

Zorggebruik en aanbod- geïnduceerde vraag

Mevrouw drs. A.R.B.J. Houkes-Hommes

SEO Economisch Onderzoek

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Leidt een toename van meer artsen tot meer zorggebruik?	4
3. Aanbodgeïnduceerde vraag	6
4. Conclusie	16

1. Inleiding

Deze achtergrondstudie heeft als doel het beantwoorden van twee vragen uit de adviesaanvraag. Dit zijn: Heeft het verschuiven, dan wel loslaten van de numerus fixus naar verwachting invloed op: 1) het zorggebruik (al dan niet zinvol) en 2) aanbodgeïnduceerde vraag. Om deze vragen te beantwoorden is het eerst nodig in te schatten of het verschuiven dan wel loslaten van de numerus fixus invloed heeft op het aantal artsen werkzaam in Nederland.

In een andere achtergrondstudie (het medisch opleidingscontinuüm) horend bij dit advies, wordt de vraag beantwoord welke invloed het verruimen of loslaten van numerus fixus heeft op het aantal werkzame huisartsen en andere specialisten in Nederland. Hieruit blijkt dat als alleen de numerus fixus van de initiële opleiding geneeskunde wordt verruimd of afgeschaft, dit niet zal leiden tot meer specialisten. Dit komt omdat er nog twee barrières zijn die de doorstroom van het aantal potentiële studenten geneeskunde tot gevestigd specialist belemmeren. Dit zijn de barrières die de doorstroom van basisartsen naar de vervolgopleiding belemmeren en de barrières die afgestudeerde specialisten belemmeren om hun beroep daadwerkelijk uit te oefenen.

Alleen als twee andere barrières ook worden geslecht, zal het aantal specialisten stijgen bij het verschuiven of afschaffen van de numerus fixus in de initiële opleiding.

Daarom zal deze notitie een stap verder gaan en het antwoord geven op de vraag wat er zal gebeuren met de vraag naar zorg en met aanbodgeïnduceerde zorg als alle barrières (deels) geslecht worden en er dus daadwerkelijk meer specialisten komen.

De twee hoofdvragen die in deze notitie beantwoord worden luiden daarom als volgt:

- 1) Leidt een stijgend aantal artsen tot meer zorggebruik?
- 2) Zo ja, is dit stijgend zorggebruik (deels) aanbodgeïnduceerde vraag?

Deze vragen zullen in deze notitie één voor één behandeld worden. De notitie eindigt met een conclusie.

2. Leidt een toename van meer artsen tot meer zorggebruik?

De eerste vraag die deze notitie beantwoordt is de vraag: heeft verschuiven, dan wel loslaten van numerus fixus invloed op het zorggebruik omdat de patiënt meer zorg vraagt als er meer aanbod is?

“Een patiënt die behoefte heeft aan zorg moet bij een arts terecht kunnen. Een groter aanbod van artsen maakt zorg laagdrempelig. De vraag is echter of een groter aanbod van artsen een uitnodigend effect heeft op patiënten, waardoor een zorgbehoefte die in het verleden niet zou zijn geweest zich manifest maakt. Ik verzoek u aandacht te besteden aan de vraag of een groter aanbod van artsen door dit effect tot een toename van de zorgconsumptie zou leiden.” (adviesaanvraag punt g)

Stel er komen door het verruimen of loslaten van de numerus fixus en het slechten van de andere barrières meer artsen in Nederland. Zal het zorggebruik dan toenemen? Volgens de economische theorie is het antwoord in eerste instantie: “ja”. Toename van de vraag als gevolg van een toename van aanbod is een normaal economisch verschijnsel. Als er meer – zeg - bakkers komen, zal de broodconsumptie toenemen. Dit heeft twee redenen. Ten eerste als iets makkelijker bereikbaar en beter beschikbaar is wordt het meer gebruikt. Met op iedere straathoek een bakker zal de broodconsumptie per persoon groter zijn dan als brood slechts op een onbereikbare plaats aan de andere kant van de stad verkocht wordt. Ten tweede: als er meer bakkers komen, zullen zij meer met elkaar gaan concurreren om klanten. Dit kunnen zij doen op prijs, kwaliteit (duurzame granen), variëteit (waddenbrood, mega Mindy brood) of service (vers brood in de avonduren, brood gebracht aan huis, gratis koekjes proeven in de winkel etc). Door deze concurrentie wordt brood aantrekkelijker gemaakt voor de consument en zal zijn vraag dus stijgen.

Uit onderzoek blijkt dat dit ook opgaat voor de gezondheidszorg. Uit een overvloed van onderzoek dat afgelopen decennia is gedaan (Cromwell 1986, Birch 1988, Fuchs 1987, Escarce 1992, Carlson 1998, Delattre en Dormont 2003, Jürges 2007) blijkt dat mensen meer zorg gebruiken als er meer artsen beschikbaar zijn. Geredeneerd vanuit transactiekosten zou dat

kunnen komen omdat de (reis- en wacht)kosten in tijd en geld afnemen voor de patiënt. De drempel om naar de arts te gaan wordt kleiner als zorg dichterbij beschikbaar is en wachttijden minder lang zijn. De tweede verklaring kan zijn dat de arts meer zijn best doet om tegemoet te komen aan de wensen van de klant. De SOS-arts (een arts die aan huis komt op wens van de patiënt, zonder dat getoetst wordt of de patiënt ook naar de arts zou kunnen komen) is hier een voorbeeld van.

