

Behoedzaam bezuinigen in de zorg

In april van dit jaar presenteerden twee werkgroepen hun plannen voor forse bezuinigingen in de curatieve en langdurige zorg. Niet alle voorstellen zijn even effectief of wenselijk. Het is dan ook belangrijk behoedzaam te bezuinigen in de zorg om onnodige schade te vermijden.

De situatie in de curatieve zorg wordt getypeerd als *stuck in the middle*. De oude marktordening van vóór 2006 die sterk was geënt op overheidsregulering vervaagt langzaam, terwijl de nieuwe marktordening op basis van gereguleerde concurrentie nog niet volledig is ontplooid. Het budgetteringsinstrumentarium is deels opgeheven, maar een nieuw evenwicht is nog niet gevonden vanwege onvoldoende *countervailing power* aan de vraagzijde en de informatie-asymmetrie tussen partijen op de markt. Hierdoor kunnen de omzet en kosten in de zorg en de inkomens van zorgaanbieders sneller stijgen dan nodig en wenselijk is. De Commissie Curatieve zorg (2010) wijst terecht op de noodzaak van een fundamentele keuze wat betreft de marktordening in de zorg: doorgaan met gereguleerde concurrentie of terugkeren naar overheidsregulering. Het consolideren van de huidige overgangsfase is onverstandig, maar terugkeren naar overheidssturing ook. Weliswaar maakt dit kostenbeheersing eenvoudiger, maar oude problemen zoals ondoelmatigheid en wachtlijsten zouden daarmee terugkeren, wat in tegenspraak is met de doelstelling van de commissie: vergroten van de doelmatigheid. Beter is dan ook om te kiezen voor een verbeterde marktwerking, mede door een terecht bepleit Kwaliteitsinstituut, en bezuinigingsinstrumenten die aansluiten bij gereguleerde concurrentie: eigen bijdragen en een inperking van het basispakket. De commissie zet op beide aspecten in, maar niet altijd op de meest effectieve of minst schadelijke wijze. De Commissie Langdurige zorg (2010) schetst voor wat betreft de sturing vier scenario's: bezuinigingen binnen de huidige institutionele context en drie scenario's waarin de financiële verantwoordelijkheid meer wordt gelegd bij cliënten, verzekeraars of gemeenten. Daarnaast wordt ook hier een beperking van de aanspraken geopperd, alsmede meer eigen bijdragen. Ook in de langdurige zorg zullen bezuinigingen van een omvang van circa vier miljard euro niet zonder gevolgen blijven. De aard en omvang van de schade door bezuinigingen is waarschijnlijk moeilijker te duiden dan in de curatieve zorg, mede vanwege een gebrek aan goede instrumenten om de uitkomsten van AWBZ-zorg goed te meten, waardoor

het risico bestaat dat niet de minst schadelijke opties worden gekozen.

Het beperken van de negatieve gevolgen van bezuinigingen is namelijk van groot belang. Overigens zouden die in de zorg wel eens groter kunnen zijn dan op andere beleidsterreinen, zoals defensie, wat zou nopen tot een meer gedifferentieerde taakstelling dan de huidige, generieke twintig procent. Behoedzaam opereren in de zorg is dan ook essentieel om onverantwoorde schade te vermijden.

Fundamentele keuzen

Zowel in de curatieve als in de langdurige zorg dienen fundamentele keuzen te worden gemaakt ten aanzien van de marktordening. Voor de curatieve zorg dient de ook op lange termijn te prefereren keuze voor gereguleerde concurrentie samen te gaan met concrete stappen waardoor het eindmodel snel kan worden bereikt. Aan de voorwaarden voor een adequate marktwerking dient zo snel mogelijk te worden voldaan. Immers, dat de stelselwijziging niet heeft geleid tot algehele besparingen komt mede doordat deze in veel opzichten nog gaande is en dat besparingen pas op langere termijn te verwachten zijn. De concurrentie op de verzekeringsmarkt is wel sterk toegenomen, maar dit vertaalt zich nog onvoldoende op de zorgmarkt, waar uiteindelijk de besparingen behaald moeten worden. Bijvoorbeeld, specialisatie van ziekenhuizen wordt nog onvoldoende gerealiseerd, terwijl dit forse besparingen zou kunnen opleveren zonder dat de kwaliteit van zorg eronder hoeft te leiden (BCG, 2010).

