



*Lange historie van gezondheidszorg liet monumenten na: hier het Middengasthuis in Groningen, in winterkleed. (foto: Wikipedia)*

Arjen Benedictus

## Over marktwerking in het Nederlandse zorgstelsel

# Niet vergrijzing, maar regelzucht, conservatisme en miscommunicatie vormen het probleem in de gezondheidszorg

**De vergrijzing van de bevolking wordt steevast, welhaast pavlovachtig, aangevoerd als reden om de gezondheidszorg in Nederland op de schop te nemen. Een dieper spittende analyse leidt echter tot de conclusie dat het intrinsiek slecht georganiseerde zorgstelsel is terug te voeren tot factoren als regelzucht, conservatisme en gebrekkige communicatie. Deze gebreken dateren ook niet van vandaag of gisteren, en hadden evengoed al dertig jaar geleden - in de 'maakbaarheidsjaren' zeventig - reden kunnen zijn tot ingrijpen.**

**Nu de wil er is om - vooral door invoering van marktwerking - de zorg 'heel anders' te gaan organiseren, ontbreekt het helaas aan een duidelijke politieke visie op wat men wil bereiken. Met slogans als 'Goede zorg moet voor iedereen toegankelijk en betaalbaar zijn' schieten de in tal en last groeiende zorgbehoevenden weinig op zolang termen als 'goed', 'toegankelijk' en 'betaalbaar' niet worden gedefinieerd.**

**Met onderstaande analyse van een complexe problematiek wil Arjen Benedictus een bijdrage leveren aan de vergroting van inzicht en de ontwikkeling van een toekomstperspectief.**

Met een omvang van ongeveer vijftig miljard euro per jaar is de gezondheidszorg een van de belangrijkste beleidsterreinen in Nederland. Het is ook een van de meest besproken beleidsterreinen. In een zeer romantische voorstelling van zaken vergrijst Nederland doordat de naoorlogse *babyboom*-generatie ouder wordt. De zorgvraag die deze hardwerkende generatie met zich meebrengt, zal de zorgkosten almaar verder opjagen, met als uiteindelijk doemscenario een 'onbetaalbare' zorg.

Politiek gezien lijken er twee oplossingen te zijn: meer geld in de zorg stoppen onder behoud van de bestaande organisatie, of proberen het zorgproces te optimaliseren via meer marktwerking. Onder aanvoering van de VVD (en de LPF) is in de eerste kabinetten Balkenende – wat de lange termijn betreft – gekozen

voor de tweede optie. Belangrijkste exponenten van dit beleid zijn de invoering van herkenbare, gestandaardiseerde 'zorgproducten' en het creëren van een markt voor de handel in die zorgproducten. Het geheel roept twee vragen op: zal de zorg goedkoper worden? En zullen patiënten uiteindelijk profiteren van dit beleid? Een uiteenzetting over marktwerking in de gezondheidszorg.

### De staat van de Nederlandse gezondheidszorg

Kostenbeheersing is één probleem waarmee de gezondheidszorg kampt. Het andere, minder evidente maar zeker zo urgente pro-

bleem is de dalende kwaliteit van de gezondheidszorg. Bekend is de schreeuwerige berichtgeving over blunderende specialisten en cynische thuiszorgverleners. Objectiever en verontrustender zijn de toekomstverkenningen van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). In 1975 stond Nederland, wat de kwaliteit van de volksgezondheid betreft, in de top-drie van Europa; tegenwoordig bekleedt ons land een positie in de middenmoot<sup>1</sup>.

Het goede nieuws is dat zowel de kwaliteitsdaling als het gebrek aan kostenbeheersing in de zorg zijn terug te voeren op de conventionele verantwoordelijkheidskwesties. Net als zoveel publiek gefinancierde instanties kampen zorginstellingen met een stelselmatig gebrek aan afstemming tussen vraag, capaciteit en middelen. Later in dit stuk wordt ingegaan op de vraag waar en hoe marktwerking efficiëntie en kwaliteit van de zorgverlening kan vergroten. Eerst volgt (om in het zorgidoom te blijven) een overzicht van de knelpunten in de zorg.

## De vraag naar gezondheidszorg

### Omvang en geldstromen

Van de ongeveer 50 miljard euro (de schattingen lopen uiteen) die er in de gezondheidszorg omgaat, wordt grofweg de helft via de zorgpremie en zorgverzekeraars uitbetaald aan ziekenhuizen, huisartsen en tandartsen. Met de andere helft – bestaande uit de premieopbrengsten van de volksverzekering awbz (algemene wet bijzondere ziektekosten) – worden de ouderenzorg, de thuiszorg, de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg gefinancierd. De uitvoering van de awbz is in handen van de zogeheten zorgkantoren, die aanvragen behandelen en eigen bijdragen vaststellen.

