



De tevreden patiënt is een consument

Auteur(s):

Adang, E.M.M.

Ministerie van Economische Zaken, directie Algemeen Economische Politiek.

Verschenen in:

ESB, 86e jaargang, nr. 4315, pagina 508, 15 juni 2001

Rubriek:**Trefwoord(en):**

De aanbodsturing in de huidige vormgeving van de awbz is niet alleen onplezierig voor de mondige patiënt, maar ook inefficiënt in het afstemmen van vraag en aanbod. Terecht bepleit het recente MDW-rapport over de AWBZ meer vraagsturing.

De kritiek op de organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg is de laatste jaren toegenomen. Het huidige Nederlandse zorgstelsel staat dan ook ter discussie. Recentelijk is een in dit opzicht relevant rapport verschenen, De ontvoogding van de awbz, dat zich richt op zorg voor de onverzekerbare geneeskundige risico's ¹. In dit artikel staat de AWBZ centraal. Ik vergelijk de huidige aanbodsturing van zorg met vraagsturing vanuit de optiek van de verzekerde. Daarna bezie ik welk vraagsturingsinstrument tot het kleinste welvaartsverlies voor de verzekerde leidt.

In de Nederlandse gezondheidszorg heeft de verzekerde weinig invloed op de zorg die hij krijgt. Deze wordt namelijk door het aanbod gestuurd. Consumentensovereiniteit gaat ervan uit dat individuen op een effectieve manier hun inkomen verdelen tussen huidige en toekomstige consumptie. Bij aanbodsturing is hiervan volstrekt geen sprake. Het eerdergenoemde rapport richt zich in zijn aanbevelingen sterk op de rol van de verzekerde als consument. Om deze rol waar te maken, moeten verzekerden de mogelijkheid krijgen zelf zorg in te kopen.

Het rapport onderscheidt drie instrumenten die de rol van de verzekerde in de gezondheidszorg belangrijker kunnen maken. Het eerste instrument is uitkering in geld. De verzekerde kan zelf kiezen waar hij het geld aan uitgeeft en wie hij voor de levering van zorg of hulp inschakelt. De verzekerde kan het geld ook aan geheel andere zaken dan aan AWBZ-zorg besteden. Bij een persoonsgebonden budget, het tweede instrument, beschikt de verzekerde over een budget in de vorm van een waardebon ('voucher') of trekkingsrecht. De verzekerde kan dit recht verzilveren bij een aanbieder van zorg dan wel hulp. Het budget moet wel besteed worden aan geïndiceerde zorg of hulp. Na vaststelling van de indicatie kan de verzekerde kiezen tussen zorg in natura via het zorgkantoor of het zelf inkopen van zorg. Het zorgkantoor heeft als belangrijkste doel het inkopen van zorg in overleg met de verzekerde. Het derde instrument is het persoonsvolgend budget. Voor de verzekerde wordt een individueel budget vastgesteld. Het zorgkantoor koopt zorg voor de verzekerde in en betaalt de aanbieder uit het voor de verzekerde gereserveerde budget. Toepassing van persoonsvolgende budgetten zit vanuit het perspectief van de verzekerde dicht tegen de huidige aanbodsturing aan.

Aanbodsturing en de verzekerde

Verzekeren betekent dat je een optie voor potentiële toekomstige zorg koopt. Deze optie geeft je het recht om ergens in de toekomst zorg te claimen. Het moment van uitoefenen van de optie ontstaat als er voor de verzekerde aanleiding is om zich als patiënt te gedragen. De hoeveelheid zorg die de behoefte dekt wordt bepaald door degene die indiceert. Voor de meeste sectoren van de AWBZ zijn dit de regionale indicatie-organen (rio's). Voor sommige sectoren, bijvoorbeeld de geestelijke gezondheidszorg, kunnen dit ook huisartsen of Riagg's zijn. Problemen doen zich voor indien de consument de optie uitoefent, geïndiceerd wordt, maar de daarbij behorende zorg 'tijdelijk' niet kan krijgen. Op zo'n moment staat de patiënt op een wachtlijst. De behoeften van de patiënt worden gedwongen uitgesteld. De verzekeraar blijft in gebreke omdat de optie tijdelijk ongedekt blijkt te zijn en dus niet of slechts gedeeltelijk uitgeoefend kan worden. Voor de patiënt treedt door het niet beschikbaar zijn van zorg een welvaartsverlies op. Hij wordt gedwongen consumptie van zorg uit te stellen. Het individuele welvaartsverlies wordt bepaald door het bedrag dat de patiënt minimaal nodig acht hem voor de zorgloze of 'second best' zorg periode te compenseren. Deze ex post-benadering krijgt een ex ante karakter als de verzekeraar de wachttijd voor bepaalde zorg verdisconteert in de premie. De verzekeraar biedt dan zorg binnen een bepaalde, gegarandeerde termijn. De Zweedse regering garandeerde bijvoorbeeld voor een aantal specifieke ziekten een termijn van drie maanden ². Doordat het aanzienlijke aantal van dertig procent van de patiënten niet binnen de gegarandeerde wachttijd geholpen kon worden, werd de garantie in 1997 opgeheven.

Een andere methode waaraan men zou kunnen denken, is opwaardering van de zorgpolis. Men sluit een extra verzekering af die zorg garandeert binnen een bepaalde kortere wachttijd-periode. In Zweden is een experiment met een extra verzekering uitgevoerd, waaruit naar voren kwam dat de bereidheid zich bij te verzekeren niet collectief was ³. Vanwege het niet-collectieve karakter wordt zo'n alternatief voor diegenen die zich willen bijverzekeren erg prijzig en hiermee relatief onaantrekkelijk. Verzekeraars beschouwen deze groep immers als slechte risico's.

