

Gepaste zorg

Het heeft even geduurd, maar het besef dat voor zorg betaald moet worden, lijkt deze zomer definitief doorgedrongen. Geholpen door wilde verhalen over hoge tandartstarieven, ineffektieve behandelingen en kieskeurige verzekeraars, is zorg zelfs een hoofdthema voor de komende verkiezingen. “Iedereen heeft recht op de beste zorg” en “zorg wordt zo onderhand onbetaalbaar” zijn veelgehoorde kreten, die meteen ook aangeven dat de ideeën over zorg lijnrecht tegenover elkaar staan. De politicus die dan betere zorg voor minder geld belooft, is spekkoper. Wat heerlijk moet het zijn geweest toen oud-minister Klink deze maand rapporteerde hoe we miljarden kunnen uitsparen door meer kwaliteit. Zou het dan echt?

Klink stelt dat goede zorg goedkopere zorg kan zijn, als overbehandeling wordt vermeden. In het grijze gebied van aandoeningen waarbij we niet (zeker) weten welke behandeling het meest effectief is, laten artsen en patiënten zich gauw verleiden tot de duurder variant, ook al is deze niet per se beter. Klink spreekt van een probleem “omdat goede zorg ook heel vaak bestaat uit het niet behandelen”. Het voorbeeld dat hij aanhaalt is de neuroloog die in overleg met de patiënt besluit om wel of niet een herniaoperatie uit te voeren. Het ziekenhuis en de neuroloog missen inkomsten als de behandeling uitblijft, hoewel dat soms beter is.

Om een evenwichtige afweging tussen wel of niet behandelen te bevorderen, wil Klink dat kostenbesparende ziekenhuizen worden beloond met een winstuitkering. Dit is wel zo eerlijk en bemoedigend. Maar willen kostenbesparingen echt ontstaan, dan moet beloning wel tot minder overbehandeling leiden. De vraag is hoe je gaat belonen dat ziekenhuizen minder behandelen. Hierover is het rapport niet concreet, maar op voorhand zijn er twee opties. De eerste is dat ziekenhuizen niet meer per (goede) verrichting worden betaald maar naar inspanning. De arts heeft ruim de tijd om patiënten te vertellen over voor- en nadelen van behandelingen, en die tijd wordt netjes beloond. Omdat meer tijd beschikbaar is en de prestatiedruk lager ligt, treden minder complicaties op en is er minder nabehandeling nodig. Het grote nadeel is dat we terug bij af zijn, met net als vroeger onderbehandeling en wachtrijen. Dit is een politieke keuze, die sommige partijen ook maken. Maar betere zorg voor minder geld zou het niet zijn.

Interessanter is de tweede optie, om zorgverleners te belo-



GELIJK WERNER

Redacteur ESB

g.werner@sdu.nl

nen voor de uitkomsten voor de patiënt. De arts zal dan niet geïnteresseerd zijn in behandeling, tenzij het meer gezondheidswinst oplevert dan niet behandelen. Lastig is dat informatie nodig is over de gezondheidseffecten van behandelingen. Dit is niet anders dan in de huidige praktijk, en loopt dan ook tegen dezelfde tekortkomingen aan. Zo zijn effecten vaak niet waarneembaar, en soms waren ze ook zonder die behandeling opgetreden. Doordat zorgaanbieders moeilijk zijn af te rekenen op uitkomsten, blijven ze geneigd volumes op te voeren.

Fundamenteel lastiger is dat ook informatie nodig is over de effectiviteit van niet-verrichte behande-

lingen. De grote vraag is hoe je zorg waardeert die niet wordt verleend, laat staan hoe je artsen hiervoor kunt belonen. Op individueel niveau valt doorgaans niet na te gaan of een behandeling beter zou zijn geweest. Aangespoord door financiële belofes zou een goede gezondheid dan kunnen worden toegeschreven aan een ziekenhuisadvies om even rustig aan te doen. In het uiterste geval zou elke gezondheidstoestand van jongs af aan te claimen zijn door welke activiteit of passiviteit in het ziekenhuis dan ook. Het zou een zorgstelsel zijn met werkelijk onbegrensde mogelijkheden, om geld te verdienen wel te verstaan.

Bemoedigend aan het rapport van Klink is dat de geraadpleegde ziekenhuisbestuurders veel mogelijkheid zien om overbehandeling tegen te gaan, zolang ze maar niet voor elke extra behandeling beloond worden. Een voorbeeld van een gepaste oplossing voor overbehandeling is een omzetcontract. Daarbij leggen ziekenhuizen en zorgverzekeraars vast hoeveel zorgkosten een verzekeraar in een jaar maximaal vergoedt aan een ziekenhuis, dat dan de overschrijdingen voor eigen rekening neemt. Het omzetplafond stimuleert ziekenhuizen en artsen om het aantal verrichte behandelingen te beheersen – waar ze naar eigen zeggen toe in staat zijn.

Verdienstelijk aan het rapport van Klink is dat dit, geheel in de sfeer van andere zorgdiscussies deze zomer, kosteneffectiviteit van behandelingen bespreekbaar maakt. Maar voor een economisch houdbare oplossing is het raadzaam om behalve ziekenhuisbestuurders ook economen te raadplegen. In oktober brengt *ESB* een dossier uit over gepaste zorg, waarin zorggeconomen schrijven over manieren om tot noodzakelijke, effectieve en doelmatige zorg te komen. Het zou winst zijn als een minister, in functie, dit dossier gaat lezen.

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.