



Ethische dilemma's in het nieuwe zorgstelsel

Auteur(s):

Brouwer, W.B.F.

Schut, F.T.

*De auteurs zijn werkzaam bij het Instituut voor Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.***Verschenen in:**

ESB, 86e jaargang, nr. 4314, pagina D7, 14 juni 2001

Rubriek:

Dossier: Zorgvuldig vernieuwen

Trefwoord(en):

zorg

In een vraaggestuurd zorgstelsel kan de overheid nog maar op één manier de collectieve zorguitgaven beheersen: via de omvang en de samenstelling van het basispakket. De verantwoordelijkheid voor de uitgaven wordt dan immers overgeheveld naar de zorgverzekeraars om gereguleerde concurrentie te kunnen bewerkstelligen. De druk op de overheid om het basispakket te beperken zal hierdoor waarschijnlijk toenemen. Het opstellen van operationele, maatschappelijk aanvaardbare criteria om te bepalen wat wel en wat niet in het basispakket komt, wordt daarmee steeds urgenter. Tien jaar geleden heeft de commissie-Dunning een viertal criteria ontwikkeld, maar van een operationalisering daarvan is het nog niet gekomen¹. Wel wordt voor de bepaling van de relatieve wenselijkheid van verschillende medische technologieën steeds meer gebruik gemaakt van economische evaluaties. Economische evaluaties kunnen inzicht geven in de kosten en de effecten van een bepaalde ingreep, vanuit een maatschappelijk perspectief. Dit houdt in dat alle kosten en effecten die waar dan ook in een maatschappij optreden, worden meegenomen, ook kosten buiten de gezondheidszorg zoals productieverliezen en informele zorg². Hoewel economische evaluatiestudies belangrijke informatie kunnen opleveren voor de besluitvorming, blijft de weging van maatschappelijke baten en kosten een politieke aangelegenheid, wegens de onmogelijkheid om een sociale welvaartsfunctie te bepalen.

De overgang van aanbodregulering naar vraagsturing zal leiden tot een verschuiving van rantsoeneringsbeslissingen van macro- naar microniveau, wat belangrijke ethische implicaties kan hebben. Ten eerste zullen verzekeraars bij kostenbeheersing niet zozeer het maatschappelijk perspectief maar het eigen belang als uitgangspunt hanteren. Indien beide belangen niet sporen, kan dit leiden tot maatschappelijk ongewenste effecten. Zo zouden zorgverzekeraars weinig energie kunnen steken in het organiseren van goede zorgverlening voor minder in het oog lopende ziektebeelden, zoals psychogeriatrische aandoeningen.

Zorgverzekeraars zullen meer invloed krijgen op de zorgverlening en zelfs met zorgverleners samen kunnen gaan in verticaal geïntegreerde 'managed care organisaties' (MCO's). Deze organisaties zijn in de Verenigde Staten inmiddels uitgegroeid tot de dominante wijze van verstrekken en verzekeren van gezondheidszorg. Voor zorgverleners kan dit leiden tot belangenconflicten indien de belangen van de patiënt botsen met die van de zorgverzekeraar³. Het gevaar daarbij is dat de verzekeraar teveel op de stoel van de zorgverlener gaat zitten en omgekeerd. Vooral bij onvoldoende informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg bestaat het risico dat de zorgverzekeraar te eenzijdig nadruk legt op kostenbeheersing, teneinde een concurrerende premie te kunnen stellen. De druk van werkgevers op MCO's om via 'managed care' de kosten van zorg te beteugelen heeft in de Verenigde Staten geleid tot een groeiende maatschappelijke ongerustheid. Deze 'managed care backlash' heeft inmiddels geleid tot allerlei regelgeving om de positie van patiënten en zorgverleners te verstevigen. Ook op dit punt blijkt een adequate regulering van marktwerking in de zorgsector onmisbaar. Van cruciaal belang is dat naast informatie over de prijs ook informatie over kwaliteit van zorg publiek toegankelijk wordt. Thans hebben zelfs de zorgverzekeraars maar weinig toegang tot informatie over kwaliteit van zorg. Zo stelde de directeur van Zorgverzekeraars Nederland onlangs dat ziekenhuizen nog steeds gesloten bolwerken zijn en geen buitenstaander inzicht krijgt in hun kwaliteitssystemen⁴. Voorzover verzekeraars meer openheid niet zelf kunnen afdwingen, ligt hier een publieke taak.