Gestratificeerd naar ziektegebied zijn het niet de bekende veel voorkomende doodsoorzaken als griep, longkanker of dichtgeslibde vaten die ons het meeste geld kosten. De belangrijkste kostenpost in de zorg is arbeid. Chronische aandoeningen die langdurige verpleging vereisen (bijvoorbeeld de ziekte van Alzheimer), drukken daarom het zwaarst op de begroting. De geestelijke gezondheidszorg (ggz) is goed voor een kwart van het zorgbudget<sup>2</sup>.

### De zorgvrager en de zorgbetaler

Het fundamentele probleem in de gezondheidszorg is dat degene die zorg vraagt, niet dezelfde is als degene die zijn zorg betaalt. Bovendien bestaat er geen enkel verband tussen iemands zorgvraag (kosten) en het geld dat hij in het systeem inbrengt. In het huidige stelsel gebruiken de zorgverzekeraars de opbrengsten van het gezonde (jonge) deel van hun verzekerdenbestand dan ook om de kosten van het zieke (oude) deel te financieren. Logisch gevolg is dat verzekeraars voortdurend streven naar het afstoten en weren van zieke patiënten<sup>3</sup>. Een andere beweging is de bezuiniging op kosten die wél gemaakt worden. Stroomlijning van bulkprocessen komt veel voor, bijvoorbeeld middels het opzetten van gestructureerde programma's voor de behandeling van diabetespatiënten.

Deze twee bewegingen laten zien dat zorgverzekeraars hun inspanningen eenzijdig concentreren op het zo goedkoop mogelijk inkopen van zorg. Dat is wel begrijpelijk: kwaliteit van zorg speelt pas een rol bij zieke mensen, en omdat zieke mensen geen geld opbrengen, is het met 'kwaliteit' relatief zinloos adverteren. De massale verzekerden-verschuiving na de invoering van het nieuwe zorgstelsel heeft laten zien dat ook de patiënt zelf in dit proces geen sturende rol weet te vervullen. Of patiënten nu het idee hebben dat de zorg overal hetzelfde van kwaliteit is, of dat zij domweg geen zicht hebben op kwaliteitsverschillen, ze kiezen massaal voor de laagste premie. Samenvattend: kwaliteit van ziekenhuiszorg wordt vrijwel niet gestuurd vanuit de vraagkant. Bij de zorgkantoren speelt een vergelijkbaar probleem. De zorg-

kantoren hebben in hun regio een zogeheten 'monopsonie' – ze zijn de enige vrager. Ze kunnen onafhankelijk van de zorgvragers (die in de betreffende regio op hen aangewezen zijn) én de zorgaanbieders hun keuzes maken. De patiënt kan niet van 'representant' wisselen bij ontevredenheid over de kwaliteit: hij is gebonden aan een zorgkantoor. Voor zorgaanbieders betekent het dat ze volledig geleefd worden door de grillen van één vrager, met alle gevolgen van dien<sup>4</sup>.

### Vergrijzing als kostenpost

Er zijn in Nederland twee parallelle vergrijzingsprocessen gaande. In het ene proces is er een groot bevolkingssegment – de *babyboom* – dat langzaam maar zeker de 65 jaar nadert. In zijn proefschrift uit 2001 liet Johan Polder zien dat iemand van 25 twaalf keer zo weinig zorgkosten maakt als iemand van 75 jaar<sup>5</sup>. Zorgpremie betalen is dus te beschouwen als het opbouwen van een vermogen, dat vanaf ongeveer de pensioengerechtigde leeftijd in toenemende mate wordt aangesproken. De onheilskreten over duurder wordende zorg door toeloop van *babyboomers* doen denken aan de schrikreacties van pensioenfondsen die halverwege een recessie weer eens vinden dat de pensioenpremies omhoog moeten. Los van de vraag hoe de aanbodkant in Nederland is ingericht, zouden verzekeraars in staat moeten zijn om aan een toenemende zorgvraag tegemoet te komen. Vergrijzing als zodanig is geen probleem; vermogensbeheer en belangenbehartiging zijn dat wel.

