



Een keizersnede op economische indicatie

Auteur(s):

Dalen, H.P. van

De auteur is verbonden aan het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI) te Den Haag, en aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Verschenen in:

ESB, 81e jaargang, nr. 4077, pagina 853, 16 oktober 1996

Rubriek:

Uit de vakliteratuur

Trefwoord(en):

uit, de, vakliteratuur, gezondheidszorg

"Artsen doen al gauw een keizersnede, want daar moet je voor bijbetalen. Vijftig dollar, voor veel mensen een maandloon. Ik ken een vrouw die op het punt stond te bevallen, maar eerst terug naar huis moest om geld te halen. Pas daarna kreeg ze een keizersnede. Onnodig, want het kind lag goed", aldus fysiotherapeute De Swaan over de gezondheidszorg in Albanië¹. Dit citaat illustreert hoe ongereguleerd kapitalisme de waarden aantast van burgers. Hoe anders gaat het toe in de westerse wereld, hoor ik u denken. Westerse artsen zullen slechts op medische indicatie een keizersnede overwegen.

Is dat zo? De relatie tussen dokter en patiënt is er één waarin men er maar op moet vertrouwen dat de dokter het beste met zijn patiënt voorheeft. Door zijn overdosis aan kennis laten we ons de beslissing van een dokter of een specialist vaak aanleunen. Of medische beslissingen door financiële motieven geïnspireerd worden, en niet altijd door de beste wetenschappelijke inzichten, komen we als onnozele klant niet snel aan de weet. Misprijzende berichten over calculerend gedrag van artsen zullen door medische tuchtcolleges worden afgedaan als een 'broodje aap'-verhaal.

Niettemin hebben de gezondheidszorgeconomen Gruber en Owings zich laten inspireren door een wonderlijk gegeven dat twijfel zaait over de nobele motieven van artsen in de VS: tussen 1970 en 1982 steeg het aantal uitgevoerde keizersnedes in de VS met 240% terwijl het aantal geboortes met 14% daalde². Voor Nederland liggen deze cijfers in dezelfde orde van grootte. De auteurs stelden zichzelf de vraag: wat verklaart de snelle opkomst van de keizersnede? Een ieder zal snel een aantal redenen kunnen opnoemen waarom de keizersnede zo snel heeft kunnen toenemen en voor de econoom is het interessant om te weten of er ook economische motieven in het spel zijn.

Verklaring één luidt als volgt: de introductie van nieuwe technologieën heeft de inzichten van gynaecologen enorm doen toenemen en daarmee het gebruik van de nieuwe technologie. Foetusproblemen kunnen reeds in een vroeg stadium worden ontdekt. Werd bij voorbeeld in 1970 nog 12% van de stuitgeboortes met een keizersnede opgelost, in 1984 bedroeg dat percentage 80%.

Verklaring twee lijkt typisch Amerikaans: iedere arts heeft te maken met de dreiging van een rechtszaak zodra hij een fout maakt. Amerikaanse gynaecologen hebben met een tien keer zo hoge kans op een rechtszaak te maken. Met het zwaard van vrouwe Justitia boven het hoofd lijkt het daarom verstandig voor de risico-averse arts om bevallingen zo veilig mogelijk te laten verlopen en op dit moment biedt de keizersnede die veiligheid.

Verklaring drie heeft te maken met de leeftijd waarop vrouwen hun eerste kind krijgen. De trend is om op steeds latere leeftijd kinderen te krijgen. Er is dan eerder een keizersnede nodig.

Voorts blijken keizersnedes sterk pad-afhankelijk: vrouwen die eenmaal een keizersnede-operatie hebben ondergaan kennen een aanzienlijke grotere kans op een keizersnede bij een tweede of latere bevalling. Voor de onethische arts biedt de keizersnede dus een mooie kans op klantenbinding; een band die de zegeltjes van de lokale supermarkt ver overtreft.

Maar is de arts ook echt onethisch? Als laatste verklaring toetsen de auteurs de hypothese dat gynaecologen zich laten leiden door economische prikkels wanneer zij kiezen voor een keizersnede-operatie. De economische prikkel om voor een keizersnede te kiezen is eenduidig: een keizersnede brengt ongeveer 40% meer inkomsten in het laatje³. Het idee van Gruber en Owings is nu, dat een arts calculerend is als hij meer (onnodige) diensten gaat aanbieden, zodra de vraag naar zijn medische diensten terugvalt. Zo houdt hij zijn inkomen op peil. Voor gynaecologen is zo'n daling in de vraag waarneembaar in de forse daling in geboorte-aantallen.

Gruber en Owings toetsen deze hypothese, door te onderzoeken of het aantal keizersnedes, gecorrigeerd voor de hierboven genoemde factoren, het meest is toegenomen in de staten waar de geboortes ook het meest afnamen. Wat blijkt? De arts laat zich duidelijk door economische motieven inspireren bij zijn snij- en hechtwerk. Wanneer gynaecologen te maken krijgen met een terugvallende vraag naar hun diensten zijn ze niet te beroerd om potentieel gezonde bevallingen te vervangen door de duurdere keizersnede. De keizersnede-elasticiteit die uit het onderzoek rolt bedraagt 0,1: een daling van de geboorte-aantallen met 10% gaat gepaard met een 1% stijging van het aantal keizersnedes. Hoewel het calculerende gedrag van artsen als een robuust resultaat naar voren komt is de verklaringskracht gering: de economische factor verklaart slechts 16% tot 32% van de substitutie van keizersneebevallingen voor gewone bevallingen.

Op het oog zijn de economische effecten dus gering maar het belang van dit soort onderzoek moet men niet onderschatten. Blijkbaar zijn artsen gevoelig voor financiële prikkels, en daar zal een overheid in haar gezondheidszorgbeleid rekening mee moeten houden. Eén methode om het calculerend gedrag van artsen in te dammen is het loskoppelen van de vergoedingen van artsen van de verschillende alternatieve technieken. De ethisch correcte hersenhelft van artsen doet dan de rest

1 P. van Beek, Albanië, het land waar je ziek wordt in een ziekenhuis, *Opzij*, september 1996, blz. 101.

2 J. Gruber en M. Owings, Physician financial incentives and cesarean section delivery, *RAND Journal of Economics*, 1996, blz. 99-123.

3 De verzekeringsvorm van de patiënt, die bepalend is voor de vergoeding van de arts, blijkt eveneens van invloed. De meeste kans op een keizersnede hebben particulier verzekerden, gevolgd door publiek verzekerden en onverzekerden.