Verder kunnen ongelijke machtsposities aan de vraagzijde leiden tot een ongelijke behandeling. Zo zijn op de huidige particuliere verzekeringsmarkt collectief verzekerden voor eenzelfde polis veel goedkoper uit dan individueel verzekerden⁵. Indien in een toekomstig stelsel meer variatie in aanbod wordt toegestaan, zouden deze verschillen in marktmacht niet alleen kunnen leiden tot verschillen in premie maar ook tot verschillen in kwaliteit van zorg. Wederom is het aan de politiek om te bepalen of en in hoeverre premiekortingen en exclusieve zorgarrangementen voor collectiviteiten worden toegestaan.

Een nieuw zorgstelsel stelt de samenleving voor nieuwe ethische vragen. Duidelijk is dat een sterke(re) markt vraagt om een sterke(re) overheid, die de markt bijstuurt in economisch en ethisch verantwoorde richting.

Dossier Zorgvuldig vernieuwen

Voorwoord

E. Borst-Eilers, ten geleide: [Zorgvuldig vernieuwen](#)

Inleiding

P.A. van Lieshout: [Stelselmatig herzien](#)

E.H.J. Bassant, reactie: [Het gaat toch echt om meer markt](#)

Het pakket: wie krijgt welke zorg?

W.B.F. Brouwer en F.T. Schut, kader: [Ethische dilemma's in het nieuwe zorgstelsel](#)

A. Boer: [Wie krijgt welke zorg?](#)

W.A. Roobol, reactie: [De klant centraal](#)

J.F. Bolweg, kader: [Niet kunnen kiezen heeft ook zo zijn voordelen!](#)

De financiering: wie betaalt?

P.P.T. Jeurissen en T.E.D. van der Grinten: [Zorg-for-profit onderzocht](#)

F.T. Schut: [Grote sprong voorwaarts](#)

C.A. de Kam: [Zorgen om het zorgbudget](#)

A.H.J. Kolnaar, reactie: [Een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen](#)

De sturing: wie bepaalt?

R.C.M.H. Douven, E.S. Mot en E.W.M.T. Westerhout: [Gereguleerde concurrentie, te mooi om waar te zijn?](#)

K.G.H. Okma: [Over wortels en stokken](#)

S.J.G. van Wijnbergen, reactie: [Niet sleutelen, maar implementeren](#)

A.W. Kist en H.E. Akyürek-Kievits, kader: [De rol van de nma in de gezondheidszorg](#)

Epiloog

S.G. van der Lecq, epiloog: [Zorgen in de toekomst](#)

¹ Zie voor een eerste aanzet tot een operationalisatie van het noodzakelijkheids criterium: E.A. Stolk, E.S. Goes, E.T. Kok en J.J. van Busschbach, Uitwerking criteria noodzakelijkheid, eigen rekening en verantwoording en lifestyle, in: W.G.M. Toenders, *Breedte genesmiddelenpakket*, CVZ, Amstelveen, 2001.

² W.B.F. Brouwer, *Time and time costs in economic evaluations: taking a societal perspective*, Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1999.

³ J.L. Verheijde, *Responsibility and health care: who cares*, proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen, 1999.

⁴ S. van Delft, Martin Bontje: weg met het budgettair kader, *Zorgvisie*, jaargang 5, 2001, blz. 22-25.

⁵ F.T. Schut, *Collectieve ziektekostenverzekeringen voor werknemers*, Stichting FNV Pers, Amsterdam 2000.