Ook in de Nederlandse gezondheidszorg speelt het beschikbaarheidseffect een niet onbelangrijke rol, blijkt uit de empirie. Bij sluiting van ziekenhuizen blijkt dat het zorggebruik van de mensen die wonen in die regio afneemt. Bij het sluiten van het Stadsziekenhuis in Kampen in 1994 (Post 1997) bleek het jaar daarna het aantal verwijzingen naar een ziekenhuis gedaald met 19%. Het aantal opgenomen patiënten daalde met 17%. Hetzelfde effect was te zien bij sluiting van het Sint Antonius-ziekenhuis in Horst. Het aantal ziekenhuisopnames in de regio daalde met 32% en het totaal aantal verpleegdagen met 40%.

Bij de opening van een nieuw ziekenhuis is het tegenovergestelde effect te zien. De opening van een ziekenhuis in Lelystad zorgde voor een absolute stijging van zorggebruik in de regio. Het aantal opnames steeg met 33% en het totaal aantal verpleegdagen nam toe met 48%. Het aantal verwijzingen van huisartsen naar het ziekenhuis nam niet toe, maar het aantal specialistische verrichtingen nam in de regio toe met 35%.

Antwoord op hoofdvraag 1: Zal het zorggebruik in Nederland toenemen als er meer artsen komen? Ja, het zorggebruik zal toenemen als er meer artsen zijn. Dit blijkt uit de empirie. Hiervoor zijn twee verklaringen te bedenken: ten eerste de (reis- en wacht)kosten in tijd en geld nemen af voor de patiënt. De drempel om naar de arts te gaan wordt kleiner als zorg dichterbij beschikbaar is en wachttijden minder lang zijn. Ten tweede: artsen worden door meer concurrentie gestimuleerd meer service te verlenen, waardoor de dienst aantrekkelijker wordt voor de patiënt.

3. Aanbodgeïnduceerde vraag

De tweede vraag die deze notitie beantwoordt is de vraag: heeft verschuiven, dan wel loslaten van numerus fixus invloed op een toename van het zorggebruik, omdat de arts zijn of haar aanbod wil reguleren (aanbodgeïnduceerde vraag)?

“Bij een ruim aanbod van artsen zou de vraag per arts kunnen dalen. Om de vraag per arts niet onder een voor hem of haar ongewenst niveau te laten dalen, zou een arts zelf zijn of haar aanbod kunnen reguleren, ook wel aanbodgeïnduceerde vraag genoemd. Ik verzoek u aandacht te besteden aan de aandacht van dit fenomeen en te bezien of het huidige bekostigingssysteem voldoende maatregelen bevat om dit te onderwerpen”. (Adviesaanvraag punt f)

Het begrip aanbodgeïnduceerde vraag roept veel emoties op. Het roept beelden op van artsen die zichzelf verrijken over de rug van de patiënt. Bordkartonnen kwade artsen die patiënten pas behandelen bij het zien van hun creditcard of artsen die extra operaties verrichten om zichzelf te verrijken. Hoewel er natuurlijk overal in de samenleving kwade uitzonderingen te vinden zijn doet dit beeld natuurlijk totaal geen recht aan de mensen die werken in de gezondheidszorg. Opvallend is dat aan extra zorgvraag die veroorzaakt wordt door de patiënt (adviesaanvraag punt f) meestal veel minder aandacht wordt geschonken. Blijkbaar vreest men met name de arts, vanwege de kennisvoorsprong die hij heeft.

De werkelijkheid is echter dat de hoeveelheid zorg die geleverd wordt tot stand komt in de interactie tussen arts en patiënt. De patiënten in de spreekkamer zijn geen zieke objecten die afwachten op de hulp van de arts. Patiënten hebben soms wensen die ver uitgaan boven strikt medische problemen. Wensen van ouders, maar ook docenten en anderen rondom kinderen genereren een vraag waarvan het onduidelijk is of deze medisch gezien wel beantwoord zou moeten worden. Naast nieuwe indicaties, worden op deze manier ook bestaande indicatiegebieden verruimd. De tien meest aan kinderen voorgeschreven geneesmiddelen zijn medicijnen voor relatief nieuwe gedragsproblemen, zoals ADHD en aandoeningen waarvoor het indicatiegebied sterk verruimd is, zoals autisme. Het is de vraag of de zorg die hieruit resulteert allemaal wel noodzakelijk is in strikt medische zin.

De gezondheidszorg werpt zich hier op als redder in de niet-medische nood. Maar, omgekeerd, de samenleving maakt dankbaar gebruik van de mogelijkheid problemen te medicaliseren.

Het balanceren op de rand van nodige en onnodige vraag is dus zeker geen actie van de arts alleen. Het is een interactie: in de communicatie tussen zorgverlener en patiënt en in hun wederzijdse afhankelijkheid wordt de zorgvraag bepaald.

Dit gezegd hebbende, focussen we ons onder dit punt toch op deze deeldviesaanvraag: de rol van de arts hierin. Is er empirische basis waaruit blijkt dat meer artsen leidt tot meer zorggebruik omdat artsen hierin een actieve rol in spelen. Gaan artsen hun best doen extra zorg te leveren als hun inkomen onder druk komt te staan? Is deze vrees terecht is of kan deze juist weggenomen worden? Dit onderzoeken we hieronder.