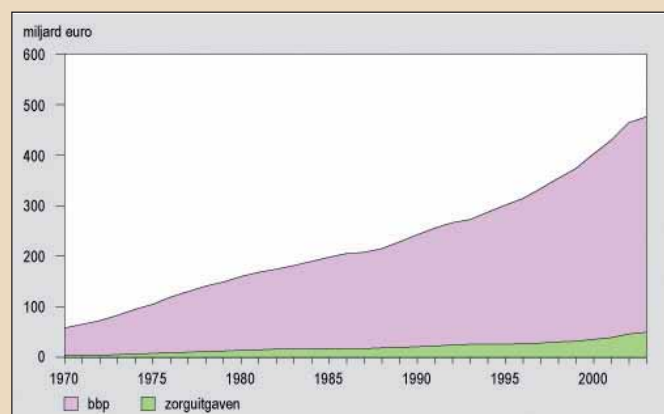
Tegenover de conjuncturele vergrijzing staat de structurele vergrijzing, ofwel de gestaag oplopende gemiddelde levensverwachting van de gemiddelde Nederlander. In 1970 werd een vrouw gemiddeld 75 jaar oud, tegenwoordig 80. Deze extra levensjaren zijn door de bank genomen 'jaren in goede gezondheid'. De zorgbehoefte van deze ouder wordende groep stijgt dus niet evenredig snel als haar leeftijd. Doordat deze groep langer premie betaalt, is het maar de vraag of deze vergrijzing de zorg ook duurder maakt.

## Het aanbod van gezondheidszorg

### Afstemming tussen zorginstellingen

Een klassiek politiek argument om publieke diensten in overheidshanden te houden is het concept van de 'centrale regie'. Een centraal orgaan dat zorgt voor continuïteit, uniformiteit en betrouwbaarheid, zou de uitvoering van de dienst ten goede komen. Hoe scheef gaat dit argument bij de Nederlandse gezondheidszorg?

De gezondheidszorg is volkomen versplinterd. Zorginstellingen (ziekenhuizen, verpleeginstellingen, huisartsen) hebben een zeer grote mate van autonomie. Dit gegeven op zichzelf is niet uitzonderlijk. Individuele gemeenten, universiteiten en kabelaanbieders in Nederland zijn ieder op hun eigen manier volge-



Groei van de zorguitgaven en van het bruto binnenlands product in Nederland sinds 1970. (bron: RIVM)

lopen met meebeslissers en bestuurslagen. Doordat de meeste mensen echter maar met één zo'n instantie tegelijk te maken hebben, wordt toch een zekere efficiëntie in de dienstverlening bereikt. Een patiënt zal echter in zijn leven vrijwel altijd meerdere zorginstellingen aandoen. Het is derhalve een primaire verantwoordelijkheid van de gezondheidszorg om over de hele zorglinie (huisartsenzorg, thuisverpleging, ziekenhuiszorg, etcetera) coherente zorg te bieden – een verantwoordelijkheid die niet wordt nageleefd.

Een beruchte boosdoener in dit verband is de zogeheten 'eiland-automatisering'. Het is voor een patiënt van het grootste belang dat hij bij zijn gang langs diverse zorginstellingen voortdurend wordt 'geëscorteerd' door zijn medisch dossier. Door vroegere besluiten over IT-gebruik op lokaal niveau is dit vrijwel onmogelijk geworden. In Nederland hebben de vertrekboards op alle NS-stations dezelfde blauwe kleur. In Nederland zijn er bij wijze van spreken geen twee ziekenhuizen die dezelfde software gebruiken.

De prijs voor deze fragmentatie wordt betaald zodra patiënten – om welke reden dan ook – wisselen van zorginstelling: op die momenten gaat informatie verloren of moet deze opnieuw worden verkregen<sup>6</sup>. De grootste uitdaging waar de zorg dan ook op dit moment voor staat, is het invoeren van een eenduidige communicatie- en informatiestructuur.

### Stroomlijning binnen zorginstellingen

Parels van procesbeheersing zullen Nederlandse ziekenhuizen misschien nooit worden, maar de inmiddels folkloristische wachtlijsten in de zorg lopen steeds verder terug. Oorzaak van de wachtlijsten was de zogeheten *lump sum*-financiering, waarbij een generieke vergoeding voor ziekenhuis en specialisten de drijvende kracht vormde achter het streven om zo weinig mogelijk uit te voeren. De wrange paradox hierbij was dat de wachtlijsten de wanpresterende ziekenhuizen het idee gaven dat de patiënten toch wel zouden blijven komen.