Vraagsturing en de verzekerde

Het vraaggestuurde zorgmodel biedt wellicht meer mogelijkheden. In dit model doorloopt de consument hetzelfde proces als bij het

aanbod gestuurde model met dit verschil dat aan de indicatie geen zorg in natura maar een budget op maat wordt geleverd. Bij het komende betoog gaan we uit van een budget uitgekeerd in geld. De voor bepaalde AWBZ-zorg geïndiceerde patiënt wordt dan een soevereine consument. Hij bepaalt zelf, gegeven zijn budget, welke zorg op welk moment aan zijn behoeften het beste tegemoet komt. Problemen kunnen zich ook bij dit model voordoen. De consument kan bepaalde zorg prefereren die voor hem niet onmiddellijk beschikbaar is. Vervolgens zal de consument een afweging maken om zijn behoeften aan zorg onmiddellijk in te vullen met alternatieve zorg dan wel zijn consumptie uit te stellen voor een bepaalde periode, namelijk de wachttijd voor de meest geprefereerde zorg.

In dit model kan de optie worden uitgeoefend. Er wordt nu een budget uitgekeerd waarover de consument vrij kan beschikken. Het individuele welvaartsverlies zal hij trachten te minimaliseren door zodanig te investeren dat de netto contante waarde van consumptie tijdens de wachttijd plus de consumptie van geprefereerde zorg na de wachttijd groter dan of gelijk is aan het nu consumeren van de geprefereerde zorg. Deze benadering reduceert wachttijstproblematiek tot een optimale planning van consumptie in de tijd waar de verzekerde zelf zorg voor kan dragen. Wel dient het gunstigere welvaartsverlies ten opzichte van aanbodsturing afgezet te worden tegen hogere individuele transactiekosten.

Naar een soevereine consument?

Welk van de instrumenten voor vraagsturing leidt tot een tevreden consument? Het antwoord lijkt eenvoudig: een uitkering in geld. De verzekerde kan vrij beschikken over het budget. Dit biedt de mogelijkheid consumptie optimaal in de tijd te plannen. Het persoonsgebonden budget biedt deze mogelijkheid ook. De mogelijkheden om zichzelf voor het welvaartsverlies te compenseren zijn echter veel beperkter. Er bestaat uitsluitend de mogelijkheid om in zorgalternatieven te investeren. Vooralsnog zijn alternatieve zorgvormen en keuzemogelijkheden beperkt. Dit gegeven verkleint de kans om het welvaartsverlies volledig te compenseren aanzienlijk. Daartegenover staat dat beperking van de alternatieven een gunstig effect heeft op de individuele transactiekosten. Bij aanbodsturing zijn deze individuele transactiekosten nagenoeg nul.

Amerikaanse onderzoeken tonen dat de zorg in natura via Medicaid lager gewaardeerd wordt dan gelijkwaardige contante betalingen⁴. Dit neemt niet weg dat er aan uitkering in geld ook mogelijke nadelen kleven. Zo wordt in het eerdergenoemde MDW-rapport gesteld dat het bij de meer intensieve zorg vormen vaak om aanzienlijke bedragen gaat, waardoor de kans op een onbedoelde aanwending van de middelen door de verzekerde of door derden reëel is. Als het beleid van de overheid erop is gericht het consumeren van zorg te stimuleren en het weglekken van middelen uit de zorgsector tegen te gaan, is uitkering in natura, bijvoorbeeld door middel van zorgvouchers, te prefereren boven uitkering in geld. Onderzoek laat zien dat het verstrekken van voedselbonnen tot zes maal meer uitgaven aan voedsel leidt dan het verstrekken van een gelijkwaardig contant bedrag⁵. Een ander bezwaar tegen uitkering in geld ligt op het terrein van risicovolle investeringen met een daaruit voortvloeiende kans op negatieve rendementen.

Conclusie

De keuze voor het beste instrument voor vraagsturing in de AWBZ vanuit de patiënt bezien zal een afweging zijn tussen enerzijds maximale keuzevrijheid en soevereiniteit en anderzijds het minimaliseren van de individuele transactiekosten, zoals zoekkosten en werkgeversfunctie, en het beschermen van zichzelf tegen acties van henzelf of derden die zijn nut niet optimaliseren. De soevereine consument behoeft geen paternalistische bescherming en neemt enige transactiekosten voor lief. Er zullen echter ook patiënten zijn waarvoor de transactiekosten te zwaar wegen. Om aan de behoeften van zoveel mogelijk patiënten tegemoet te komen, dient vraagsturing zich niet te beperken tot één instrument maar zal de patiënt ook hierin keuzevrijheid moeten hebben. Invoering van vraagsturing in de zorg met als doel de positie van de consument te verbeteren kan alleen slagen indien alle drie vormen van vraagsturing worden aangeboden

1 MDW-werkgroep AWBZ, *De ontvoogding van de awbz*, Advies aan de minister van Economische Zaken, Den Haag, 30 mei 2000.

2 M. Hanning, Maximum waiting-time guarantee-an attempt to reduce waiting lists in Sweden, *Health Policy*, 1996, jrg. 36, blz. 17-35.

3 M. Johannesson, P.O. Johansson en T. Soderqvist, Time spent on waiting lists for medical care: an insurance approach, *Journal of Health Economics*, 1998, jrg. 17, blz. 627-644.

4 M.E. Manser, *Estimates of cash-equivalent values from a flexible demand system for the US*, Bureau of Labor Statistics working paper, nr. 235, 1992, blz. 1-29.