juist noodzakelijk is. Het overwegen om specialisten in loondienst te overwegen wordt vooralsnog afgewezen. Of zoals de commissie Meurs dat verwoordt: "Behalve dat een verplichting om in loondienst te gaan werken juridisch niet haalbaar is, is de commissie ook hier van mening dat een dergelijke rigide maatregel onvoldoende recht doet aan de dynamiek van de praktijk van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra en het maatwerk dat op de werkvloer wordt gevraagd." Toch moet er naar een balans gezocht worden, en dat is ook de mening van [Kooreman en Van Witteloostuijn \(2011\)](#): "Een volledig vaste beloning kan leiden tot onderbehandeling en een gebrek aan wil om te innoveren. Een volledig variabele beloning kan leiden tot overbehandeling." Uiteraard kan men dan nog altijd afvragen of dit probleem van beloningsstructuur niet beter opgelost kan worden door de specialist in loondienst te nemen.

Om een deel van deze kwestie onder de loep te nemen en te zien hoe het economenpanel denkt over de status van medisch specialisten is de stelling geponeerd "Het is in het belang van een houdbaar zorgstelsel als alle medisch specialisten in loondienst komen van het ziekenhuis".

## ...en voor samenwerking?

Een ander element dat een rol speelt in de huidige discussie betreft de vraag of concurrentie tussen zorgaanbieders moet worden gestimuleerd of dat het verstandiger is dat bijvoorbeeld ziekenhuizen meer mogelijkheden moeten krijgen om samen te werken of te fuseren. Ziekenhuizen zijn de laatste jaren druk bezig om grootse fusies te construeren waaruit mogelijk schaalvoordelen voort kunnen vloeien. Medische specialismen zijn zo verfijnd geworden dat men wel genoeg operaties moet draaien om hun vak te kunnen blijven uitoefenen. Daarnaast investeren ziekenhuizen in apparatuur die pas bij voldoende benutting rendabel worden. Dit alles is natuurlijk theorie, of het argument van schaalvoordelen echt telt is uiteraard een zaak die de praktijk moet

uitwijzen. En tot slot zijn er nog zorgverzekeraars die omdat zij wettelijk verantwoordelijk zijn voor het aanbod voor zorg en zien vanuit dat perspectief ook graag zwakke ziekenhuizen fuseren met sterke ziekenhuizen. De schaduwzijde van fusies is dat zij tot grote molochs leiden met marktmacht of grootheidswaan met alle economische verspilling van dien.

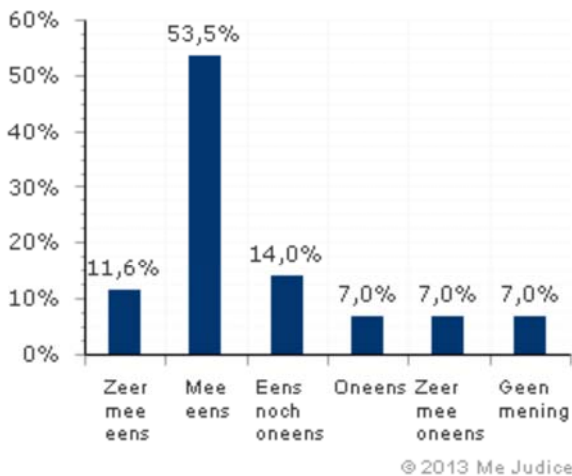
Maar waarom kiezen ziekenhuizen voor fusies en niet voor samenwerking zodat ze toch de nodige autonomie behouden? En volgens *NRC Handelsblad* (Wester, 2013) willen ziekenhuizen liever samenwerken dan fuseren. Samenwerken wordt echter door de NMa strenger en juridisch anders beoordeeld dan fusies, en voor een deel lijkt de fusiegolf onder ziekenhuizen dan ook het resultaat van mededingingwetgeving. Volgens *Varkevisser, Schut en Loozen (2012)* faalt het toezicht van de NMa op ziekenhuisfusies en dat kan de doodsteek betekenen voor de (gereguleerde) concurrentie die binnen het Nederlandse zorgstelsel wordt beoogd. Samenwerking tussen ziekenhuizen zou eenvoudiger en beter geweest. Vandaar dat we de stelling hebben geponeerd: "Samenwerking tussen zorgaanbieders moet bij handhaving van de mededingingswet door de NMa worden ontzien."