Sinds kort is er de structuur van de diagnose-behandelcombinaties (dbc's). Deze structuur bundelt voor een bepaalde diagnose (bijvoorbeeld een bypass-operatie) de diverse elementen van de behandeling (bijvoorbeeld poliklinisch onderzoek, operatie, verpleegdagen) in één product. Dit systeem heeft twee grote verdiensten. Allereerst zorgt het voor een duidelijke definitie van de geleverde zorg, en maakt het vergelijking tussen zorgaanbieders mogelijk. Ten tweede brengt het de belangen van ziekenhuisdirecties en medisch specialisten op één lijn: het honorarium van de specialist is een onderdeel van de dbc-vergoeding. Meer patiënten aantrekken betekent nu meer verrichtingen uitvoeren en dus meer vergoeding voor zowel ziekenhuis als spe-

cialist – dit in tegenstelling tot wat bij de reeds beschreven *lump sum*-financiering het geval was.

Dit brengt ons direct bij het nadeel van de dbc-systematiek: het declaratiesysteem. De verleiding is groot om aan een patiënt een diagnose te hangen die zwaarder is dan op grond van de gepresenteerde klachten gerechtvaardigd kan worden. Wie in plaats van hoofdpijn – laten we zeggen – migraine declareert, kan meer verzekeringsgeld tegemoet zien. Sinds de invoering van het dbc-stelsel zijn ziekenhuizen alleen maar meer gaan declareren.

Een ander zwak punt wordt gevormd door de centraal vastgestelde dbc-tarieven en de vaste uurtarieven voor specialisten. Beide zijn deels ontsproten uit een soort gelijkschakelingsdrang, deels aan het naïeve idee dat de zorg in Nederland overal gelijk zou zijn. Uniforme dbc-tarieven belonen nu instellingen die zorg op een efficiënte manier weten te leveren, niet met extra marktaandeel. Vaste uurtarieven gaan volledig voorbij aan de grote verschillen in inhoudelijke en organisatorische capaciteiten tussen medisch specialisten. Op termijn is het overigens wel de bedoeling dat beide tarieven worden vrijgegeven.

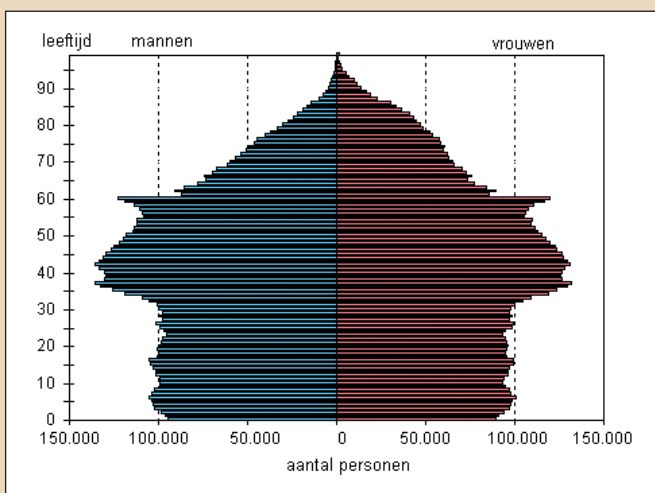
De dbc-systematiek is ook verregaand van invloed op de kwaliteit van zorg. Zoals eerder beschreven, wordt de kwaliteitseis in de zorg niet vanuit de vraagkant opgelegd. Nu koppelt de dbc-structuur de medisch-inhoudelijke kant van de zorg (diagnose en behandeling) direct aan het zorgproces (de 'combinatie'). De vraag is of deze 'ketenzorg' doelmatig is. Voor mensen met maar één aandoening vermoedelijk wel. Mensen met meerdere aandoeningen, in het bijzonder chronische, worden in meerdere, onafhankelijk van elkaar opererende 'ketens' bediend. Deze ketens zijn grotendeels gekanaliseerd langs de bestaande medisch-inhoudelijke disciplines als fysiotherapie of oogheekunde.

De gevolgen van deze rigide protocollering zijn vaak dramatisch. Ketenzorg heeft het begrip polyfarmacie<sup>7</sup> nieuw leven ingeblazen. Ronduit zorgwekkend is het brede scala aan kwaliteitsorganen dat de afgelopen jaren aan de slag is gegaan met het 'opsporen van knelpunten' in de zorg en het 'bevorderen van samenhang' aldaar.

