



## Betere zorg voor minder geld

**B**ij de behandeling van de begroting van VWS formuleerde minister Schippers een heldere doelstelling voor haar beleid: “In deze kabinetsperiode heb ik daarom één groot doel: de premiebetalers moet meer zorg voor zijn geld krijgen. Betere zorg die minder kost per behandeling” (VWS, 2010). Hoe krijg je meer kwaliteit voor minder geld? In haar toelichting werkte de minister een groot aantal instrumenten uit het regeerakkoord nader uit. Het centrale element waar dit kabinet op inzet, is individuele keuzevrijheid. Interessant is de ambivalente houding ten opzichte van de zorgverzekeraars, die hoge kwaliteit tegen een scherpe prijs moeten inkopen, maar die niet met zorgaanbieders mogen fuseren, zelfs niet als dit het hogere doel dient. Opvallend is ook de geringe expliciete aandacht voor marktwerking. Die term komt in het regeerakkoord slechts één keer voor. Het hoofdstuk over de zorg stelt: “Het afschaffen van een numerus fixus [voor artsen] is ook een randvoorwaarde voor marktwerking in de zorg” (Regeerakkoord VVD-CDA, 2010). Kan betere marktwerking niet meer bijdragen aan Schippers’ doelstelling?

Een recent artikel over veranderingen in de zorgsector in het Verenigd Koninkrijk (Gaynor *et al.*, 2010) geeft antwoord. Tussen 1991 en 2006 was directe concurrentie tussen ziekenhuizen in Engeland grotendeels uitgesloten. De zorg werd ingekocht door lokale zorgautoriteiten, in een systeem dat vergelijkbaar is met de manier waarop bij ons de zorgkantoren de AWBZ-zorg inkopen. De lokale autoriteiten onderhandelden over prijs en kwaliteit en de patiënt was aangewezen op het gecontracteerde aanbod. Gegeven de budgetbeperking bij de autoriteiten werd aan de prijs veel gewicht toegekend, en de kwaliteit stond onder druk.

Bij de systeemverandering in 2006 kregen patiënten keuzevrijheid. Huisartsen werden verplicht om bij doorverwijzen de patiënt de keuze te bieden uit vijf ziekenhuizen. Tegelijkertijd werd de informatievoorziening aan patiënten verbeterd, zodat zij effectiever uit de voorselectie konden kiezen. Ten slotte werd prijsconcurrentie uitgesloten. Ziekenhuizen werden vanaf dan vergoed op basis van geleverde prestaties tegen gereguleerde prijzen.

Het idee achter deze stelselherziening is eenvoudig. Patiënten in het Verenigd Koninkrijk betalen niet zelf voor zorg. Ze zijn daardoor niet in prijs, maar wel in kwaliteit geïnteresseerd en zullen dus op die basis kiezen. Zolang de gereguleerde prijs hoger is dan de marginale kosten willen ziekenhuizen zo veel mogelijk patiënten bedienen. Met kwaliteit als enige concu-

rentievariabele is kwaliteitsverbetering de enige manier om het marktaandeel te vergroten, de kwaliteit moet dus wel omhoog. De empirische resultaten van Gaynor *et al.* (2010) laten zien dat dit ook gebeurt. In stedelijke gebieden zijn er meer ziekenhuizen dicht bij elkaar en is de keuzevrijheid van de patiënt effectiever. Naarmate de lokale concentratie geringer is, gaat de kwaliteit meer omhoog. Niet alleen de kwaliteit wordt beter, maar ook de verblijfsduur in het ziekenhuis wordt korter. Meer concurrentie verlaagt de kosten per behandeling en spaart levens.

De resultaten rechtvaardigen Schippers’ keuze om de individuele keuzevrijheid centraal te stellen. De recente marktscan Medisch specialistische zorg van de NZa (2011) laat zien dat in Nederland veruit de meeste patiënten keuze hebben uit minstens vijf ziekenhuizen, zodat een beleid als in het Verenigd Koninkrijk juist hier bijzonder effectief kan zijn. Ook andere randvoorwaarden zijn vervuld: ook bij ons komt steeds betere informatie over de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen beschikbaar. Ten slotte past de grotere rol van de huisarts ook prima bij de beleidsvoornemens van het huidige kabinet.

Het Britse systeem werkt zonder verzekeraars en laat dus zien dat zij niet “systeemessentieel” zijn. Ons systeem gaat hier wel van uit, en dat blijft wringen. De NZa-monitor laat zien dat verzekeraars in Nederland een deel van het werk goed doen. In 2010 zijn de prijzen voor verrichtingen waarbij verzekeraars met ziekenhuizen onderhandelen namelijk met drie procent gedaald. Van kwaliteitsverbetering komt echter nog niet veel terecht. De monitor merkt droogjes op dat in 2010 de initiatieven op het gebied van kwaliteitsbeleid door zorgverzekeraars vooralsnog beperkt zijn.

Zorgverzekeraars hebben zowel kostenverlaging als kwaliteitsverhoging als doelstelling. In de markt is vooral sprake van premieconcurrentie, en dat kan ook nauwelijks anders. Het impliceert wel dat verzekeraars zich meer op kostenreductie dan op kwaliteitsverhoging richten, en dat is niet noodzakelijk datgene waar de verzekerde, als patiënt, het meeste baat bij heeft.

### LITERATUUR

Gaynor, M., R. Moreno-Serra en C. Propper (2010) *Death by market power: reform, competition and patient outcomes in the National Health Service*. NBER Working Papers, 16164.

NZa (2011) *Marktscan medisch specialistische zorg: weergave van de markt 2006-2010*. Utrecht: NZa.

VVD-CDA (2010) *Vrijheid en verantwoordelijkheid: regeerakkoord VVD-CDA*. Den Haag: VVD-CDA.

VWS (2010) *Meer waar voor je geld in de gezondheidszorg*. Toespraak minister Schippers, 10 november.