Allereerst het belangrijkste: artsen beïnvloeden de vraag van patiënten. En dat is goed. Artsen zijn opgeleid om diagnoses te stellen en patiënten te informeren over welke zorg zij nodig hebben. Het is de primaire taak van artsen om deze kennis te gebruiken en daarmee de zorgvraag van de patiënt dusdanig te beïnvloeden dat de patiënt de juiste behandeling wil ondergaan.

Het beïnvloeden van de vraag is dus normale beroepspraktijk. In de gezondheidseconomie (*Handbook of Health economics* (McGuire 2000)) wordt deze beïnvloeding pas aanbodgeïnduceerde vraag genoemd als de zorgvraag van de patiënt niet meer in het belang is van de patiënt, maar alleen in het belang van de arts. Deze definitie gaat dus helemaal voorbij aan het feit dat onnodige zorg ook prima veroorzaakt kan worden door de patiënt of (realistischer) in interactie tussen patiënt en zorgverlener.

De begrippen “te veel zorg” en “te weinig zorg” worden in de gezondheidseconomische definitie gezien vanuit het belang van de patiënt. Dit is anders dan in het RVZ-advies “met het oog op gepaste zorg” (RVZ 2004). In dat advies wordt een definitie van “te veel” en “te weinig zorg” gegeven vanuit het belang van de maatschappij. De hoeveelheid zorg wordt daar gedefinieerd als “gepast” als zij effectief (werkzaam voor de patiënt), doelmatig (baten wegen op tegen de kosten) en noodzakelijk (een bepaalde ziektelast wordt verholpen door de behandeling) is. In de definitie van aanbodgeïnduceerde vraag

wordt een ander criterium gebruikt voor “gepaste” zorg. Het gaat in deze definitie alleen om de vraag of zorg effectief is (werkzaam voor de patiënt). “Te veel zorg” betekent in de definitie van aanbodgeïnduceerde vraag dat de zorg niet effectief is. Te weinig zorg betekent dat er effectieve zorg bestaat, maar dat de arts de patiënt ertoe beweegt deze niet te willen. De reden dat de arts de patiënt hiertoe beweegt moet eigenbelang zijn (anders valt het niet onder de definitie van aanbodgeïnduceerde vraag) en niet bijvoorbeeld doelmatigheid.

Of aanbodgeïnduceerde vraag onder deze strikte definitie bestaat, weet niemand. Er is veel onderzoek naar gedaan, maar het onderwerp is methodologisch bijzonder lastig. Dit komt omdat artsen een grote kennisvoorsprong hebben op anderen als het gaat om weten wat de juiste zorg is (daar zijn zij jaren voor opgeleid). En zelfs artsen weten niet altijd wat de juiste zorg is: niet over alle (combinaties van) ziekten zijn eensluidende protocollen over wat er gedaan moet worden en hoe vaak. Tenslotte is al het onderzoek naar intenties van mensen bijzonder lastig, want alleen gedrag is waarneembaar. We behandelen in deze paragraaf de manieren waarop in de gezondheidseconomie de rol van de arts bij het creëren van meer zorgvraag onderzocht is. We doen dat door de volgende onderwerpen te behandelen:

- a) Betekent een correlatie tussen de artsdichtheid en de zorgvraag dat er sprake is van aanbodgeïnduceerde vraag?
- b) Zorgt een exogene tariefdaling voor meer zorggebruik?
- c) Heeft de manier waarop een arts betaald wordt invloed op het zorggebruik?
- d) Heeft aanbodgeïnduceerde vraag ook nadelen voor de arts?
- e) Zorgt vergroting van het aantal artsen, rekening houdend met de Nederlandse situatie, in Nederland voor aanbodgeïnduceerde vraag?

We behandelen deze vragen hieronder één voor één:

a) Betekent een correlatie tussen de artsdichtheid en de zorgvraag dat er sprake is van aanbodgeïnduceerde vraag? Het eerste soort onderzoek dat nagaat of aanbodgeïnduceerde vraag bestaat, onderzoekt of er in regio's waar meer artsen per hoofd van de bevolking zijn ook meer zorggebruik is. Hypothese achter dit soort onderzoek is dat artsen in een regio vol artsen te weinig zorgvraag krijgen om een voor henzelf wenselijk inkomen te garanderen. Ze moeten hun patiënten immers delen met veel collega's. De hypothese stelt vervolgens dat de artsen ervoor zorgen dat de patiënten die ze

krijgen meer zorg gaan gebruiken, waardoor het inkomen van de artsen ondanks de hoge arts-dichtheid toch op peil blijft.

Zoals beschreven bij vraag 1 blijkt uit een scala aan onderzoeken (Cromwell 1986, Birch 1988, Fuchs 1987, Escarce 1992, Carlson 1998, Delattrle en Dormont 2003, Jürges 2007) dat er in regio's waar veel artsen per hoofd van de bevolking werken, inderdaad in veel gevallen ook meer zorg geleverd wordt. Het is echter bijzonder problematisch om te bepalen of dit veroorzaakt wordt door aanbodgeïnduceerde vraag.

Het eerste probleem is dat het lastig te bepalen is wat de oorzaak is en wat het gevolg. Induceren de artsen meer vraag, omdat er meer artsen zijn of zijn er meer artsen omdat er in een regio meer vraag is? Als in een regio meer wijnhandelaren per hoofd van de bevolking zijn dan in een andere regio, zou dit aannemelijk verklaard kunnen worden door het feit dat in de ene regio mensen meer van wijn houden dan in de andere.