### De 'zorgcultuur'

Eén van de redenen waarom de heersende mentaliteit in de gezondheidszorg het best als 'murw' is te omschrijven, is de extreme bureaucrativering van de zorgverlening. Of het nu gaat om de privacy van patiënten, agressie tegen ambulancepersoneel, nascholing van artsen of brandveiligheid van ziekenzalen: een legertje toezichhouders, gezondheidsdiensten, beroepscolleges, zorgautoriteiten, raden, onderzoeksinstituten, patiëntenverenigingen en vakbonden houdt zich onledig met het ontwikkelen van regels, regelingen, voorschriften, protocollen en programma's. Tot overmaat van ramp laten deze instanties zich veelal inspireren door geldingsdrang en neiging tot politieke correctheid en geven ze weinig blijk van een werkelijke visie op het zorgproces.

De motivatie en de vindingrijkheid waarmee de gemiddelde zorgverlener zich in dit oerwoud staande weet te houden, zijn bijna heroïsch te noemen. Desalniettemin is het karakter van de zorgverlening mede oorzaak van het feit dat veranderingen in de zorg zo moeizaam worden doorgevoerd. De kwaliteit van het zorgproces wordt grotendeels bepaald door de kennis en ervaring van een arts of verpleger. Het opdoen van ervaring vereist echter een zekere operationele vrijheid. In die vrijheid ontwikkelt iedere zorgverlener zijn eigen persoonlijke werkwijze, een werkwijze die op emotionele wijze wordt verdedigd zodra hij onder vuur komt te liggen. Een en ander werd mooi geïllustreerd door een uitspraak in het zorgtijdschrift *ZM Magazine*<sup>8</sup>. In een commentaar op automatisering zei Gerard Gerding: "ICT is prachtig, maar het moet hand in hand gaan met menselijke betrokkenheid. Waar die twee op gespannen voet met elkaar



Bevolkingspyramide, samenstelling naar leeftijd en geslacht van de Nederlandse bevolking in 2007. (bron: RIVM)

komen te staan, kan al dat technologische fraais mij gestolen worden.”

En verder, hieruit voortvloeiend: zorg is een arbeidsintensief proces; ziekenhuizen behoren steevast tot de grotere werkgevers in hun stad of regio. Het wekt dan ook geen verbazing dat veel problemen en dreigingen in de zorg worden geformuleerd door taai werknemerslobby's die weinig meer verlangen dan het behoud van bestaande structuren.

### De gezondheidszorg als markt

In een klassieke markt komen prijzen tot stand onder volledige flexibiliteit van vraag en aanbod. Aanbieders hebben enerzijds de operationele vrijheid om hun productieproces naar eigen inzicht in te richten, anderzijds staat het hun vrij op grond van eigen analyses de markt te betreden of te verlaten. De beslissing om al dan niet actief te zijn in een markt zal voor een aanbieder vaak niet direct afhangen van de (kost)prijs van een product, maar van de marge die op dat product te halen is - al wordt de marge uiteraard voor een belangrijk deel bepaald door de prijs. Prijs- en kwaliteitstransparantie - vergelijkbaarheid van producten - zijn harde voorwaarden voor soepele marktwerking: ze bieden de consument een weloverwogen keuze, en de aanbieder de mogelijkheid om te concurreren. De rol van de overheid is beperkt tot een toezichthoudende; het tegengaan van kartelvorming en kwaliteitsgaranties (veiligheid) zijn hierbij de belangrijkste aandachtspunten.

Dit institutionele kader ziet er in de gezondheidszorg echter wat genuanceerder uit dan in reguliere markten. Allereerst is er ons beschavingsideaal dat voorschrijft dat iedereen, ongeacht zijn inkomen, aanspraak kan maken op een zeker niveau van zorg. Dit vereist een administratieve vereveningslaag. Deze tussenlaag heeft twee belangrijke bijwerkingen. Allereerst staat het geld dat een zorgvrager jaarlijks inbrengt, niet in verhouding tot zijn zorgvraag. Vanuit de kostenvergoeder bekeken zijn er dus goedkope (aantrekkelijke) en dure (onaantrekkelijke) patiënten. Gezonde, 'aantrekkelijke' patiënten zullen meer gebrand zijn op een lage premie, terwijl zieke, 'onaantrekkelijke' patiënten - gebrand op kwaliteit - voor hun verzekeraar in het geheel niet interessant zijn. De vraag is hoe er van IEDERE patiënt een kwaliteits-stuwende kracht uit kan gaan.