Voor de langdurige zorg zijn fundamentele keuzen ook nodig. Niet alle scenario's van de commissie lijken even realistisch of wenselijk. Zo is het twijfelachtig of het model van gereguleerde concurrentie met een cruciale rol voor verzekeraars daar toepasbaar is. Verzekeraars voldoende risicodragend maken, kwaliteitsverlies voorkomen wanneer verzekeren weinig weerbaar zijn en risicoselectie tegen gaan zijn dan belangrijke uitdagingen. Een mengvorm van scenario's voor verschillende zorgvormen, zoals bepleit door de Sociaal-Economische Raad (2008), is verstandiger. Op genezing gerichte delen van de AWBZ zouden naar de Zorgverzekeringswet kunnen worden overgeheveld en een aantal andere zorgvormen naar de gemeenten, via de Wet maatschappelijke ondersteuning. Ook de SER bepleitte een heldere afbakening en aanscherping van de zorgaanspraken. De gevolgen van de voorgestelde maatregelen, bijvoorbeeld ook voor vaak al sterk belaste mantelzorgers, dienen beter in beeld te

FRANS F.H. RUTTEN
Hoogleraar gezondheids-
economie aan de Erasmus
Universiteit Rotterdam

WERNER B.F. BROUWER
Hoogleraar gezondheids-
economie aan de Erasmus
Universiteit Rotterdam

worden gebracht. Ook in de langdurige zorg zullen bezuinigingen namelijk niet zonder gevolgen blijven, waardoor behoedzaamheid nodig blijft.

Eigen bijdragen

Een belangrijke mogelijkheid voor bezuiniging in de curatieve zorg is het stimuleren van prudentie bij consumenten in hun zorgvraag. In het Amerikaanse Rand Health Insurance experiment leidden zelfs aanzienlijke eigen bijdragen niet tot belangrijke nadelige effecten op gezondheid maar wel tot significant lagere zorgconsumptie (Newhouse *et al.*, 1993). Ook in andere Europese landen met soms aanzienlijke eigen bijdragen lijken de hier soms gevreesde schadelijke gevolgen niet op te treden. De heroverwegingscommissie stelt een eigen risico voor van 775 euro voor volwassenen, waarbij huisartsbezoeken, verloskunde en kraamzorg zijn uitgezonderd. Wel wordt een eigen bijdrage van vijf euro per huisartsbezoek voorgesteld. Echter, het creëren van twee afzonderlijke systemen verhoogt de transactiekosten en kan strategisch gedrag induceren, waarbij mensen hun eigen bijdrage, maar niet de zorgkosten, proberen te minimaliseren. Interessanter is het recente voorstel van Van de Ven *et al.* (2010) om een uniform, maar verschoven eigen risico te introduceren, dat ook de huisartszorg omvat. Nu weten veel mensen al aan het begin van het jaar dat zij hun eigen bijdrage hoe dan ook kwijt zullen zijn, waardoor de stimulans tot prudentie wegvalt. Door het startpunt van het eigen risico afhankelijk te maken van de verwachte zorguitgaven, bijvoorbeeld leeftijdsafhankelijk bepaald, verandert dit en wordt het systeem in dat opzicht eerlijker. Het eigen risico van een zestigjarige begint dan bijvoorbeeld bij zeshonderd euro en dat van een tachtigjarige bij achttienhonderd euro. Zo wordt iedereen gestimuleerd tot kostenbewustzijn en kan iedereen baat hebben bij een verhoogd eigen risico. De complexe compensatieregeling voor chronisch zieken kan hiermee in principe ook vervallen. Naar verwachting is de eigen bijdrage immers voor iedereen gelijk. Een dergelijk plan kan forse besparingen opleveren zonder dat het de gezondheid hoeft te schaden.

