

Stel heldere algemene grenzen aan het pakket, maar laat de uitvoering aan anderen over...

De uitgaven aan gezondheidszorg groeien al jaren relatief sterk. Ondermeer door de sterke groei in medische technologie, die zijn weg zoekt naar de zorg en het verzekerde basispakket. De beoordeling van die technologie op de wenselijkheid van collectieve financiering binnen het basispakket is belangrijk. In een stelsel op basis van gereguleerde concurrentie is dit een van de weinige instrumenten voor uitgavenbeheersing, terwijl de doelmatigheid en rechtvaardige verdeling van zorg ermee kunnen worden geborgd. Pakketbeheer is dus een steeds belangrijker taak. Minimaal twee zaken zijn voor de adequate uitvoering van deze taak vereist. Allereerst dat de politiek mede verantwoordelijkheid draagt voor een heldere invulling van de criteria op basis waarvan het pakket dient te worden samengesteld. Ten tweede dat de politiek zich niet in directe zin mengt in de uitvoering van pakketbeheer, maar de daarvoor bestemde instituten daartoe mandateert. Het huidige kabinet heeft, met de oprichting van het Kwaliteitsinstituut in zicht dankzij oud-minister Klink, een uitgelezen kans om op beide fronten te scoren. De vraag is vooral of het de politieke moed ertoe ook heeft.

Pakketbeheer

Pakketbeheer in Nederland vindt plaats onder de verantwoordelijkheid van de minister van VWS. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) adviseert de minister over het basispakket. Het CVZ gebruikt hiertoe steeds meer een duidelijk afwegingskader, waarin de criteria noodzakelijkheid (hoe belangrijk is verzekerd ingrijpen gezien de ziekte en behandeling), effectiviteit (in welke mate werkt de behandeling) en doelmatigheid (worden kosten gerechtvaardigd uit opbrengsten) centraal staan. Kort gezegd geeft dit kader aan dat naarmate de aandoening die iemand heeft ernstiger is, de maatschappij meer wil betalen om een eenheid gezondheid bij die persoon te winnen. Het CVZ maakt afgewogen keuzen hiermee in een helder besluitvormingsproces. Op die wijze kan een coherent, eerlijk en doelmatig pakket worden samengesteld.

Invulling afwegingskader

Om het afwegingskader werkbaar te maken, zijn wel een aantal belangrijke, algemene keuzen nodig, die bij uitstek politiek draagvlak en legitimiteit behoeven. Twee aspecten zijn zeer actueel. Allereerst dient duidelijk te worden gemaakt wanneer een ziekte onbeduidend genoeg wordt geacht om de behandeling ervan buiten het pakket te houden. Het huidige kabinet wil middels dit criterium veel bezuinigen, maar vooralsnog ontbreekt een duidelijke definitie van zogenaamde minimale ziektelast. Dit behelst ultiem een normatieve keuze over welke ziektelast dusdanig acceptabel wordt geacht, dat er geen vergoede behandeling voor wordt opgenomen. Ten tweede moet worden bepaald hoe duur een gewonnen gezond levensjaar maximaal mag zijn om nog in

het pakket te passen. Een heikele, maar cruciale grens. Steeds vaker komen er namelijk behandelingen op de markt die weliswaar enige gezondheid winnen, maar soms tegen hele hoge kosten. Er loopt zelfs een speciaal programma gericht op de financiering en toetsing van dure weesgeneesmiddelen. Het beoordelen van de resultaten daarvan is uiteraard onmogelijk zonder een dergelijke grens. Mag twee maanden extra leven in matige gezondheid bijvoorbeeld 40.000 euro kosten? Tot nu toe ontbreekt een heldere en onderbouwde politieke uitspraak hierover. Het is ook een zeer precair onderwerp, zeker politiek. Het ontkennen van schaarste in de zorg is makkelijker dan die te erkennen en er consequenties aan te verbinden. Ook de veelgenoemde grens van 80.000 euro is niet goed onderbouwd en wordt niet scherp gehanteerd. Hier kan de politiek moed tonen door helderheid te verschaffen over acceptabele grenzen. Dat is moeilijk, maar onontkoombaar. Ook zonder duidelijke en gelegitimeerde grenzen worden er namelijk keuzen gemaakt.

