

# Gezond nieuwjaar

Na de maand van marsepein, chocola, kerststol, kalkoen, oliebollen, appelflappen en bittere kou is het gebruik elkander een gezond nieuwjaar toe te wensen. Dit lijkt me tevens een goed moment enkele bijzondere kenmerken van de gezondheidszorg de revue te laten passeren.

Nederland geeft minstens een kwart minder uit aan gezondheidszorg (9% van het nationale inkomen) dan de Verenigde Staten (ruim 12%). Gezien de uitstekende gezondheid van het merendeel van de Nederlandse bevolking lijken we op macroniveau waar voor ons geld te krijgen. Het is het aannemelijk te veronderstellen dat gezondheidszorg een luxe goed is, zodat naarmate de welvaart stijgt, men een steeds groter percentage van het nationale inkomen aan gezondheidszorg wil besteden. We moeten dus niet te veel klagen over stijgende kosten van de gezondheidszorg, want dit is wat de mensen willen.

De vraag is echter of de gezondheidszorg op de doelmatigste wijze aan het volk wordt aangeboden. Indien we immers de gezondheidszorg op microniveau beschouwen, valt op dat de meeste lieden die in deze bedrijfstak werken bij hoog en bij laag ontkennen dat de gezondheidszorg 'business' is. Men vindt het onesthetisch naar het rendement van medische verrichtingen te kijken. Er wordt bij voorbeeld relatief weinig gekeken naar het aantal jaren, gecorrigeerd voor de kwaliteit van het leven (QALY's), dat een patiënt langer leeft na een medische verrichting en de kosten hiervan. Doelmatigheid vereist dat het aantal QALY's per gulden voor de verschillende medische verrichtingen gelijk is. Er zal bij voorbeeld best wel wat welvaartswinst te behalen zijn door voor hetzelfde budget minder open-hartoperaties te verrichten en meer preventie aan te bieden. Winst maken, marketing, management en concurrentie zijn zaken waar de gezondheidszorg de komende jaren steeds meer mee te maken zal krijgen. De kunst is voorwaarden te scheppen die zo min mogelijk ten koste van solidariteit gaan.

De gezondheidszorg wordt gekenmerkt door 'dommen' en 'wijzen'. De dommen zijn de patiënten die weinig verstand van kwalen en ziekten hebben. De wijzen bestempelen huis-, tuin- en keukenkwaltjes met een Latijns woord waar de dommen niets van begrijpen. Mijn schouderpijnje werd ooit een 'periathritis humeroscapularis' genoemd. Geen wonder dat ik me zorgen maakte. De wijzen zijn in een positie de dommen allerlei kwalen aan te praten, zeker gezien het feit dat de wijzen per behandeling worden betaald en de dommen de rekening zelf niet gepresenteerd krijgen. Patiënten hadden bovendien tot voor kort geen idee wat de behandeling van hun kwaal kost.

De vraag naar gezondheidszorg wordt bepaald door het aanbod. Indien een patiënt van de laatste technische mogelijkheden op de hoogte wordt gesteld dan zal hij of zij alles op alles zetten daarvan te kunnen profiteren. De grootste concentratie van psy-

chiatrische patiënten vindt men in Amsterdam en Velzen. Het is geen toeval dat in Amsterdam en Velzen meer psychiaters werken dan elders in Nederland. In de meeste sectoren van de economie daarentegen is het de consument die beslist wat geproduceerd moet worden: het aanbod sluit dan aan bij een behoefte. De gezondheidszorg is (samen met de landbouw en zijn prijsgaranties tot nu toe) een uitzondering op de manier waarop zaken wordt gedaan in de rest van de economie. Omdat het aanbod de vraag bepaalt, is het niet verrassend dat het aantal specialisten van 2.891 in 1956 tot 12.266 in 1988 gegroeid is, terwijl het aantal huisartsen in die tijd slechts van 4.527 tot 6.388 toenam. Wellicht moeten specialisten niet meer per verrichting maar per ziekte of per uur betaald worden.

De gezondheidszorg wordt geteisterd door onbedoeld gebruik ('moral hazard'). Omdat men toch verzekerd is, laat men de voorkeur wat vaker open staan en bestaat er het gevaar dat men te veel gebruik maakt van de gezondheidszorg. Dit kan men enigszins voorkomen door het invoeren van een eigen risico. De verzekeraars hebben immers niet voldoende informatie om vast te stellen of medici en patiënten eigenlijk gebruik van de gezondheidsvoorzieningen maken. Dit argument geldt met name voor de 'cure' en niet voor de 'care', zodat zorg voor bij voorbeeld verstandelijk gehandicapten niet blootgesteld moet worden aan een eigen risico. De gezondheidszorg kampt ook met het probleem van averechte selectie. Indien alles aan de markt wordt overgelaten, komen de zwakkeren niet meer aan bod. Ze moeten dan een hogere premie betalen of, zoals veel mensen aan de onderkant in de Verenigde Staten, kunnen zich dat niet veroorloven. Het Amerikaanse model kent veel premiedifferentiatie en is vrij hard, terwijl het Rijnlandse model gekenmerkt wordt door meer solidariteit.

Naast deze informatiemonopolies en -problemen is er sprake van gewone kartels in de gezondheidszorg. Ik denk hierbij aan vestigingsvergunningen, gedwongen nering en tering, prijsafspraken, en belangengroepen. Er is een grote kans dat de mensen een oor wordt aangenaaid door monopolistische aanbieders van gezondheidszorg. Men kan immers niet van goede wil uitgaan. Dit is waarom we in Nederland naar een systeem van gereguleerde concurrentie in de gezondheidszorg moeten streven wat goede basisvoorzieningen voor iedereen garandeert. Gezien de toenemende vergrijzing en ontgroeijing, is het des te belangrijker dat snel vorderingen worden gemaakt met het plan-Simons.



F. van der Ploeg