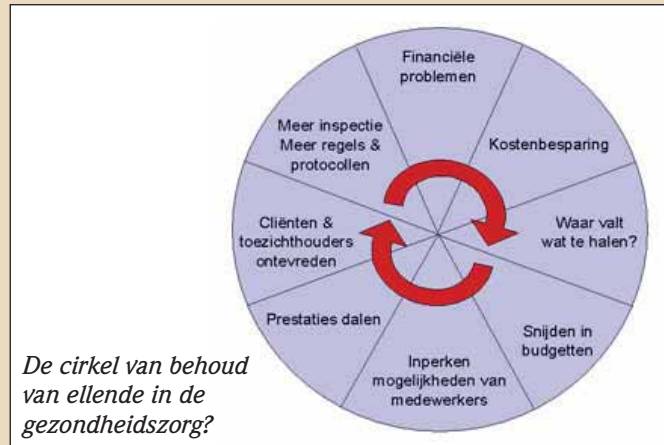
Voortkomend uit het reeds genoemde beschavingsideaal dient er tevens een bepaald (binnenlands) aanbodvolume gegarandeerd te zijn. Dit om de continuïteit van het zorgaanbod te garanderen. Een zekere mate van prijssturing door de overheid is dus vereist.

### Herinrichting van de zorg: de rol van de overheid

De primaire taak van de overheid is niet zorgverlening. Haar primaire taak is een institutioneel kader op te trekken waarbinnen optimale zorgverlening plaatsvindt.

### De patiënt als zorgvrager

In het huidige stelsel liggen de inkomsten voor een zorgverzekeraar min of meer vast en kan hij zijn uitgaven - en dus de winst - eigenlijk alleen sturen via de samenstelling van zijn verzekerdenbestand. Een leidend gegeven bij de herinrichting van de zorg moet zijn dat er geld moet komen te zitten in het verzekeren van mensen met 'dure' ziektes. Zou een zorgverzekeraar voor iedere patiënt een vergoeding krijgen op grond van diens 'ziekteprofiel' - kort gezegd: meer geld voor zieke patiënten en minder geld voor gezonde - dan zou in plaats van de kosten de MARGE leidend worden. Een centraal fonds, vergelijkbaar met de NZa (de Nederlandse Zorgautoriteit, ontstaan uit onder andere het CtG) die nu jaarlijks de tarieven voor de dbc's vaststelt, zou op grond hiervan de toeslagen kunnen uitkeren.



*De cirkel van behoud van ellende in de gezondheidszorg?*

De prijsvorming tussen zorgaanbieders en verzekeraars kan dan volledig worden vrijgegeven. Een dergelijk stelsel creëert een enorme dynamiek aan de vraagkant. Patiënten die hun verzekeraar voorheen geld kostten en daar slechts op grond van wettelijk vastgelegde regelingen terechtkonden, brengen nu geld op. En zijn daarmee ineens in de positie om, op grond van geleverde kwaliteit, verzekeraars tegen elkaar af te wegen. Voor verzekeraars ligt de weg open naar productdifferentiatie en nichevorming.

### De markt voor zorgproducten

Met de invoering van het dbc-systeem zijn er duidelijke zorgproducten ontstaan. Het is nu zaak dat deze 'producten' ook vrijelijk kunnen worden verhandeld. De eerste stap is dus het vrijgeven van de handel: er dient een soort marktplaats te ontstaan. De handel in en de prijsstelling van de dbc dienen te worden vrijgegeven. De regionale hegemonie van de zorgkantoren moet worden doorbroken, bijvoorbeeld door ook de awbz-zorg naar de zorgverzekeraars over te hevelen. Zorgaanbieders (ziekenhuizen, thuiszorginstellingen) dienen veel meer vrijheid te krijgen dan zij nu hebben. In een marktgeoriënteerde zorg is een ziekenhuis een bedrijf dat zijn eigen strategische keuzes maakt zonder politieke inmenging. Het 'anti-weglekkbeding'<sup>9</sup> van VWS-minister Ab Klink past hier bijvoorbeeld absoluut niet in. Als een ziekenhuis tot de slotsom komt dat zorgverlening niet zijn *cup of tea* is, zou het dit bedrijf volledig vrij moeten staan het pand om te bouwen tot - om maar iets te noemen - een gymzaal of grand café. De overheid dient zich toe te leggen op een interventiestrategie die te vergelijken is met die van de bescherming van de voedselproductie. Op landelijk (of regionaal) niveau wordt middels interventiestrategie en prijssturing voldoende zorgaanbod gegarandeerd, maar op microniveau worden zorgaanbieders volledig vrijgelaten in hun beslissingen.

Door de reeds beschreven staat van de communicatiestructuren in de zorg is een dergelijke vrijhandel vooralsnog een utopie. Er zijn op termijn twee opties: in het ideale geval zal de zorgsector zelf in staat zijn communicatieve en technische standaarden op te stellen, zoals dat bij zoveel consumentenproducten gebeurt<sup>10</sup>. In het andere geval zal de overheid moeten ingrijpen en deze standaardisering rigoureus moeten doorvoeren. Anders zal een patiënt, ontevreden over ziekenhuis A, nooit kunnen worden 'overgenomen' door ziekenhuis B.

