

Column: Zinnig en zuinig zorggebruik

Het is overbekend: de zorgkosten nemen te hard toe. Er zijn verschillende strategieën om die groei af te buigen. Als patiënten een deel van de rekening zelf gaan betalen, zal dit tot een zorgvuldiger, zinniger en minder uitbundig zorggebruik leiden – dat is tenminste een veronderstelling. Het inperken van het basispakket komt min of meer op hetzelfde neer; en wie zich privé wil bijverzekeren, kan dat doen.

Maar werkt dit mechanisme wel echt? Aan de kant van de zorggebruiker is het effect in de regel aantoonbaar gering. De zorgvraag neemt vaak licht af, zodat er vooral sprake is van een kostenverschuiving van premie naar eigen betaling. Deze raakt de lagere inkomens overigens meer dan de hogere. Aan de

aanbodkant verandert er ook niet veel, want de rekening komt alleen ergens anders terecht, namelijk bij de patiënt. Voor zover echter de vraag naar bepaalde lichte vormen van zorg wel (iets) daalt, is het nog geen uitgemaakte zaak of dit ook premiedrukken werkt. Zouden specialisten en ziekenhuizen echt overall minder gaan doen als er sprake is van enige vraaguitval? Ik denk het niet. De ruimte die er is, wordt sluipenderwijs opgevuld met andere activiteiten. Niet eens moedwillig met omzetbehoud als doel – ook dat gebeurt soms, overigens – maar vooral omdat de *evidence* in de zorgverlening betrekkelijk gering is, bijvoorbeeld omdat indicatiegebieden ruim zijn en omdat de diagnostiek veel meer laat zien dan vroeger.

Alleen het heel fors verhogen van de drempels kan werken. Maar zelfs dan is het risico groot dat het zorgaanbod de hiaten (deels) weer invult. De vraaguitval kan dan ondertussen wel degelijk echt pijn gaan doen, zie de maatregelen in de sfeer van de geestelijke gezondheidszorg. Risico is dat met name laagbetaalden de zorg gaan mijden en dat er extra ingewikkelde complicaties ontstaan. Met alle maatschappelijke kosten van dien, in de vorm van



AB KLINK

Hoogleraar aan de Vrije
Universiteit Amsterdam en partner
bij Booz & Company

meer verzuim en minder inzetbaarheid. Wie de aanbodkant gaat budgetteren, loopt ook tegen gedragseffecten aan die de harde bezuiniging weleens onderuit zouden kunnen halen. Op den duur zijn die wachlijsten namelijk onhoudbaar. Per saldo levert budgetteren waarschijnlijk even geld op, maar jaren later vindt de verevening plaats.

Wat kunnen we beter doen? We kunnen de zorgvraag beter ombuigen door de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Dat loont voor de patiënt, maar er zijn ook miljarden mee te winnen. Zo is te denken aan spiegelinformatie voor artsen, keuze-hulpmiddelen voor patiënten, gedeelde besluitvorming, het verbeteren van medicatieveiligheid en therapietrouw, en het opbouwen van netwerken tussen specialisten en de eerste lijn voor chronisch zieken. De potentiële bespa-

ringen zijn enorm. Maar ook hier geldt: als het aanbod de uitval aan zorgvraag weer opvult, blijven de besparingen uit.

Daarom is het nodig om de regie over de verschillende schakels in de zorg te verbeteren. Dat laatste is cruciaal. Zorgverbetering kan en moet tot reductie van capaciteit leiden. Daarbij is een verzekeraar die de kwaliteitsziekenhuizen beloont en de puur op productie en omzet gerichte zorginstellingen afstraft van vitaal belang. Dat is een selectieve zorginkoop die hout snijdt. Zonder dat kunnen we niet.

Het CPB is altijd huiverig om plannen die leunen op gedragseffecten te honoreren bij de doorrekeningen. Maar, zoals aangegeven, staan of vallen ook de andere strategieën met gedragseffecten. Bovendien is de kwaliteitsagenda wel degelijk niet vrijblijvend in te vullen. Dat vraagt ten eerste dappere dokters en ziekenhuizen die kiezen voor kwaliteit in plaats van voor volume. Het vraagt vervolgens om verzekeraars die hen tot voorkeursaanbieder maken, zodat de omzetzames- en heren het nakijken hebben. *Disruptive innovations*, op basis van kwaliteit – daar wacht de zorg op.