Ook in de gezondheidszorg zijn er verschillen in preferenties. Zieke mensen hebben uiteraard meer behoefte aan zorg dan gezonde mensen. Maar ook andere kenmerken spelen een rol. Zo gaan hoger opgeleiden in Nederland, hoewel ze gemiddeld genomen gezonder zijn dan lager opgeleiden, vaker naar de tandarts en naar de specialist (Dotinga 2008). In regio's waar meer hoger opgeleiden wonen, zullen dus alleen al om die reden meer tandartsen en specialisten wonen. Om aan te tonen dat het causale verband niet van vraag naar aanbod, maar van aanbod naar vraag loopt, is het nodig om achtergrondkenmerken (bijvoorbeeld ziekte of opleidingsniveau) mee te nemen. In praktijk is dit echter nog niet goed mogelijk gebleken. Dit blijkt uit een zeer beroemde studie (Dranove 1994). Dranove onderzoekt een causaal verband dat niet kan bestaan, namelijk het effect van de gynaecologendichtheid in een regio op het aantal geboorten. Deze studie vindt een verband tussen het aantal gynaecologen per hoofd van de bevolking en het aantal geboorten, ondanks dat is gecorrigeerd voor vraagkenmerken. Omdat dit verband niet causaal kan zijn, kan de onderzoeksmethode niet kloppen, aldus de onderzoekers.

Het tweede probleem is de buitenregionale aantrekkingskracht van gespecialiseerde ziekenhuizen. Zo blijkt uit recent Belgisch onderzoek (Roberfroid 2008) dat als Belgische huisartsdichtheid op gemeenteniveau wordt vergeleken er sprake is van: hoe meer huisartsen per hoofd, hoe meer zorggebruik.

Toen ditzelfde onderzoek echter herhaald werd op arrondissementsniveau, bleek het effect verdwenen.

Het derde probleem is dat ook als aangetoond kan worden dat de vraag veroorzaakt wordt door het aanbod, het helemaal geen onnodige of schadelijke zorg hoeft te betreffen. Zoals beschreven onder vraag 1 kan de vraag toenemen vanwege lagere transactiekosten en vanwege meer kwaliteit en service. Beiden kunnen prima effectieve vraag betreffen als er eerder sprake was van onderbehandeling.

Antwoord vraag a: Betekent een correlatie tussen de artsdichtheid en de zorgvraag dat er sprake is van aanbodgeïnduceerde vraag? Nee. Hoewel het aangetoond kan worden dat hoe groter de artsdichtheid is, hoe meer zorggebruik er per persoon is, kan de gezondheidseconomische wetenschap tot nu toe nog niet aantonen dat er hier sprake is van aanbodgeïnduceerde vraag.

b) Zorgt een exogene tariefdaling voor meer zorggebruik?

Omdat het lastig bleek om aanbodgeïnduceerde vraag aan te tonen via de artsdichtheid is er een tweede generatie studies gekomen die onderzoekt of een exogene prijsdaling artsen ertoe zou kunnen aanzetten om meer zorggebruik te genereren. In dat geval zou er wel sprake kunnen zijn van aanbodgeïnduceerde vraag, omdat hierbij alleen het inkomen van de arts verandert en niet het aanbod of de beschikbaarheid voor de patiënt.

Als de arts zich iets gelegen laat liggen aan tarieven, dan spelen er theoretisch twee tegengestelde effecten. Ten eerste het substitutie-effect: een aanbieder die een lagere prijs krijgt, biedt minder aan van het product, omdat hij er minder op verdient. Ten tweede het inkomenseffect: de arts heeft meer zorggebruik nodig om zijn oude inkomen te verdienen en zorgt daarom voor meer zorggebruik.

Er worden in deze onderzoeken wel effecten gevonden, maar niet overal. Bij een tariefsverandering tussen 1991 en 1996 bij Medicare in de VS (eerstelijns zorg werd duurder en chirurgische ingrepen werden goedkoper) steeg het zorggebruik voor eerstelijns zorg meer dan dat voor chirurgische ingrepen (Medicare Payment Advisory Commission 1998). Een tariefstijging in Canada had geen effect op het zorggebruik (Hurley 1995). Bij een onderzoek naar het zorggebruik bij Medicare in de VS

tijdens een periode waarin de prijzen bevroren waren (Hadley 1978) werd er wel een effect gevonden. Het gebruik van zorg steeg in de bevroren prijsperiode zo sterk dat de stijging van de totale kosten in de jaren dat het tarief bevroren was hoger lagen dan in het jaar erna toen het tarief steeg. McGuire (2000) wijst er echter op dat in diezelfde periode patiënten ook een lagere prijs betaalden en dit heel goed de oorzaak kan zijn van de stijgende vraag. Een andere studie vindt hele specifieke effecten: in 1990 verlaagde Medicare de prijzen van zorg die zij te duur vonden. Hieruit bleek dat over het algemeen er geen effect was van deze verlaging van de tarieven op het zorggebruik (Nguyen 1997) op één uitzondering na. Bij de artsen die geconfronteerd werden met de grootste tariefdalingen steeg het zorggebruik van hun patiënten. Voor deze artsen leidde 1% prijsreductie tot een stijging van het zorggebruik met 0,4%. Yip (1998) bestudeerde de hardst getroffen groep bij deze prijsdaling: de chirurgen. Hun tarief daalde met 26%. Het zorggebruik bij de chirurgen nam hierna toe, zodat de chirurgen 70% van hun inkomensdaling weer konden goedmaken met het gestegen zorggebruik.