### Kwaliteit, transparantie en vergelijkbaarheid

Absolute voorwaarde voor een zorgmarkt is transparantie. Keuzevrijheid heeft alleen zin bij vergelijkbaarheid van het aanbod. Het is dus van groot belang dat de zorgvoorziening gekoppeld wordt aan UITKOMSTEN die inzichtelijk worden gemaakt. Veel fouten of tekortkomingen in het zorgproces zijn uitstekend meetbaar: heropnames, ondervoeding, doorligplekken of valincidenten. Per diagnose-behandelcombinatie en instelling of zorgverlener zou

moeten worden geregistreerd hoe vaak dergelijke incidenten voorkomen. Met het openbaar maken van de aldus verkregen informatie kunnen patiënten én zorgverleners zien hoe goed er ge-presteerd wordt. Patiënten kunnen waar nodig hun vraag ver-leggen, zorgverleners hun prijzen verhogen (of verlagen).

Hier ligt ook de betekenis van de zogenaamde *evidence based medicine*, die voorschrijft dat iedere medische handeling op we-tenschappelijk bewijs gestoeld moet zijn. Als, in het model van de patiënt-specifieke toeslag, een verzekeraar ontzettend veel winst maakt op longontsteking, dan bestaat de kans dat hij ie-dere verkouden patiënt voor een open raam laat zetten om zo de lucratieve toeslag op longontsteking in de wacht te slepen. In de ontwikkeling van medische richtlijnen ligt een primair be-staansrecht van artsenorganisaties. Toezicht op de naleving is een rol van de inspectie voor de volksgezondheid.

Transparantie is niet alleen voor patiënten van belang. Het is ook voor zorgaanbieders essentieel om zich te kunnen positioneren. In het blad *Zorgvisie*<sup>11</sup> klaagde ggz-bestuursvoorzitter De Bont over het zogenaamde ‘prikkelgeld’. In de aanstaande contracten tussen zorgkantoren en ggz-instellingen is 15% van de contrac-teerruimte ‘niet gegarandeerd’, om ggz-instellingen aan te zet-ten tot innovatie en klantgerichtheid. “Het is cru”, zo citeert *Zorgvisie* De Bont, die bang is marktaandeel te verliezen, “maar we zullen gaan meemaken dat de traditionele ggz-instellingen worden gestraft voor de professionaliteit van hun medewerkers.” In een systeem waarin de ‘professionaliteit van mede-werkers’ van een ggz-instelling inzichtelijk wordt gemaakt aan de klant, én waarin die klant vraagt naar een dergelijke profes-sionaliteit, hoeft iemand als De Bont zich geen zorgen te maken.

### Leefstijl versus zorgpremie

Een in dit artikel buiten het bestek van de ‘knelpunten’ gehou-den onderwerp is de individuele verantwoordelijkheid van de patiënt. In hoeverre kun je iemand die bijvoorbeeld jarenlang grote hoeveelheid vet voedsel consumeert, financieel verant-woordelijk stellen voor de behandeling van de dichtgeslibte kransslagader of de depressie waar hij onvermijdelijk tegenaan zal lopen?

In het politieke debat was er een tijdlang sprake van de zogeheten ‘vet-tax’, een accijns op vet voedsel. Meer betalen voor een risicovol leven. Deze vet-tax zal er volgens de laatste berichten niet komen – volstrekt terecht voor een belasting die tegelijk als selectief, inhelig, betuttelend en stigmatiserend kan worden om-schreven<sup>12</sup>.

De opvatting dat mensen die (door eigen toedoen) meer zorg vra-gen, meer zouden moeten betalen, is niettemin wijdverbreid. Volgens diezelfde logica zouden echter mensen die meer beta-len, ook meer zorg moeten krijgen. Mensen met een hoog in-komen (die meer zorgpremies afdragen) zouden dan recht heb-ben op meer, of betere, zorg. Gezien de onbespreekbaarheid van dit laatste lemma dient ook de vrijheid van het individu een uit-gangspunt te zijn bij een discussie over zorgfinanciering.

