



beeld: Marc de Haan, HH

Nadelen van concurrentie zijn te omzeilen met regiobudget

Markt geeft volle wachtkamers

Gert Schout,
lector openbare geestelijke
gezondheidszorg, Hanzehoge-
school Groningen

Correspondentieadres:
g.h.schout@pl.hanze.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Concurrentie is volkomen ongeschikt als motor van de gezondheidszorg. Het zet een logica in gang die juist meer patiënten en ziektebeelden creëert en de zorg nóg duurder maakt.

Met een budget van 87,6 miljard – ruim 10 procent van het bruto binnenlands product – is de zorg de grootste en snelst groeiende publieke sector van ons land. Dit tij moet gekeerd, maar niet door meer marktwerking, want die maakt de zorg alleen maar duurder. Alleen al de jongste prijsstijgingen in de mondzorg onderstrepen dit. Ook de oplossing van voormalig PvdA-leider Wouter Bos, die onlangs in de Volkskrant pleitte voor een doorslaggevende rol voor de verzekeraar en scherpere zorginkoop, zal de explosieve kostengroei niet stoppen.¹ De gedachte dat concurrentie en vraagsturing de zorg efficiënter en goedkoper maken, spoort

niet met de feiten. Concurrentie maakt van iedere professional in de zorg een ondernemer, iemand die op zoek gaat naar nieuwe markten. Terecht signaleert Bos dat waar nieuwe gespecialiseerde behandelcentra ontstaan er onverklaarbare stijgingen te zien zijn in het aantal verrichtingen. Of al deze verrichtingen bijdragen tot een betere gezondheid, blijft buiten beeld.

Ongekende medicalisering

In het tijdperk van lumpsumfinanciering in de gezondheidszorg – de periode voor 1990, toen PvdA'er Hans Simons staatssecretaris van Volksgezondheid werd – hadden instellingen en pro-

SAMENVATTING

- Marktwerving in de gezondheidszorg leidt tot kwaliteitsverlies, ontoegankelijkheid en prijsstijgingen.
- Een op de gemeenschap gerichte gezondheidszorg kent deze nadelen niet.
- Lumpsumfinanciering is de basis van dit type gezondheidszorg.

professionals er belang bij dat patiënten niet te snel terugkwamen. Nu zijn professionals gericht op het openen van diagnosebehandelcombinaties (dbc's) en hebben ze belang bij omzet. Dat geldt overigens niet alleen voor de Zorgverzekeringswet (Zvw). Ook de zorginstellingen die uit de AWBZ worden betaald hebben behoefte aan zo zwaar mogelijke indicaties, zodat er armslag ontstaat voor hun dienstverlening. Dit heeft een ongekennde medicalisering op gang gebracht. Zo ontstaan er steeds grotere aanspraken op de AWBZ en de Zvw. Met wachtlijsten, drempels, het aanscherpen van indicaties en steeds weer nieuwe bezuinigingen probeert de overheid deze aanspraken in te perken. De jongste maatregel om de AWBZ te beperken voor een IQ beneden de 70 illustreert dit. Dat drijft de actoren steeds verder in de armen van de ziekte logica: ziekte richt de aandacht op symptomatologie, etiologie, prognose en therapie, en is verweven met een andere logica, die van de verantwoordingsbureaucratie

oftewel toezicht, controle, verantwoording, registratie, transparantie. Volgens deze logica zijn de uren (of minuten) van hulpverleners pas declarabel als ze in verband gebracht kunnen worden met een diagnose

(dbc's in de Zvw) of een indicatiebesluit (in de AWBZ). De logica van de verantwoordingsbureaucratie produceert de opkomst van de ziekte logica en vice versa. En zo wordt de gezondheidszorg niet alleen steeds meer gericht op ziekte en curatie, maar wordt ze bovendien steeds ontoegankelijker en duurder. Prikkels om ziekte te voorkomen en de productie te beperken ontbreken.

Volle wachtkamer

Van professionals in de zorg wordt verwacht dat ze over hun schaduw heen springen. Eigenlijk zouden ze de zelfwerkzaamheid en samenredzaamheid van patiënten en hun omgeving moeten bevorderen, maar tegelijkertijd willen ze de concurrentiepositie van de eigen instelling niet in gevaar brengen of zichzelf overbodig maken. Het produceren van een volle wachtkamer is een reflex geworden die niet beteugeld kan worden door de zorgverzekeraar. De suggestie van Bos om de zorgverzekeraar een centrale rol te geven is dan ook te licht en is geen remedie die opgewassen is tegen de kracht waarmee de markt winstmaximalisatie najaagt. Bovendien bergt ze drie gevaren in zich: prijsstijging, ontoegankelijkheid en kwaliteits-

verlies. Prijsstijging doordat aanbieders op zoek gaan naar marktaandeel en patiënten zich gaan gedragen als consumenten die menen dat alles wat kan ook moet. Prijsstijging ook omdat de verantwoordingsbureaucratie die verbonden is met een marktgerichte zorg tussen 20 en 40 procent van de tijd vraagt die professionals tot hun beschikking hebben. Ontoegankelijkheid doordat productieplafonds, drempels, eigen bijdragen, poortwachters, indicaties enzovoort, de onbelemmerde groei moeten afremmen die eerst wordt opgewekt. Kwaliteitsverlies ten slotte omdat overdiagnostiek en overproductie de gezondheid niet dienen. Dat wordt geïllustreerd aan de hand van het land met de meest marktgerichte gezondheidszorg, de Verenigde Staten. Dat land geeft per hoofd van de bevolking het meeste geld uit (bijna 6000 dollar) en presteert slecht met een levensverwachting van 77 jaar. In Japan worden de mensen bijna vijf jaar ouder en geven ze minder dan de helft (2200 dollar) uit.

Publieke waarden

Kan het anders? De World Health Organization pleit al veel langer voor een gezondheidszorg die publieke waarden vooropstelt: een op de gemeenschap gerichte gezondheidszorg die toegankelijk is, die preventie integreert in het dagelijks werk van professionals en die een verschuiving realiseert van tweedelijns- naar eerstelijnszorg.² In deze opzet is iedereen bezig met zorgen dat patiënten de wachtkamer niet weer in hoeven te komen. Lumpsumfinanciering is de basis van dit type gezondheidszorg: een regio moet het doen met een bepaald budget (zie ook het artikel *Geïntegreerde zorg in het Zwarte Woud*, MC 12/2012: 690). Van professionals en instellingen worden geen omzet en verrichtingen meer gevraagd, maar een bijdrage aan gezondheid. Consumenten ten slotte worden medeproducenten van gezondheid. Zorg voor naasten is iets wat altijd deel uitmaakt van het leven; de betrokkenheid van de burgermaatschappij is daarom hoeksteen van deze opzet. Terecht constateert de WHO dat in een marktgerichte gezondheidszorg de samenleving niet in de benen komt: iedereen stelt zich op als consument. De markt is al met al uiterst ongeschikt om sturing te bieden aan en in de gezondheidszorg. Jammer dat de feiten en cijfers maar zo moeizaam doordringen in het debat. 

Prikkels om ziekte te voorkomen en productie te beperken ontbreken



De voetnoten en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Voetnoten

1. "Marktwerking of regulering, dit worden ruige jaren" Wouter Bos geïnterviewd door Carienten Have in de Volkskrant, 24 december 2011.
2. WHO (2008). The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever. Geneva: World Health Organization.