



Zorgen in de toekomst

Auteur(s):

Lecq, S.G., van der

Verschenen in:

ESB, 86e jaargang, nr. 4314, pagina D32, 14 juni 2001

Rubriek:

Dossier: Zorgvuldig vernieuw en

Trefwoord(en):

zorg

De stelselherziening in de gezondheidszorg is volgens Van Lieshout niet revolutionair, maar is wel "groot onderhoud". Groot onderhoud is nodig vanwege de continue veranderingen in de bevolking, de economie en de technologie. De bevolking verandert van samenstelling en draagkracht. Het economische groeipad is van invloed op het overheidsbudget. De technologische ontwikkeling betreft de innovaties in de zorg zelf. Deze factoren zijn voor de stelseldiscussie grotendeels een gegeven, maar hun invloed op de aansluiting tussen zorgaanbod en zorgvraag is er niet minder om.

Over de economische ontwikkeling heeft De Kam al enige opmerkingen geplaatst. De Zalmnorm en het daarbij horende budgettaire kader zorg leveren een uitgavenplafond waarbinnen het zorgaanbod dient te worden gerealiseerd. Dat is mooi voor macro-economen, die er gerust op kunnen zijn dat het toenemende aanbod van zorg en de toenemende vraag naar zorg niet tot hogere uitgaven voor de rijksoverheid zullen leiden. Zorguitgaven zullen hierdoor niet andere uitgaven verdringen, zodat bijvoorbeeld onderwijs, sociale zekerheid en overheidsinvesteringen geen gevaar lopen.

Het keuzeprobleem is daarmee echter niet opgelost. De schaarste aan zorg blijft bestaan zolang de behoeften groter zijn dan het aanbod. Als de overheid niet over de allocatie beslist, wie dan wel? Het is goed denkbaar dat de zorgaanbieder, bijvoorbeeld de medisch specialist, uiteindelijk de afweging moet maken. Als dertig patiënten dezelfde dag willen worden geopereerd en daarmee aanspraak maken op dezelfde operatiekamer, moeten er prioriteiten worden gesteld. Wie is spoedeisend en hoeveel dagen moet de niet-spoedeisende patiënt maximaal wachten omdat spoedeisende patiënten voorgaan?

Hoe meer invloed verzekeraars gaan krijgen, hoe sterker het door hun ingekochte contingent zorg bepalend is voor de finale allocatie van de zorg. Wordt dan nog steeds de meest spoedeisende patiënt geopereerd, of gaat de patiënt voor van wie de verzekeraar nog het grootste contingent operaties heeft openstaan? Of die van wie de verzekeraar die het hoogste tarief per verrichting heeft geboden? De specialist moet onder grote druk kiezen tussen medische en economische belangen. Het is de vraag wie hierbij gediend is.

Voor economen is er de vraag wat een efficiënte allocatie is en hoe deze kan worden gerealiseerd. Economen mogen niet aan interpersonele nutsvergelijking doen, maar ze zullen samen met beleidsmakers een antwoord moeten vinden op de toekomstige protesten van verzekerden die ontdekken dat hun verzekeraar de artskeuze heeft beperkt tot die artsen waarmee een contract is gesloten. Het verminderde nut van de verzekerden die van (huis)arts moeten veranderen, moet impliciet worden afgewogen tegen het hogere nut van alle verzekerden dat ontstaat door de gunstiger contractuele tarieven die de verzekeraar heeft bedongen.

Ook op macroniveau zijn er lastige vragen. Hoeveel patiënten moeten lijden onder het vraagoverschot voordat de macro-economische zorgquote omhooggaat? De economie gaat uit van gegeven preferenties, maar juist bij de zorg verschuift de vraagcurve. In de 'care' is het onderlinge, informele zorgnetwerk dunner dan voorheen en in de 'cure' is door de technologische vooruitgang meer mogelijk dan voorheen, zodat op twee manieren een sterkere behoefte ontstaat aan professionele zorg. De zorgvrager is bovendien assertiever en beter geïnformeerd. Dat is prima op microniveau, maar leidt al snel tot hogere uitgaven op macroniveau.

Dan is er nog de wet van Baumol. Deze kan worden ondervangen door arbeidsbesparende technologische vooruitgang. Hiermee komen we op de tweede externe factor, namelijk de technologische ontwikkeling. Hierover is onlangs een rapport verschenen, dat een helder overzicht biedt van diverse innovaties in de zorgsector¹. Dit betreft zowel de curatieve zorg ('cure') als de zorg in enge zin ('care'). Er zijn diverse mogelijkheden om de arbeidsproductiviteit in de zorg te verhogen. Voorbeelden zijn tilliften, wondverzorgings- en incontinentiemiddelen die minder vaak vervangen hoeven te worden, hoog-laagbedden en robottechnologie. Door het inzetten van 'business process redesign' kan de organisatie van de zorg worden verbeterd. Het optimaal 'routen' van patiënten langs diverse medische handelingen kan efficiëntiewinsten opleveren. Hier is sprake van een win-winsituatie, omdat met hetzelfde budget meer zorg kan worden gerealiseerd dankzij efficiëntieverhogende technologische innovaties. Het bestemmen van een substantieel deel van het zorgbudget voor dergelijke innovaties is als overheidsinvestering te rechtvaardigen.

Zorgvuldigheid is geboden waar technologie en economie elkaar raken. In eerdergenoemd rapport staat het voorbeeld van "een blinde vrouw die geen brailletoetsenbord voor haar computer vergoed kreeg. Vergoeding was alleen toegestaan voor computers die onder het besturingssysteem dos werkten. De computer van de betreffende vrouw werkte echter onder Windows." Er is geen stelselherziening voor nodig om dergelijke tenenkrommende misstanden te voorkomen. Wel is groot onderhoud behulpzaam. Samenwerking van economen, medici en technici biedt de meeste kans op een micro-passend zorgaanbod. Het is aan de politiek om de macro-maat ervan te bepalen.

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](#)

¹ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Technologische innovatie in de zorgsector*, Zoetermeer, 2001. Het geciteerde voorbeeld staat op blz. 72.