Uitvoering aan anderen

Wanneer de kaders voor pakketafbakening helder zijn, en dat zijn ze grotendeels vanwege het afwegingsmodel en -proces van het CVZ, dient de politiek zich bij voorkeur niet in directe zin te bemoeien met de praktijk van pakketbeheer. Het bespreken van specifieke voorzieningen in de Kamer, zoals de rollator, ondermijnt namelijk niet alleen de toepassing van het afwegingskader, maar daarmee ook de consistentie en optimalisatie van het pakket. Vooral omdat in de politieke arena veelal moeite bestaat met het uitsluiten van voorzieningen en het toegeven van financiële grenzen aan de zorg. Om over de versturende werking van pakketdiscussies rond formaties nog maar te zwijgen. Op het niveau van specifieke voorzieningen past juist politieke terughoudendheid middels een sterk mandaat aan de uitvoerende instantie, thans het CVZ. Hierbij kan het Engelse voorbeeld worden gevolgd, waar het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) een belangrijke taak hierin heeft.

Kwaliteitsinstituut

De praktische uitwerking van deze zaken is in feite eenvoudig. Thans wordt namelijk invulling gegeven aan het voornemen om in 2013 een Kwaliteitsinstituut op te richten dat de kwaliteit en doelmatigheid van de Nederlandse zorg moet verbeteren. Het ligt zeer voor de hand dit Kwaliteitsinstituut nauw te verweven met het CVZ en het een vergaand mandaat te geven met betrekking tot pakketafbakening op basis van helder ingevulde criteria waarvoor de politiek mede verantwoordelijkheid draagt. Tussen ons en dit wenkende vergezicht staat dus alleen nog politieke wil en moed.

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.



WERNER BROUWER
Hoogleraar aan de Erasmus
Universiteit Rotterdam



RENKE LEIJTEN
Tweede Kamerlid SP

...Rommel niet in het pakket, maar kom met alternatief voor marktwerking gezondheidszorg

Zoals de heer Brouwer terecht stelt, stijgen de uitgaven van de gezondheidszorg al jaren relatief sterk. De enige verklaring die hij hiervoor expliciet noemt, is de groei van medische technologie. Het is waar dat er steeds meer mogelijk is en dat daar kosten aan zijn verbonden. Los van de vraag of dit überhaupt erg is, behoeft deze kostenstijging wel enige nuance. Veel nieuwe geneesmiddelen en technieken komen in de plaats van oudere, minder effectieve en efficiënte behandelingen, en niet erbovenop. Daarnaast moet het aandeel van de nieuwe technologie in de stijging van de totale zorgkosten niet worden overdreven. In de langdurige zorg spelen technologische ontwikkelingen nauwelijks een rol en daar zien we de kosten ook sterk stijgen. En wat te denken van de stijging van de kosten als gevolg van de invoering van diagnosebehandelcombinaties (DBC's)? Zouden de DBC's hebben geleid tot spectaculaire technologische doorbraken of is er wellicht iets anders aan de hand?

Brouwer noemt pakketbeheer een van de weinige middelen om de zorgkosten te beperken in een stelsel van gereguleerde concurrentie. Helaas stelt hij zich hierbij niet de vraag of dit misschien betekent dat dit stelsel niet deugt. Concurrentie in de zorg is geen natuurverschijnsel, maar het gevolg van politieke keuzes. Er komen steeds meer aanwijzingen dat juist de marktwerking, die de gezondheidszorg beter en goedkoper zou maken, leidt tot stijgende zorgkosten. Dit is niet verbazingwekkend: maak van onderdelen van de zorg een lucratief product en zie, de productie stijgt. De afgelopen jaren zagen we bijvoorbeeld een forse stijging in de omzet door het aantal verrichtingen in de ziekenhuiszorg. Ondanks een daling van de prijs per verrichting met drie procent in het B-segment zagen we toch nog een totale kostengroei van zeven procent door de stijging van het volume. In de langdurige zorg is een parallelle ontwikkeling gaande doordat de kosten worden opgejaagd door onder meer persoonsgebonden budgetten die de collectiviteit ondermijnen.