### Tussentijdse evaluatie: op zoek naar een strategie?

De huidige vergrijzing wordt als *casus belli* aangevoerd om de inrichting van de zorg op de schop te nemen. Dit suggereert dat de zorg intrinsiek slecht georganiseerd is en dat, nu de zorgvraag een zeker kritisch volume nadert, herinrichting van de zorg opeens een agendapunt moet zijn. Dit roept de vraag op welke stra-tegie er überhaupt aan ons zorgbeleid ten grondslag ligt. Wat is het kritische volume aan zorgvraag, hoeveel miljard euro of hoe-veel procent van het binnenlands product zijn wij bereid aan de zorg uit te geven? Het streven om de zorg te herzien is gebaseerd op arbitraire redenen op grond waarvan de zorg evengoed al in de jaren zeventig had kunnen worden herzien.

Hoe luidt onze visie op de zorgverlening eigenlijk? Een veelge-hoorde slogan is de volgende (varianten zijn mogelijk): ‘Goede zorg moet voor iedereen toegankelijk en betaalbaar zijn.’ Nooit wordt precies gedefinieerd wat ‘goed’ is, wat ‘toegankelijk’ en wat ‘betaalbaar’. Is zorg toegankelijk als iemand vandaag bij zijn huisarts terecht kan om vervolgens drie weken te moeten wach-ten op een afspraak met een specialist? Is zorg betaalbaar als de zorgpremie constant blijft, terwijl de belasting stijgt en het zorg-budget als percentage van ons bbp ieder jaar met een half pro-cent toeneemt? Uitgewerkte definities, op micro- en macro-econo-misch niveau, zouden als leidraad moeten dienen voor het for-muleren van exacte, lange-termijndoelstellingen van gezond-heidsbeleid.

### Noten

<sup>1)</sup> *Zorg voor gezondheid: Volksgezondheid Toekomst Verken-ning 2006* (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven, 2006).

<sup>2)</sup> Zie noot 1.

<sup>3)</sup> Het wettelijke antwoord hierop is de acceptatieplicht, die ver-zekeraars verplicht iedereen die dat verlangt, een basisver-zekering aan te bieden. Deze plicht neemt echter niet weg dat de belangen van patiënten (goede kwaliteit van de zorg) en verzekeraars haaks op elkaar staan. Gevolg: waar de situa-tie dat toeliet, is de inhoud van het basispakket terugge-schroefd.

<sup>4)</sup> Er liggen plannen om de zorgkantoren op te heffen en de aan-besteding van awbz-zorg naar de verzekeraars over te heve-len.

<sup>5)</sup> J.J. Polder, *Kosten van ziekten in Nederland: beschrijving , vergelijking en projectie*. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam (Rotterdam, 2001).

<sup>6)</sup> Exemplarisch zijn de door diverse ziekenhuizen gehanteerde ‘molensprekuren’ waarbij de patiënt nog eens helemaal ‘door de molen’ wordt gehaald.

<sup>7)</sup> Polyfarmacie is het tegelijkertijd gebruiken van meerdere (soorten) geneesmiddelen.

<sup>8)</sup> *ZM Magazine*, november 2006.

<sup>9)</sup> Het anti-weglekbeding behelst een verbod op het laten weg-lekken van vermogen dat zorginstellingen verkrijgen door de verkoop van bijvoorbeeld onroerend goed. Dat vermogen moet “voor de zorg behouden blijven”, aldus Klink.

<sup>10)</sup> In bijvoorbeeld de wereld van de consumentenelektronica heerst een bittere concurrentiestrijd. Toch kan één usb-stick op iedere laptop worden aangesloten, en past papier op A4-formaat in iedere printer. Overigens is ook deze standaardi-sering vaak zwaarbevochten. Microsoft haalde onlangs nog bakzeil bij de International Organization for Standardization na een voorstel om de techniek die het bedrijf gebruikt voor gegevensuitwisseling, als industriële standaard in te stellen.

<sup>11)</sup> *Zorgvisie*, 22 augustus 2007.

<sup>12)</sup> De overheid heeft altijd de neiging om slechts die dingen te belasten die MEETBAAR zijn. Dus wel een bekeuring voor au-tomobilisten die gedronken hebben (meetbaar), maar niet als ze oververmoeid zijn. De consumptie van vet is ‘meetbaar’ op het moment van aankoop en dus te belasten. Een gebrek aan lichaamsbeweging – een zeker zo grote risicofactor in het ontstaan van overgewicht – is niet meetbaar en kan dus niet worden belast. Gezien het slechte bereik van voorlichting onder bijvoorbeeld laagopgeleiden en allochtonen, zou de overheid er bovendien goed aan doen het accent te verleg-gen van het belasten van risicofactoren naar de intensieve begeleiding van risicogroepen.

*Arjen Benedictus is werkzaam bij ExpertDoc in Rotterdam.*