

Wachten op zorg

De minister van Volksgezondheid vindt dat werknemers bij medische verrichtingen geen voorrang mogen krijgen boven andere patiënten¹. Eerder werden hierover kamervragen gesteld, naar aanleiding van een studie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid waaruit blijkt dat steeds vaker bepaalde patiënten voorrang krijgen om niet-medische redenen². Uit dit rapport blijkt ook, dat deze handelwijze binnen de gezondheidszorg zeer omstreden is. Werkgevers, bedrijfsverenigingen en ziekenhuizen staan er (gematigd) positief tegenover, met als belangrijk argument dat ook sociaal-economische factoren de ernst van een wachttijd bepalen. Werknemers en artsen vrezen dat het hanteren van dit principe leidt tot een tweedeling in de zorg, en zijn van mening dat zorg geen economisch goed is maar een bestaansvoorwaarde, die voor een ieder in gelijke mate bereikbaar moet zijn.

De uitgangspunten achter dit laatste standpunt, solidariteit en gelijkwaardigheid, worden in het rapport "traditioneel" genoemd. Ze passen in een volledig gereguleerde gezondheidszorg, waarbij het aanbod centraal wordt vastgesteld, en de wachttijd die bij een vraagoverschot ontstaat onder meer afhangt van medische urgentie en kans op succes van de behandeling. Deze principes worden alom rechtvaardig geacht, maar zoals altijd had de rechtvaardigheid een prijs. Vragers en aanbieders van zorg kregen weinig prikkels tot kostenbewustzijn. Hierdoor was het moeilijk om de – collectief gefinancierde – kosten van de gezondheidszorg te beheersen. Tegelijkertijd waren vele patiënten ontevreden over lange wachttijden.

De oplossing werd (door de commissie-Dekker) gezocht in 'meer marktwerking'. Naast particuliere ziektekostenverzekeraars moesten ook ziekenfondsen met elkaar gaan concurreren. Zij kregen hiermee een prikkel om tegen zo laag mogelijke premies zorg aan hun verzekerden aan te bieden. Lagere kosten zouden zij kunnen realiseren door scherpe contracten met – ook met elkaar concurrerende – zorgaanbieders af te sluiten. Dit zou op den duur moeten leiden tot (veel) minder regulering aan de vraag- en aanbodkant. Inmiddels kunnen ziekenfondsverzekerden zelf een verzekeraar kiezen, maar de ziekenhuizen blijven werken tegen centraal vastgestelde tarieven. Zorg is dus overall even duur en verzekeraars moeten wat anders vinden om zich van hun concurrenten te onderscheiden.

Hiervoor bood de opkomst van marktwerking in een andere sector mogelijkheden. In de sociale zekerheid werden werkgevers verantwoordelijk voor doorbetaling van het loon gedurende de eerste zes weken van het ziekteverzuim. Het was de bedoeling een prikkel te geven voor verbetering van de arbeidsomstandigheden en meer begeleiding van zieke werknemers. Maar naast preventie is ook meer of snellere zorg een manier om het verzuim te bekorten. Sommige bedrijven (of hun arbo-diensten) zijn ertoe overge-

gaan zelf voorzieningen aan te kopen voor hun werknemers (onder andere door middel van de z.g. 'bedrijvenpoli'), andere trachten via hun verzekering snellere hulp te verkrijgen. Verzekeraars kunnen aan dit verzoek voldoen door ook extra zorg te kopen (bij voorbeeld onbenutte ziekenhuiscapaciteit in de avonden en weekeinden of in privéklinieken). Daarnaast kunnen verzekeraars de bestaande capaciteit anders benutten, door 'zorgmakelaardij' (patiënten verwijzen naar het ziekenhuis met de kortste wachttijden) of door te trachten voorrang voor de eigen verzekerden ten opzichte van anderen te verkrijgen. (Overigens gaat alleen dit laatste rechtstreeks ten koste van patiënten die niet voor voorrang in aanmerking komen; de andere methoden leiden tot een verhoging van het zorgaanbod waar indirect ook anderen van kunnen profiteren).

Voor verzekeraars is het aanbieden van snellere hulp een concurrentiestrategie, met name bij de commercieel interessante collectieve contracten met bedrijven. Instellingen in de reguliere gezondheidszorg hebben er veel minder belang bij, omdat zij moeten werken tegen vaste tarieven en hun uitgaven het budget niet mogen overschrijden, ook niet als hier extra inkomsten tegenover staan. Financieel voordeel is er voor hen nu alleen te behalen als zij langs een sluiptweg afwijken van de regels. Mede door deze beperkingen is het verschijnsel nog van beperkte omvang. Verzekerden en verzekeraars hebben echter een sterke prikkel gekregen om te zoeken naar snellere hulp. Een logisch gevolg hiervan lijkt dat dit fenomeen blijvend is en verder zal toenemen, en dit geldt des te sterker als in de toekomst instellingen meer vrijheid krijgen bij het bepalen van de hoeveelheid zorg die zij aanbieden en/of het tarief dat zij daarvoor rekenen.

Voor sommige mensen is wachten op een behandeling erger dan voor anderen, en dat komt niet alleen door medische factoren maar ook doordat de waarde die aan tijd toegekend wordt, verschilt. Het introduceren van marktwerking in de gezondheidszorg geeft de mogelijkheid om met deze ongelijke tijdskosten rekening te houden; de marktwerking in de sociale zekerheid maakt dat er van deze mogelijkheid ook gebruik zal worden gemaakt. Dat werken vervolgens vóór gaan is moeilijk te verteren, het is echter niet meer dan een logisch gevolg van de in gang gezette veranderingen in de gezondheidszorg en in de sociale zekerheid.

E.S. Pelle

1. *NRC Handelsblad*, 7 juli 1995, blz. 3.

2. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *De wachtende werknemer*, Zoetermeer, 1995.