Ik wil ervoor pleiten dat we met een andere bril naar de zorg gaan kijken. We voelen ons toch allemaal ongemakkelijk bij discussies over de vraag hoeveel een extra levensjaar mag kosten? Eigenlijk vinden we dit soort discussies onethisch. Brouwer noemt dit een precair probleem en hij roept de politiek op om niet langer de schaarste aan zorg te ontkennen en aan die schaarste consequenties te verbinden. Deze oproep is mij uit het hart gegrepen. Ik verbind hier de volgende consequenties aan: concurrentie in een sector als de zorg waar bij uitstek moet worden samengewerkt, leidt onder andere tot stijging van de productie en van de kosten voor zowel de burger als de overheid. In een schaarse markt is het

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

essentieel om samen te werken. Wanneer de Groningse ziekenhuizen moeten concurreren, is dat een nadeel voor de streekziekenhuizen, die met samenwerken op specialismen juist open kunnen blijven.

Laten we alle medisch noodzakelijke en maatschappelijk nuttige zorg en voorzieningen onderbrengen in een volksverzekering met inkomensafhankelijke premies. Hiermee kunnen we een forse impuls aan onze welvaart geven. De discussie over wat medisch noodzakelijk en maatschappelijk nuttig is, voeren we trouwens in alle openheid met de betrokkenen. Onbetaalbaarheid is daarbij geen vaststaand gegeven, het is een politieke keuze om iets onbetaalbaar te noemen. Wanneer we uitgaan van het sociale grondrecht op zorg, moeten we de rekening samen opbrengen en niet doorschuiven naar de patiënt. dat is namelijk het enige alternatief. Pakketverkleining zal niet leiden tot minder kosten, het zal leiden tot meer eigen betalingen en een grotere tweedeling. Het is nodig dat we eens verder kijken dan enkel de zorgbegroting en de opbrengst van goede en breed toegankelijke gezondheidszorg voor de hele maatschappij. Elke euro zorggeld betaald zich dubbel en dwars terug (Pomp, 2010).

Brouwer begon zijn betoog met de kosten van medische technologie. Mee eens. De overheid moet nieuwe dure geneesmiddelen en behandelingen collectief inkopen om de kosten te drukken. Daarnaast moeten we een einde maken aan de situatie dat in één buurt meerdere concurrerende zorgaanbieders met hetzelfde bezig zijn. Dat de zorggebruiker een calculerende consument zou zijn, is een liberaal fabeltje. Wie ziek is wil gewoon goede zorg en heeft wel iets anders aan het hoofd dan urenlang producten vergelijken op Kiesbeter.nl.

Tot slot, waar Brouwer pleit voor politieke moed, val ik hem van harte bij. Maar door de politiek op te roepen zich niet meer inhoudelijk met het pakket te bemoeien, bepleit hij in feite het tegendeel. Mensen die zich bijvoorbeeld zorgen maken dat de rollator uit het pakket verdwijnt, kunnen zich dan niet meer wenden tot de volksvertegenwoordiging, want die gaat er dat niet meer over. Het steeds meer afschuiven van verantwoordelijkheid door de politiek getuigt niet van politieke moed, maar van lafheid. Laat de discussie over wat in het pakket thuishoort over aan de gekozen volksvertegenwoordiging, onder toezicht en corrigerend oog van de burger.

LITERATUUR

Pomp, M. (2010) *Een beter Nederland. De gouden eieren van de gezondheidszorg*. Amsterdam: Uitgeverij Balans.