Meer transparantie en informatie

Een van de belangrijkste problemen in de curatieve en langdurige zorg is dat aanspraken onvoldoende helder zijn, dat het voor partijen niet duidelijk is op welke wijze in die aanspraken moet worden voorzien en dat er nog onvoldoende instrumenten zijn om de zorg te beoordelen op effectiviteit en doelmatigheid. In beide sectoren is verbetering in deze situatie dringend noodzakelijk. Minister Klink had bij zijn aantreden de ambitie om een Kwaliteitsinstituut op te richten dat in die behoefte zou kunnen voorzien, maar kreeg onvoldoende bijval om dit plan te realiseren. Dat is een gemiste kans, omdat een dergelijk instituut bij het afbakenen van de aanspraken en het pakket een centrale rol kan spelen. In verschillende landen zijn inmiddels wel dergelijke instituten opgericht, met het Engelse National Institute for Health and Clinical Excellence waarschijnlijk als bekendste voorbeeld. Zo'n instituut kan de regie voeren bij de ontwikkeling van praktijkrichtlijnen, die sturend zijn voor de aanspraken vanuit het basispakket en voor gepaste zorg, ofwel zorg die noodzakelijk, effectief en doelmatig is voor de gebruiker ervan (Brouwer en Rutten, 2006). Een goede implementatie kan mede worden afgedwongen door verzekeraars en toezichtorganen. Het pleidooi van de werkgroep voor een nationaal instituut waarin het grote aantal partijen dat zich bezighoudt met pakketbeheer, richtlijnen, en uitkomstenonderzoek aangaande effectiviteit, veiligheid en doelmatigheid, zou moeten opgaan, is dan ook zeer terecht.

Doelmatiger aanbod van zorg

Cruciaal voordeel van een dergelijk instituut is dat het kan ondersteunen bij bezuinigen door het pakket gericht af te bakenen, zodat de doelmatigheid kan worden vergroot. Momenteel worden veelal generieke voorstellen gedaan om bepaalde zorgvormen uit het pakket te verwijderen, zoals interventies voor aandoeningen met een lichte ziektelast. Op zichzelf geen verkeerde gedachte, maar interventies zijn zelden uitsluitend gericht op ziekten met een lichte ziektelast en ziektelast varieert vaak sterk tussen patiëntgroepen. De werkgroep noemt als voorbeeld cholesterolverlagers, maar die vormen bij goede indicatiestelling

juist een zeer kosteneffectieve vorm van preventie. Het verwijderen uit het pakket leidt daardoor bij veel gebruikers tot gezondheidsschade. Ook kan ongewenste substitutie optreden, zoals uitwijken naar duurdere wel verzekerde zorgvormen. De hiervoor ingeboekte besparingen van 2,3 miljard euro lijken dan ook *wishful thinking*, terwijl de mogelijke gezondheidsschade groot kan zijn.

Strengere praktijkrichtlijnen waardoor de juiste gebruikersgroep wel wordt bereikt, maar ongepast, dus ondoelmatig, gebruik wordt tegengegaan, zijn beter. Scherp indiceren levert namelijk meer op en is minder risicovol dan het generiek schrappen van voorzieningen.

Voor een doelmatiger proces van zorgverlening en voldoende toestroom van nieuw kapitaal lijkt het toestaan van winstoogmerk in de zorg als volgende stap naar een volledige markt aan de orde. Het wegnemen van de ban daarop helpt om bedrijfseconomische kennis versneld in de zorg toe te passen, maakt toetreding door buitenlandse investeerders met veel nuttige ervaring in de zorg makkelijker en stimuleert zo bestaande instellingen om zorgprocessen te verbeteren, bijvoorbeeld door wenselijke specialisatie.

Conclusie

De bezuinigingsvoorstellen van de commissies omvatten vooral meer eigen bijdragen en het schrappen van aanspraken, maar niet altijd op de meest effectieve, eerlijke of minst schadelijke wijze. Behoedzaamheid bij bezuinigingsoperaties in de zorg is geboden om effectief te zijn en onnodige schade te vermijden. Een effectieve en eerlijke eigen bijdrage en het borgen van gepast zorggebruik in de praktijk is cruciaal. Voor dat laatste en een betere werking van de zorgmarkt is een Kwaliteitsinstituut een noodzakelijke voorwaarde.

LITERATUUR

BCG (2010) *4,5 jaar marktwerking in de zorg*. Amsterdam: Boston Consulting Group.

Brouwer, W.B.F. en F.F.H. Rutten (2006) *Afbakening van het basispakket*. In: RVZ, *Zicht op zinnige en duurzame zorg*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. 35–88.

Commissie Curatieve zorg (2010) *Curatieve zorg. Rapport brede heroverwegingen*, 11.

Commissie Langdurige zorg (2010) *Langdurige zorg. Rapport brede heroverwegingen*, 12.

Newhouse, J.P. and the Insurance Experiment Group (1993) *Free for all? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

SER (2008). *Langdurige zorg verzekerd: over de toekomst van de AWBZ. SER advies*, 2008(03).

Ven, W. van de, R. van Kleef en E. Schut (2010) *Slim en solidair eigen risico*. NRC Handelsblad, 13 februari.