## Resultaten

Wat zijn de resultaten? De respons is 74% (van de 58 panelleden), hetgeen een relatief hoog percentage is gezien het feit de economie van de gezondheidszorg voor veel economen geen dagelijkse kost is. De resultaten van de peiling laten zien dat de meerderheid van de economen (65 procent) inzien dat er harde keuzes gemaakt zullen moeten worden om de gezondheidszorg betaalbaar te houden. Een kleiner basispakket en een groter rol voor eigen bijdragen kan op steun rekenen hoewel de commentaren van de panelleden aangeven dat er de nodige kanttekeningen (zie de [panelpagina voor individuele commentaren](#)) vallen te maken bij zo'n algemene stelling.

### Stelling 1

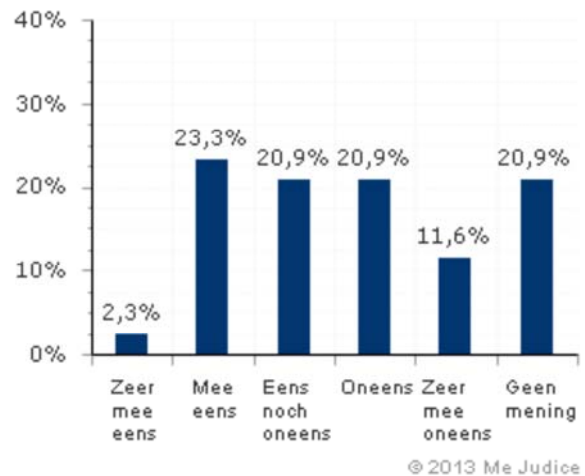
Voor de financiële houdbaarheid van het zorgstelsel is de combinatie van een kleiner basispakket en hogere eigen bijdragen van patiënten onontkoombaar.



Resultaat (ongewogen)

### Stelling 2

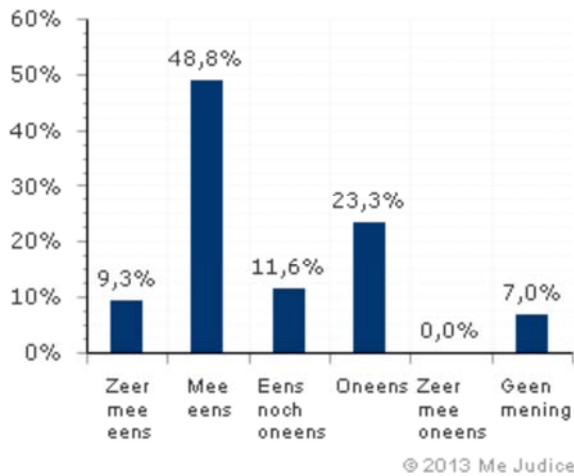
handhaving van de mededingingswet door de NMA worden ontzien.



Resultaat (ongewogen)

### Stelling 3

Het is in het belang van een houdbaar zorgstelsel als alle medisch specialisten in loondienst komen van het ziekenhuis.



