



Geïntegreerde zorgverlening en de kosten van de gezondheidszorg

Auteur(s):

Westerhout, E.W.M.T.
Werzaam bij het Centraal Planbureau en de Universiteit Amsterdam

Verschenen in:

ESB, 83e jaargang, nr. 4143, pagina 215, 13 maart 1998

Rubriek:

Uit de vakliteratuur

Trefwoord(en):

uit, de, vakliteratuur, gezondheidszorg

De kosten van de gezondheidszorg vertonen een stijgende lijn. Velen zien hierin een weerspiegeling van het grote belang dat aan gezondheidszorg wordt toegekend. Niet iedereen echter is even onbezorgd. Een groot deel van de zorguitgaven wordt immers collectief gefinancierd. Kostenstijgingen stuwten belastingen omhoog met mogelijk negatieve gevolgen voor groei en werkgelegenheid.

Enkele jaren geleden maakte Newhouse een studie van de kostenstijging in de Amerikaanse gezondheidszorg in de afgelopen vijftig jaar ¹. Newhouse kwantificeerde de rol van demografische factoren (bevolkingsgroei en vergrijzing), vraagfactoren (inkomensgroei en eigen betalingen) en aanbodfactoren (ziekte van Baumol en het aantal artsen per hoofd van de bevolking). Zijn conclusie was verrassend: deze min of meer traditionele determinanten kunnen de groei in zorguitgaven nog niet voor de helft, en wellicht maar voor een kwart verklaren. Of de desbetreffende variabele liet te weinig variatie in de tijd zien, of de invloed ervan op zorguitgaven was te klein.

Waar komt de kostenstijging in de zorg dan wèl vandaan? Newhouse's antwoord luidt: technologische ontwikkeling. Voortdurende product- en procesvernieuwingen zorgen voor meer, betere en duurder producten. En weinigen willen afzien van een verlenging van de levensduur of de vervanging van zware operaties door minder pijnlijke ingrepen, zeker niet wanneer patiënten, doordat ze verzekerd zijn, met slechts een fractie van de werkelijke prijs worden geconfronteerd.

In 1996 trok Cutler dezelfde conclusie: meer dan de helft van de kostenstijging in de VS in de periode 1940-1990 moet worden toegeschreven aan nieuwe en verbeterde behandelmethoden en de toepassing van bestaande behandelmethoden op meerdere patiëntgroepen ². Ter illustratie beschrijft Cutler de ontwikkeling van de kosten van behandeling van hartaanvallen van ouderen. Tussen 1984 en 1991 stegen deze kosten in reële termen met een kleine vier procent per jaar. Gek genoeg bleef het aantal hartaanvallen op jaarbasis nagenoeg constant en ook de demografische samenstelling van de patiëntengroep gaf geen grote veranderingen te zien. De kostenstijging bleek dan ook geheel te wijten aan het aantal behandelingen per patiënt: terwijl in 1984 vijf procent van de patiënten een bypass ontving en één procent een dotterbehandeling, waren deze percentages in 1991 gestegen tot respectievelijk dertien en twaalf.

Wanneer Newhouse en Cutler gelijk hebben, dan is dat slecht nieuws voor de beheersbaarheid van de zorguitgaven. Beleid wordt immers verondersteld weinig invloed op de technologische vooruitgang te kunnen uitoefenen. Cutler en Sheiner hebben echter onlangs laten zien dat laatstgenoemde conclusie te snel getrokken is ³. Hun studie richt zich op de rol van 'health maintenance organizations' (hmo's), zeg maar geïntegreerde zorgverleningsorganisaties. Dit zijn organisaties die de functie van verzekeraar en zorgaanbieder integreren. Een patiënt die lid is van zo'n organisatie betaalt premie, en ontvangt daarvoor zorgverlening van de zorgaanbieders die bij de organisatie zijn aangesloten. De integratie maakt een sterkere sturing van zorgaanbieders mogelijk (betere interne planning, betere verwijstructuur, intercollegiale toetsing) alsmede een financiering per patiënt in plaats van per verrichting. Sterke concurrentie stimuleert hmo's vervolgens deze mogelijkheden te exploiteren en inefficiënties in de zorgverlening terug te dringen ⁴.

Tot nu toe werd geconcludeerd dat hmo's met name leiden tot een lager kostenniveau. Cutler en Sheiner stellen echter dat deze instellingen ook zorgen voor een tragere groei van de kosten, doordat nieuwe technologieën minder snel verspreid worden. Hun analyse maakt gebruik van het gegeven dat verschillende staten in de VS grote variatie laten zien in het percentage verzekerden dat bij een hmo's staat ingeschreven. Analyse van het verband tussen de groei in reële zorguitgaven en het percentage van de bevolking dat is ingeschreven bij een hmo in de periode 1980-1993 indiceert inderdaad een negatieve bijdrage: staten met veel hmo-verzekerden zagen de kosten van zorg minder snel stijgen. Regressie-analyse wijst uit dat een stijging van het aandeel hmo-verzekerden met 10 procentpunt, de kostengroei met 0,35 procentpunt zou afremmen.

Een punt van kritiek op deze exercitie is dat hmo's met name zijn opgericht in staten met traditioneel hoge kostenniveaus, zoals Californië en Minnesota. Een achterblijvende groei van kosten bij hmo's zou dus net zo goed veroorzaakt kunnen worden doordat staten met een lager kostenniveau hun 'achterstand' inlopen. Maar als de bevindingen ook maar ten dele waar zijn, zijn ze al interessant. Ze impliceren dat de kosten van gezondheidszorg beheersbaar zijn wanneer ruimte wordt geboden aan organisatievormen die de verzekeringsfunctie en aanbiedersfunctie combineren.

2 D.M. Cutler, *Public policy for health care*, National Bureau of Economic Research, working paper 5591, 1996.

3 D.M. Cutler en L. Sheiner, *Managed care and the growth of medical expenditures*, National Bureau of Economic Research, working paper 6140, 1997.

4 F.T. Schut, en W.P.M.M. van de Ven, Health maintenance organizations - een structurele verandering in de Amerikaanse gezondheidszorg, *ESB*, 9 november 1985, blz. 1111-1117.