Het probleem met deze onderzoeken is echter nog steeds het aantonen van aanbodgeïnduceerde vraag. De vraag nam toe, maar was deze onnodig? Deze empirische resultaten kunnen ook verklaard worden door aan te nemen dat artsen als hun inkomen sterk onder druk komt meer moeite doen om wachtlijsten weg te werken en onderbehandeling tegen te gaan. In het geval patiënten minder eigen bijdrage moeten betalen, neemt dit daarnaast nog een drempel bij patiënten weg om zorg te vragen, waarbij de arts zelf niets beïnvloed heeft.

Antwoord op vraag b) Zorgt een exogene tariefdaling voor meer zorggebruik en is dit aanbodgeïnduceerde vraag? Soms leidt een tariefdaling tot stijging van het zorggebruik. Dit geldt bij hele sterke tariefdalingen (25%) of als patiënten zelf ook (veel) minder eigen bijdragen hoeven te betalen voor zorg. In beide gevallen kan wel aangetoond worden dat er sprake is van vraagstijging, maar niet aangetoond worden dat er sprake is van aanbodgeïnduceerde vraag.

c) Heeft de manier de arts betaald wordt invloed op het zorggebruik en is dit aanbodgeïnduceerde vraag?

Een derde soort onderzoek naar aanbodgeïnduceerde vraag gaat over de vraag of verschillen in bekostiging van artsen het zorggebruik beïnvloeden.

Zo is er een gerandomiseerde studie (Hickson 1987) naar kinderartsen in Canada. De ene helft van de artsen had een verrichtingentarium en de andere helft was in loondienst. Uit dit onderzoek bleek dat de artsen met een verrichtingentarium meer zorg verleenden dan artsen in loondienst. Het is echter niet gezegd dat de artsen met het verrichtingentarium onnodige zorg verleenden. Het kan goed zijn dat ze harder werkten, meer kwaliteit leverden en/of dat de artsen in loondienst onderbehandelden om hun werklust te beperken. Welk van de situaties ook wenselijk is, feit is wel dat deze studie aantoont dat de bekostiging van artsen invloed heeft op het zorgvolume.

Uit een recente studie (Dumont 2008) uit Canada bleek dat artsen hun inkomen verhoogden nadat ze van een verrichtingentarium overgingen op een gemengd systeem van een vast bedrag + een bijdrage per verrichting. Na deze overgang bleek dat de Canadese artsen het zorggebruik met ruim 6% verlaagden, hun werktijd verkortten met 1,4% en dat tegelijkertijd hun inkomen steeg met 8%. De Canadese artsen zijn minder patiënten gaan zien, maar besteedden per patiënt 4% meer tijd. Ze besteedden 8% meer van hun tijd aan administratieve taken. Kortom, het verlaten van een volledige verrichtingenfinanciering leidde in Canada tot minder zorggebruik en tegelijkertijd hogere macrokosten voor zorg.

Ook in Nederland heeft de financieringswijze van artsen invloed op hoeveel zorg gedeclareerd wordt. Zo is de omzet van huisartsen sinds de invoering van een nieuwe financieringsstructuur gemiddeld met € 50.000 gestegen (NZA 2009). Een groot deel van deze stijging werd veroorzaakt door het feit dat het aantal lange consulten, lange visites en herhaalrecepten na de invoering twee maal zo hoog uitviel als geraamd. In de nieuwe systematiek tellen lange consulten en visites dubbel, en voor een herhaalrecept mag de huisarts een half consult declareren (NZA 2009, Te Brake 2007).

Uit een recente Nederlandse studie (Pomp 2009) blijkt dat het zorggebruik per hoofd van de bevolking hoger is in regio's met een hoge maatschap-artsdichtheid dan in regio's met een hoge loondienst-artsdichtheid. Pomp veronderstelt dat artsen alleen het zorggebruik laten toenemen bij verrichtingen die niet riskant zijn voor de patiënt (baat het niet dan schaadt het niet) en waarover de medische wetenschap verdeeld is (als onduidelijk is welk alternatief beter is, kan de arts net zo goed degene nemen waarbij hij of zij zelf meer verdient) . Pomp

berekent dat als de verhouding loondienst-artsen en maatschap-artsen gelijk blijft een toename van het aantal artsen met 10% leidt tot een toename van het zorggebruik van 1% tot 2,5%. Als het aantal artsen gelijk blijft, maar in gelijke mate over het land verspreid wordt berekent Pomp dat het zorggebruik zal dalen met 0,5% tot 1%. In Duitsland en Oostenrijk mogen artsen om deze reden zich niet vestigen in een regio als er een bepaald aantal artsen per hoofd van de bevolking bereikt is (Roberfroid 2008).

Antwoord op vraag c: Heeft de manier waarop een arts betaald wordt invloed op het zorggebruik en is dit aanbodgeïnduceerde vraag? De manier waarop artsen gefinancierd worden heeft effect op het zorggebruik. Hoe sterker de arts wordt gefinancierd op verrichtingen, hoe groter de stimulans om zorggebruik te vergroten. Hoe minder de financiering van de arts is gekoppeld aan verrichten, hoe groter de stimulans om werklust te verminderen en het zorggebruik te laten dalen. Een verrichtingentarief stimuleert het meeste zorggebruik. Deze wordt gevolgd door een combinatie van *lump sum* financiering en een verrichtingentarief. Daarna komt financiering per patiënt en tenslotte komt financiering onafhankelijk van het aantal patiënten of verrichtingen. Dit laatste stimuleert de arts het meest zijn werklust te verminderen en minder zorg te leveren. In al deze gevallen is echter niet te bewijzen of het gaat om extra onnodige zorg of om het teengaan van onderbehandeling. Ook hiermee is aanbodgeïnduceerde vraag dus niet aan te tonen.

d) Verhindert ethiek aanbodgeïnduceerde vraag?