Resultaat (ongewogen)

> volledige uitslag Me Judice Economenpanel

De eensgezindheid verdwijnt zodra er over het belang van samenwerking tussen zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen, wordt gesproken. Een op de vijf onthouden zich zelfs van hun stem en van de resterende panelleden is de mening sterk verdeeld. Als naar economen met veel kennis van gezondheidseconomie wordt geluisterd dan is het antwoord op de stelling ook gemengd. Marco Varkevisser stelt in antwoord op de stelling dat samenwerking zou moeten worden ontzien: "Dit zou hoogst onverstandig zijn. Er bestaat namelijk geen enkele empirische evidentie dat prijs- en marktverdelingsafspraken in de zorgsector minder schadelijk zouden zijn dan in andere sectoren." Zijn Rotterdamse collega Erik Schut is eens noch oneens met de stelling en verwoordt zijn onderbouwing als volgt: "De NMa biedt thans al voldoende ruimte voor samenwerking tussen zorgaanbieders (zie NMa-richtsnoeren zorg). Tegen prijs- marktverdelingsafspraken dient de NMa ook in de zorg op te treden omdat die in de zorg net zo schadelijk zijn als elders." Sweder van Wijnbergen is het eens met soepelheid van de NMa ne stelt "samenwerking kan noodzakelijk zijn voor handhaving kwaliteit (bijvoorbeeld allocatie specialismes over verschillende ziekenhuizen)". Voor sommigen biedt de stelling echter niet genoeg houvast of heeft men niet genoeg kennis van de sector om hier een harde uitspraak over te doen, en ook vanuit die hoek zou men de verdeeldheid op deze stelling kunnen interpreteren.

Tot slot is de mening gevraagd naar de vraag of medisch specialisten in loondienst moeten komen (zie stelling 3 in de figuur) en vanuit die hoek blijken economen wel weer redelijk eens te zijn, aangezien 58 procent van de economen het eens is met deze stelling. maar ook hier moet men oog hebben voor de nuance. Barbara Baarsma is bijvoorbeeld het eens nog oneens met deze stelling. "Alle specialisten in loondienst kan op korte termijn tot wachtlijsten leiden", volgens haar. "Op lange termijn kunnen deze nadelen weer verdwijnen, indien meer specialisten worden opgeleid. Met integrale tarieven kunnen productieprikkels vrijgevestigden worden ingedamd." De meesten hebben toch meer voor een specialist in loondienst. Zoals Bas Jacobs het onder woorden brengt: "Maatschappen draaien op publiek gefinancierde infrastructuur (ziekenhuizen) en kennen nauwelijks ondernemersrisico. Dat heeft weinig met ondernemerschap te maken, maar lijkt verdacht veel op werken in loondienst. Dus ook bijbehorende salarissen betalen."

## Referenties

Horst, A. van der, en H. ter Rele, 2013, [De prijs van gelijke zorg](#), CPB Policy Brief 2013-1, Den Haag.

Klaauw, B. van der, N. Ketel, E. Leuven, H. Oosterbeek, ["Medisch specialisten profiteren van kunstmatige schaarste aan artsen"](#), *Me Judice*, 1 oktober 2012.

Kooreman, P., 2011, ["Hoe komen we van Sovjet-planning in de zorg af?"](#), *Me Judice*, 23 december 2011.

Kooreman, P., en A. van Witteloostuijn, 2011, ["Andere houding van zorggebruikers en zorgverleners nodig voor houdbare gezondheidszorg"](#), *Me Judice*, 2 oktober 2011.

Shaw, B., 1913, *The Doctor's Dilemma*, Penguin Books, London.

Varkevisser, M., E. Schut en E. Loozen, 2012, "Falend toezicht op ziekenhuisfusies brengt zorgstelsel in gevaar", *Me Judice*, 3 december 2012.

Wester, J., 2013, Ziekenhuisfusies zonder winnaars, *NRC Handelsblad*, 5 januari 2013.

#### **Te citeren als**

Harry van Dalen, Kees Koedijk, "Me Judice Economenpanel: zorgen om de zorg van morgen", *Me Judice*, 21 januari 2013.

#### **Copyright**

De titel en eerste zinnen van dit artikel mogen zonder toestemming worden overgenomen met de bronvermelding *Me Judice* en, indien online, een link naar het artikel. Volledige overname is slechts beperkt toegestaan. Voor meer informatie, zie onze [copyright richtlijnen](#).

## In de media

---

21 jan 2013    **Specialist moet in loondienst**  
*NRC Handelsblad*

---