



De zorgsoufflé

Auteur(s):

Reitsma, A.M.

Verschenen in:

ESB, 84e jaargang, nr. 4228, pagina 805, 5 november 1999

Rubriek:

Van de redactie

Trefwoord(en):

De uitgaven aan geneesmiddelen vormen een groeiend en kwaadaardig abces. Dat uit zich in stijgende premies voor ziekenfondszorg en groeiende overschrijding van de budgetten voor gezondheidszorg: voor 2002 wordt een tekort op de begroting voor geneesmiddelen verwacht van 1,7 miljard.

Gelukkig heeft de patiënt hulp ingeroepen en is er een dokter in de zaal: Bert de Vries.

Onder diens leiding onderzocht een commissie wat er allemaal mis is met de uitgaven aan medicijnen. En kwam ze met 'een helder recept': niet langer zal in de toekomst de overheid bepalen welke geneesmiddelen de burger tegen vergoeding mag slikken; de zorgverzekeraars zelf krijgen die verantwoordelijkheid. En om die verantwoordelijkheid inhoud te geven, zo stelt de commissie, mogen de verzekeraars het aantal middelen dat ze vergoeden sterk beperken.

Om te begrijpen waarom voor dit recept gekozen is, is eerst kennis vereist van de huidige vergoedingssystematiek.

Op dit moment komen alle middelen waarvan de werkzaamheid en kosteneffectiviteit zijn bewezen voor vergoeding in aanmerking: dat zijn er zo'n vijftienduizend. Elke verzekerde heeft in principe recht op vergoeding van middelen die in dit standaardpakket zijn opgenomen. Welk van die middelen hij uiteindelijk slikt wordt bepaald in een soort rituele dans tussen farmaceuten, apothekers en artsen.

Het overgrote deel van de middelen is in hoge mate substitueerbaar en verschilt vooral in naam of bijwerkingen. Om te zorgen dat de apotheker, die invulling geeft aan het recept, voor een specifiek merk kiest, bewerkt de farmaceutische industrie hem met kortingen. Ook artsen worden bewerkt, met studiereizen, hardware en andere lokkertjes.

Middelen om de kortingen en bonussen af te romen werken averechts of blijven ongebruikt vanwege de hoge administratiekosten die met zo'n afroming samenhangen. De kortingen komen dus niet bij de verzekeraars terecht en de keus voor een middel ligt buiten hun macht: duur of goedkoop, de verzekeraar betaalt. En de verzekeraar maalt er niet om. Want ziekenfondsuitgaven worden hoofdzakelijk bekostigd uit een nominale rekenpremie (door de overheid vastgesteld op basis van de verwachte zorguitgaven) en een bijdrage van de overheid. En de budgetten voor de overheidsbijdrage hebben een open-einde regeling. Zo wordt het abces pas voelbaar als het te laat is.

Het medicijn van dokter Bert heet, niet verrassend, marktwerking. Want wat de overheid zelf niet kan - het beperken van de uitgaven onder de tucht van de markt - kan de verzekeraar in principe wel.

De verzekeraars kunnen immers op premies concurreren. Wanneer zij nog slechts de plicht hebben voor elke kwaal tenminste één medicijn op te nemen, krijgen fondsen belang bij een keuze voor het medicijn met de beste verhouding tussen werkzaamheid en kosten. Zo kunnen ze de kortingen en bonussen die nu bij apothekers en artsen terechtkomen, zelf binnenhalen. Artsen moeten van de commissie medische gronden aanvoeren om een ander dan het standaardmiddel voor te schrijven¹ en fondsen krijgen de ruimte om apothekers en artsen die niet meewerken niet te contracteren. Ook de klanten moeten eraan geloven: wie een ander middel wil dan het geselecteerde moet zich bijverzekeren of een eigen bijdrage betalen. Eindelijk, juicht de commissie, krijgen vragers de keus.

Het voorstel is goed, in theorie. Het vergroot de doorzichtigheid van de markt. Door de meer directe controle op de prijzen, door de prikkel tot beheersing van het eigen gedrag en door de verminderde solidariteit (ik betaal niet meer voor jouw duurdere middel) kunnen de kosten dalen en betalen verzekerden minder premie.

Maar er loert een gevaar. Want de prikkel tot prijscontrole moet komen uit de mobiliteit van de vragers. En het is de vraag hoe groot die is.

Wie ooit geprobeerd heeft bij meerdere fondsen informatie op te vragen over tarieven en voorwaarden weet dat de informatiekosten bijna prohibitief zijn. Dat worden ze eens te meer wanneer de verzekerde ook op het pakket geneesmiddelen moet gaan letten. Want wie weet er op het moment dat hij in de verzekering stapt welke ziektes hij zal krijgen en of het daarvoor aangeboden middel bij hem werkt? Kan zijn arts de verzekeraar overtuigen dat deze een ander middel vergoedt? En zo niet, moet de verzekerde dan straks gaan bijbetalen zodat hij alsnog hogere kosten heeft dan elders? Het toezicht dat de commissie voorstaat op adequate informatie over de voorwaarden, vormt niet het antwoord op die vragen. Een groot probleem is ook dat verzekerden bij het stijgen van de leeftijd of bij geconstateerde ziekte niet of nauwelijks kunnen overstappen. Daartegen helpt alleen een onvoorwaardelijke acceptatieplicht en daarin voorziet het voorstel (nog) niet.

Bij beperkte mobiliteit resulteert het voorstel op zijn best in hogere winsten voor de fondsen. En op zijn slechtst gebeurt er helemaal niets.

Het is jammer dat de commissie de voorwaarden voor effectieve vraagsturing niet wat beter heeft uitgewerkt. Want nu is het afwachten of de zorgsoufflé van dokter Bert niet alsnog ineen zijgt.

1 Dit kan noodzakelijk zijn omdat niet ieder middel bij elke patiënt even goed werkzaam is.