Het is aannemelijk dat er ethische drempels bestaan voor het leveren van aanbodgeïnduceerde vraag. Weinig mensen - en artsen maken een onderdeel van uit van deze groep - zullen willens en wetens het leven van een patiënt in gevaar brengen door zinloos te opereren. Dit druist sterk in tegen de menselijke ethiek en brengt in het geval van artsen bovendien hun reputatie in gevaar. Ethiek zal artsen dus in veel gevallen afhouden van het leveren van schadelijke zorg.

Veel wetenschappers gaan er om die reden vanuit dat dan ook vanuit dat artsen – uitzonderingen daargelaten - alleen aanbod induceren als niet eenduidig is welke zorg de beste is (Iversen 2000, McGuire 2000, Pomp 2009) en weinig risico heeft op schade voor de patiënt (Pomp 2009). Baat het niet dan schaadt het niet.

In de Verenigde Staten speelt hierbij nog een bijkomend effect: de angst voor claims. Uit interviews onder artsen in de VS (Blendon 1993) zegt een derde van de ondervraagde artsen dat zij regelmatig meer zorg aanbieden dan strikt noodzakelijk, om te voorkomen dat ze in een enkel geval te weinig zorg leveren. 80% doet dit soms. Het is overigens waarschijnlijk dat deze Amerikaanse cijfers veel hoger zijn dan in Nederland. Amerika kent een sterke claimcultuur en Nederland kent deze niet (RVZ 2004).

Dat artsen met de beste bedoeling zorg “voor de zekerheid” kunnen leveren, blijkt uit een studie (Bunker 1974, Hay 1982) waarbij het zorggebruik van artsen zelf en hun echtgenoten is vergeleken met dat van vergelijkbare, maar niet medische, professionals. Hieruit blijkt dat artsen en hun echtgenoten significant meer zorg gebruiken dan dat zij aan anderen aanbieden. Dit is ook het geval als is gecorrigeerd voor het geval dat artsen wellicht lagere kosten, betere verzekeringen en betere toegang hebben tot zorg. Kortom, het is blijkbaar prima mogelijk meer zorg te leveren dan strikt noodzakelijk, zonder dat artsen het idee hebben dat dit niet zinvol is voor de patiënt.

Antwoord op vraag d) Verhindert ethiek aanbodgeïnduceerde vraag? Ethiek zal in een groot aantal gevallen artsen behoeden voor aanbodgeïnduceerde vraag. Met name schadelijke zorg zullen zij niet snel leveren. Er is echter een deel van de zorg waarvoor aanbodgeïnduceerde vraag zonder al te veel ethische problemen mogelijk is. Hierbij gaat het met name om defensieve zorg, waarbij niet eenduidig is welke behandeling het beste is voor de patiënt en het risico voor de patiënt laag is. Artsen blijken zichzelf ook relatief veel defensieve zorg te geven.

e) Kan verhoging van het aantal artsen in Nederland leiden tot aanbodgeïnduceerde vraag?

Bij een toename van artsen zal de zorgvraag stijgen. Of hierbij sprake is van aanbodgeïnduceerde vraag is niet aan te tonen. Onder drie voorwaarden is aanbodgeïnduceerde vraag mogelijk: 1) als de bekostigingsstructuur het mogelijk maakt voor het eigenbelang te kiezen 2) als er geen eenduidige protocollen zijn en 3) als het risico voor de patiënt laag is.

Hoe zit het met deze voorwaarden in Nederland?

De belangrijkste voorwaarde om aanbodgeïnduceerde vraag mogelijk te maken is de bekostigingsstructuur. Een financieringsysteem kan alleen leiden tot meer (eventueel onnodige) vraag als het mogelijk is door meer zorggebruik meer te verdienen. In Nederland worden artsen sinds kort betaald via de DBC-systematiek. Dit betekent dat hoe meer verrichtingen zij uitvoeren, hoe gunstiger dit is voor hun inkomen. Een deel van de artsen is in loondienst. Voor hen persoonlijk betekent meer verrichtingen niet meer inkomen. Voor hun werkgever echter wel. Het is de vraag op welke manier hun werkgevers hen aansturen. Afhankelijk daarvan hebben ze wel of geen belang in het induceren van vraag. Het grootste deel van de specialisten is echter niet in loondienst, maar werkt via een maatschap. Voor hen betekent een stijging van het aantal verrichtingen direct een inkomensstijging. In de bekostigings-systematiek is dus een prikkel tot aanbodgeïnduceerde vraag opgenomen die het zorggebruik zou kunnen laten toenemen. De omgekeerde prikkel: artsen die geprikkeld worden hun werklust te beperken en patiënten te onderbehandelen zou aan de orde kunnen zijn bij de artsen in loondienst. Dit is afhankelijk van de manier waarop artsen in loondienst aangestuurd worden. Bij artsen in loondienst zou er een prikkel in het financieringssysteem kunnen zijn tot onderbehandeling. Ook dat hangt af van de aansturing van de arts in loondienst.

