



Niet sleutelen, maar implementeren

Auteur(s):

Wijnbergen, S.J.G., van
Hoogleraar macro-economie, Universiteit van Amsterdam.

Verschenen in:

ESB, 86e jaargang, nr. 4314, pagina D29, 14 juni 2001

Rubriek:

Dossier: Zorgvuldig vernieuwen

Trefwoord(en):

zorg

Zowel Okma als Douven c.s. (hierna DMW) besteden opvallend weinig aandacht aan de praktische problemen die bij de implementatie van hun voorstellen te verwachten zijn.

Okma stelt dat mensen reageren op de prikkels die ze krijgen. Zo zal een arts anders handelen bij een vergoeding per verrichting dan bij een abonnementssysteem. Dit is waar, maar geen nieuws. Haar tweede punt is dat er in Nederland meer maatstafvergelijking moet plaatsvinden, net als dit kennelijk in het buitenland gebeurt. Dergelijke 'benchmarks' zijn inderdaad nuttig als er geen directe concurrentie kan plaatsvinden, zoals in andere netwerksectoren al blijkt.

Het hoofdprobleem is echter het verkrijgen van de informatie die nodig is om maatstafconcurrentie te implementeren. Ziekenhuizen weigeren pertinent verzekeraars ontslagdiagnoses te geven, maar een verzekeraar weet zonder die diagnose niet wat er nu echt mis was met de patiënt. Zo kan geen maatstaf aangelegd worden. Een aanbeveling maatstafconcurrentie te introduceren betekent niets zolang niet tegelijkertijd aangegeven wordt hoe de bijbehorende informatieproblemen opgelost gaan worden. In de Nederlandse omstandigheden zal dat zonder enige twijfel verregaande overheidsinmenging vereisen. Daar wilden we juist vanaf.

DMW lijken te kiezen voor echte concurrentie in plaats van maatstafconcurrentie, iets dat uiteraard de voorkeur verdient mits het kan. Verregaande introductie van marktwerking zal echter ongetwijfeld tot hogere uitgaven aan gezondheidszorg leiden. Mensen willen wel meer uitgeven aan zorg, maar krijgen van de overheid de kans niet. Dan rijst de vraag waarom de overheid juist voor de zorg macro-economische uitgavenplafonds stelt. Het antwoord dat het via het overheidsbudget loopt en daarom nu eenmaal beheerst worden is geen goed antwoord, want waarom loopt het eigenlijk via het overheidsbudget? Ik zie twee redenen om je zorgen te maken over kosten van gezondheidszorg, maar geen van beiden leiden tot macro-economische plafonds als de juiste interventie.

Ten eerste is er het informatieprobleem. Met een medische klacht ga ik liever niet naar de goedkoopste specialist maar naar de beste, maar hoe beoordeel ik dat? Hoe beoordeel ik wat die arts me vertelt? Dit is een markt waar de patiënt wordt geconfronteerd met gigantische informatieproblemen en met adviseurs die evidente belangenconflicten hebben omdat ze tevens behandelaars zijn. Macro-economische kostenplafonds lossen dit probleem niet op. Wel vergroten ze de kans dat de patiënt de zorg niet eens krijgt. De belangrijke tweede vraag is hoe ik de toegankelijkheid van zorg handhaaf. De vraag naar zorg is voor de serieuzere uitgaven praktisch zeker volstrekt ongevoelig voor prijs; een gebroken been ga ik gewoon laten zetten, wat het ook kost. De enige kwalificatie is dat ik misschien domweg het geld niet heb om de handeling uit te laten voeren. En daar lopen we tegen een ethische barrière: om mensen essentiële zorg - waar de grens tussen essentieel en niet-essentieel ook moege liggen - te onthouden omdat ze te arm zijn, past niet in een beschaafde maatschappij. Ook hier leveren macro-economische plafonds geen oplossing. De rijken der aarde vinden hun weg wel, desnoods door particuliere (bejaarden)zorg of zorg uit het buitenland in te kopen. De minder rijk bedeeden komen op wachtlijsten terecht en krijgen in veel gevallen dus lange tijd gewoon geen zorg vanwege hun te lage inkomen: precies wat we wilden vermijden.

Dan zijn er ook nog de praktische problemen van de aanbevelingen van DMW. Hoe moeten we ons bijvoorbeeld de onderhandelingen van individuele verzekeraars met ziekenhuizen, laat staan kleinere zorgaanbieders, voorstellen? Een beetje ziekenhuis heeft met een verzekeraar of dertig te maken. Moeten we dan naar dertig verschillende tarieven voor dezelfde handeling? De daaruit volgende administratieve nachtmerrie wil je maar liever niet uitgelegd krijgen.

Of moet een dominante verzekeraar het voor de rest regelen? Hoe moet het dan met concurrentie? En als er een paar regionaal grotere verzekeraars komen, zoals DMW willen, welk tarief geldt dan voor de patiënten uit een andere regio en dus horend bij een andere verzekeraar dan de twee of drie onderhandelaars? Mogen die het laagste tarief kiezen? En hoe los je het probleem op dat verzekeraars wel met een groep zorgverleners kunnen onderhandelen, maar dat ze hun verzekerden niet kunnen dwingen ook met die groep zorgverleners in zee te gaan?

In de VS is dat laatste probleem opgelost via de figuur van Health Maintenance Organisations (HMO's), die door Okma ten onrechte op een lijn worden gesteld met de Nederlandse particuliere verzekeraars. HMO's hebben onderhandelingsmacht niet alleen wanneer of omdat ze groot zijn, maar ook omdat ze werkelijk patiënten kunnen leveren aan de zorgverleners, in tegenstelling tot de Nederlandse verzekeraars. Als je bij een HMO aangesloten bent, verlies je namelijk keuzevrijheid van zorgverlener, je moet dan de zorg afnemen van de contractpartners van de HMO. Het verlies aan keuzevrijheid is het kritieke verschil met pure verzekeraars zoals we die in Nederland kennen. Recent onderzoek heeft uitgewezen dat de zorg die via de HMO's geleverd wordt van dezelfde kwaliteit is als wat via het reguliere verzekeringsstelsel (dat in de VS naast de HMO's bestaat) verkregen wordt, maar ongeveer veertig procent goedkoper is. De

figuur van de HMO zou dan ook onderwerp in het Nederlandse gezondheidsdebat moeten zijn. Er is veel mis in de Amerikaanse organisatie van de gezondheidszorg, getuige het kwart van de bevolking dat onverzekerd rondloopt, maar de figuur van de HMO is de moeite van bestudering waard. Al met al sleutelen de twee onderliggende stukken aan deelproblemen zonder de kern van de problematiek aan te pakken.

Dit artikel is een reactie op R.C.M.H. Douven, E.S. Mot en E.W.M.T. Westerhout: [Gereguleerde concurrentie, te mooi om waar te zijn?](#) en K.G.H. Okma: [Over wortels en stokken](#), *ESB-Dossier* Zorgvuldig vernieuwen, 14 juni 2001, blz. D23 en D26

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](#)
