

De beste zorg

In het najaar van 2010 verscheen het regeerakkoord van de VVD en het CDA. Beroepshalve manoeuvreert een gezondheidseconoom rechtstreeks naar de paragraaf over gezondheid.

De eerste twee regels hieruit luiden als volgt: “Een kwalitatief hoogstaande, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg is cruciaal voor een samenleving. Mensen hebben recht op de beste zorg die er is (VVD-CDA, 2010)”. Deze beste zorg wil de regering uiteraard vertaald zien in de maatregelen zoals genoemd in het regeerakkoord. Dit suggereert dat er een definitie van beste zorg is. Het regeerakkoord biedt hier echter geen duidelijkheid en dientengevolge lijken de maatregelen arbitrair. Dit roept de vraag op hoe de beste zorg dan wel kan worden gedefinieerd.

Voor de regering bevat die definitie drie elementen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid (VVD-CDA, 2010). Vanuit de patiënt kan gedacht worden aan zorg die veilig is, de meeste levensverlenging biedt of de kwaliteit van leven het meeste doet toenemen. De behandelaar sluit hierbij aan door zorg conform *evidence-based-richtlijnen* te leveren. Dit betekent dat de behandelaar zich bij besluitvorming over het handelen bij gezondheidsproblemen baseert op het beste wetenschappelijke bewijs (Sacket *et al.*, 1997). Zorgverzekeraars die praten over beste zorg denken hierbij vooral aan kwaliteit op basis van indicatoren zoals het aantal operaties per chirurg of het aanwezig zijn van een vast aanspreekpunt tijdens de behandeling en informatievoorziening (CZ, 2011). Adviesorganen van de overheid spreken over gepaste zorg en het tegengaan van over- en onderconsumptie van zorg (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004). De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft het over verantwoorde zorg. Dit is zorg die voldoet aan veld- en beroepsnormen en is gewaarborgd door een werkend kwaliteitssysteem. Dat dit voor de politiek niet altijd de beste zorg is, bleek bijvoorbeeld uit de discussie over de autistische Brandon die drie jaar lang dagelijks werd vastgebonden aan de muur van de instelling waar hij verbleef. Ondanks onderkenning dat het hier om verantwoorde zorg ging, was de status quo voor politici onvoldoende (de Volkskrant, 2011). Ondanks de overeenkomst tussen betrokken actoren dat ze de beste zorg relateren aan de patiënt, blijken de opvattingen dus sterk uiteen te lopen. Een eenduidige en universele definitie waarbinnen de verschillende perspectieven verenigd zijn, is beter haalbaar wanneer de beste zorg wordt gezien vanuit het perspectief van de burger.

Iedere burger in Nederland is verplicht verzekerd voor zorg en heeft daarmee recht op de beste zorg. Als de burger patiënt wordt, wil hij zijn recht op de beste zorg uitoefenen. Problemen doen zich voor als hij de door hem gewenste zorg, al dan niet tijdelijk, niet kan krijgen en bijvoorbeeld op een wachtlijst komt. De door de patiënt geprefereerde zorg wordt dan gedwongen uitgesteld en de verzekeraar blijft in gebreke omdat de contractuele zorg niet geleverd wordt, waardoor een welvaartsverlies optreedt voor de patiënt. De waarde van het verlies is gelijk aan het bedrag dat de patiënt minimaal nodig acht hem voor de gederfde zorg of uitgestelde zorg te compenseren. Deze *ex post* benadering krijgt een ex

ante karakter als de verzekeraar de wachttijd voor bepaalde zorg meeneemt in de premie. De verzekeraar biedt dan zorg binnen een bepaalde, contractueel overeengekomen termijn. In beide gevallen is duidelijk dat de burger maximale zorg afruilt tegen een lagere zorgpremie, waardoor deze meer geld overhoudt voor andere bestedingsmogelijkheden. Recht op de beste zorg is dan eenvoudigweg recht op zorg die wáár voor je geld biedt, ofwel recht op doelmatige zorg. Bovendien is doelmatige zorg niet voor iedereen gelijk, maar afhankelijk van individuele voorkeuren ten aanzien van zorg. Deze voorkeuren worden afgeruild tegen een gewenst premieniveau dat resulteert in een evenwicht dat het zorgaanbod, oftewel het basispakket bepaalt.

De beste zorg voor de burger is dus niet in één dimensie uit te drukken zoals veel actoren doen, maar bestaat uit een set van voorkeuren, zoals effectieve en veilige zorg, maar ook een rechtvaardige verdeling, alles gerelateerd aan wat de burger ervoor wil betalen. Dit resulteert dan in een definitie van beste zorg die eenduidig en universeel is. Het regeerakkoord daarentegen lanceert het begrip beste zorg zonder heldere omschrijving van het betekenisveld en koppelt er vervolgens allerlei maatregelen aan. Dat is noch eenduidig, noch samenhangend en bovendien blijft de beste zorg hierdoor voortdurend onderwerp van debat (Brouwer en Leijten, 2011). Dat is jammer en frustrereert de aanpak van de grote problemen in de zorg die door de regering erkend en herkend worden. Oplossingen voor deze problemen kunnen uitsluitend succesvol ter hand genomen worden als de beste zorg eenduidig en universeel gedefinieerd wordt, waarna op basis hiervan een samenhangend kader voor pakketafbakening wordt geformuleerd en dit consequent door de regering wordt nageleefd.

LITERATUUR

- Brouwer, W. en R. Leijten (2011) Nudge voor beleid: zorg. *ESB*, 96(4605), 148–149.
 CZ (2011) *Overzicht beste borstkankerzorg*. Overzicht op www.cz.nl.
 De Volkskrant (2011) Het enige verschil: Brandon draagt kleren. *De Volkskrant*, 19 januari.
 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2004) *Gepaste zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
 Sacket, D., W. Richardson, W. Rosenberg en R. Haynes (1997) *Evidence-based medicine: how to practice and teach*. Londen: Churchill Livingstone.
 VVD-CDA (2010) *Vrijheid en verantwoordelijkheid. Regeerakkoord*. Den Haag: VVD-CDA.

EDDY ADANG

Universitair hoofddocent bij het Universitair Medisch Centrum St Radboud

De redactie behoudt zich het recht voor inzending voor de rubriek mening te wijzigen, in te korten, aan te passen of te redigeren ten behoeve van de leesbaarheid en argumentatie.