Artsen zullen – uitzonderingen daargelaten - alleen aanbod induceren als het de arts zelf ook niet eenduidig is welke zorg het beste is en de zorg geen hoog risico met zich meebrengt voor de patiënt. Voor de Nederlandse situatie (Pomp 2009) is de top 150 van DBC's onderzocht op deze twee eigenschappen. Per DBC is nagegaan na of er sprake is van onzekerheid van indicatie/behandeling en hoeveel risico een patiënt loopt. Uit deze analyse blijkt dat 10% tot 20% van de ziekenhuisomzet in Nederland bestaat uit DBC's waarvan de indicatie/behandeling onzeker is en het risico voor de patiënt laag.

Als het aantal specialisten schaars is ten opzichte van de zorgvraag is de kans op aanbodgeïnduceerde vraag kleiner dan als er een ruim aanbod aan specialisten is. In Nederland zijn er specialismen waarvoor er op dit moment te weinig specialisten zijn, bijvoorbeeld geriatrisch specialisten. De kans dat meer artsen in deze specialismen zal leiden tot aanbodgeïnduceerde vraag is een stuk kleiner dan in andere specialismen. Als er meer geriateren komen, zullen zij zich logischerwijze eerst richten op het lenigen de meest opvallende onderbehandeling,

zoals zichtbare wachtlijsten, voordat ze tijd hebben extra nazorg etc. te bieden. Hetzelfde geldt voor bepaalde regio's.

Antwoord op vraag e) Kan verhoging van het aantal artsen in Nederland zorgen voor aanbodgeïnduceerde vraag? Dat meer artsen leidt tot het induceren van vraag is nog nooit methodologisch onproblematisch aangetoond. Wel blijkt dat de DBC-bekostigingssystematiek voor met name artsen in maatschappen gevoelig is voor aanbodinductie. Mocht het feit dat er meer artsen komen, artsen dus prikkelen hun inkomen te vergroten via het aanbieden van zorggebruik dat niet direct nuttig is voor de patiënt, dan stelt de financiering van de Nederlandse gezondheidszorg artsen hiertoe in staat. Er zijn veel specialismen waarbij aanbodgeïnduceerde vraag zeer onwaarschijnlijk is omdat het grote ethische problemen oproept en relatief makkelijk te ontdekken is door collega's. Bij bepaalde specialismen (goed voor 10% tot 20% van de Nederlandse omzet in de ziekenhuiszorg) kunnen artsen echter zonder grote ethische problemen aanbod induceren. Denk hierbij met name aan extra defensieve zorg. Specialismen met grote tekorten ligt aanbodgeïnduceerde vraag minder voor de hand. Specialist hier werkzaam zullen eerst de meest opvallende onderbehandeling, zoals zichtbare wachtlijsten, aanpakken voordat ze tijd hebben extra nazorg etc. te bieden.

4. Conclusie

Het is zeer aannemelijk dat als er meer artsen komen in Nederland de zorgvraag zal toenemen. Dit is een samenspel van patiënten en artsen. Het kan hier gaan om een stijging van zinvolle zorg (het wegwerken van wachtlijsten, het tegengaan van onderbehandeling). De interactie tussen patiënt en arts kan echter ook leiden tot het balanceren tussen nodige en onnodige zorg. In sommige gevallen hebben beiden belang bij het medicaliseren van problemen die dit in strikte zin niet zouden hoeven zijn. De patiënt omdat hij wil dat zijn problemen opgelost worden, de arts omdat hij bij een ruimer aanbod van artsen meer tijd heeft om hierin mee te gaan.

Als artsen hun inkomen zouden willen laten meespelen in deze interactie (hetgeen niet bewezen is), maakt de Nederlandse DBC-bekostigingssystematiek dit maatschapsartsen mogelijk. Met name bij DBC's waarin de protocollen niet eenduidig omschreven zijn, de indicatie subjectief is en die een laag risi-

co met zich meebrengen voor de patiënt (dit geldt voor 10% tot 20% van de Nederlandse ziekenhuiszorg (Pomp 2008)) is dit mogelijk. Het is hiervoor niet nodig ethische regels te overschrijden. Het kan prima gaan om defensieve zorg, verruiming van indicaties of het tegemoetkomen aan een dringende, maar in strikte zin misschien niet volledig medische vraag van de patiënt.

Literatuurlijst

Berende, E. M., et al. Regulation of the postgraduate medical education. Research paper Nederlandse Zorgautoriteit, 2009.

Birch, S. The identification of supplier inducement, in a fixed price system of health care provision: the case of dentistry in the United Kingdom. *Journal of Health Economics*, 1988, no. 7, p. 129-150.

Blendon, R.J., et al. Health reform lessons learned from physicians in three nations. *Health Affairs*, 12, 1993, no. 3, p. 194-203.

Brake, H. te, et al. Bekostiging van de huisartsenzorg: vóór en na de stelselwijziging, monitor 2006. Utrecht, Nivel, 2007.

Bunker, J.P. en B.W. Brown. The physician-patient as an informed consumer of surgical services. *New England Journal of Medicine*, 1974, no. 290, p. 1051-1055.

Carlsen F. en J. Grytten. Consumer satisfaction and supplier induced demand. *Journal of Health Economics*, 2000, no. 19, p. 731-753.

Cromwell, J. en J.B. Mitchell. Physician induced demand for surgery. *Journal of Health Economics*, 1978, p. 293-313.

Delattre, E. en B. Dormont. Fixed fees and physician-induced demand: A panel data study on French physicians. *Health Economics*, 12, no. 9, p. 741 – 754.

Dotinga A. en H. Verkleij. Verschillen in zorggebruik tussen laag- en hoogopgeleiden waarbij gecorrigeerd wordt voor gezondheidsverschillen. *Zorgbalans 2008*. Bilthoven: RIVM, 2008. <<http://www.gezondheidszorgbalans.nl>> Toegankelijkheid\ Sociale toegankelijkheid, 4 december

Dranove, D. en P. Wehner. Physician-induced demand for childbirths. *Journal of Health economics* 1994, no. 13, p. 61-73.

Dumont, E., et al. Physicians' multi-tasking and incentives : Empirical evidence from a natural experiment. *Journal of Health Economics*, 2008, no. 27, p. 1436-1450.

- Escarse, J.J. Explaining the association between surgeon supply and utilization. *Inquiry: a journal of medical care organization, provision and financing*, 29, 1992, no. 4, p. 403-415.
- Fuchs, V.R. The supply of surgeons and the demand for operations. *Journal of Human resources*, 13, 1978, supplement, p. 35-56.
- Green, J. Physician induced demand for medical care. *Journal of Human Resources*, 13, 1978, no. 13, p. 21 -33.
- Hadley, J. en R. Lee. Toward a physician payment policy: evidence of the economic stabilization programme. *Policy sciences*, 10, 1978, p. 105-120.
- Hay, J. en M.J. Leahy. Physician induced demand. *Journal of health economics*, 2, 1982, p. 231-244.
- Heaton, P. en E. Helland. Does treatment respond to reimbursement rates? Evidence from trauma care. Working paper RAND institute for civil justice, 2009.
- Hickson, G.B. et al. Physician reimbursement by salary or fee for service: effect on a physician's practise behavior in a randomized prospective study. *Pediatrics*, 80, 1987, p. 744-750.
- Hurley, J. en R. Labelle. Relative fees and the utilization of physicians' services in Canada. *Health Economics*, 4, 1995, p. 419-438.
- Iversen, T. en H. Lurås. Economic motives and professional norms: the case of general medical practice. *Journal of Economic Behaviour and Organization*, 43, 2000, p. 447-470.
- Jürges, H. Health Insurance Status and Physician-Induced Demand for Medical Services in Germany: New Evidence from Combined District and Individual Level Data. SOEP Paper No. 8. University of Mannheim, 2007.
- McGuire, T.G. Physician agency. In: Cuyler, A.J. en J.P. Newhouse (eds). *Handbook of Health Economics*, I, hoofdstuk 9, p. 462-536. Elsevier Science B.V., 2000.

Medicare Payment Advisory Commission. Health care spending and the medicare programme: a data book. Washington, DC, 1998.

Monitor Huisartsenzorg 2008. Analyse van het nieuwe bekostigingssysteem en de marktwerking in de huisartsenzorg, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, 2009.

Nguyen, N.X. en F.W. Derrick. Physician behavioral response to a Medicare price reduction. *Health Services Research*, 32, 1997, p. 283-298.

Pomp, M. Aanbodgeïnduceerde vraag: feit of fictie? Marc Pomp Economische Beleidsanalyse, Breda, 2009.

Post, D. Verandering van patiëntstromen na sluiting ziekenhuis. *Medisch contact*, 1997, no. 12, p. 383-385.

Rijen, A.J.G. van en L. Ottes. Regionale verschillen in gebruik van zorg. In: met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.

Roberfroid, D., et al. Het aanbod van artsen in België. Huidige toestand en toekomstige uitdagingen. KCE reports 72A. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2008.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Met het oog op gepaste zorg, achtergrondstudie bij het advies Gepaste Zorg, Zoetermeer, 2004.

Yip, W. Physician Responses to medical fee reductions, changes in the volume and intensity of supply of coronary, artery bypass graft, surgeries in the Medicare and private sectors. *Journal of Health Economics*, 1998, no. 17, p. 675-700.

Nguyen, N.X. en F.W. Derrick (1997) Physician behavioral response to a Medicare price reduction, *Health Services Research* vol 32, p283-298

NZA (2009) *Monitor Huisartsenzorg 2008*, Analyse van het nieuwe bekostigingssysteem en de marktwerking in de huisartsenzorg, Utrecht

Pomp, M. (2009), *Aanbodgeïnduceerde vraag: feit of fictie?* Marc Pomp Economische Beleidsanalyse, Breda

Post, D. (1997) Verandering van patiëntstromen na sluiting ziekenhuis, *Medisch contact* no 12 p. 383-385

Rijen, A.J.G. van, L. Ottes, (2004) Regionale verschillen in gebruik van zorg, In: *met het oog op gepaste zorg*, Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Roberfroid, D. S. Stordeur, C. Chamberlin, C. van de Voorde, F. Vrijens, C. Léonard (2008) *Het aanbod van artsen in België. Huidige toestand en toekomstige uitdagingen*, KCE reports 72A

RVZ (2004) *Met het oog op gepaste zorg*, achtergrondstudie bij het advies Gepaste Zorg, Zoetermeer

Yip, W., (1998), Physician Responses to medical fee reductions, changes in the volume and intensity of supply of coronary, artery bypass graft, surgeries in the Medicare and private sectors, *Journal of Health Economics*, 17, p. 675-700