

Ten geleide

De Nederlandse gezondheidszorg behoort tot de top van de wereld. Dat is iets om enorm trots op te zijn, maar er lonkt wel een probleem met de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van onze zorg. Hiervoor zijn dringende maatregelen nodig. Gepast gebruik is hierin heel belangrijk: niet meer doen dan nodig is, geen dure zorg waar goedkope volstaat, geen *spécialité* als er een generiek medicijn bestaat en bestaande protocollen en richtlijnen goed naleven. Kortom, gewoon doen wat we moeten doen. Maar hoe krijgen we het in de praktijk nou voor elkaar dat we alleen gepaste zorg leveren? Dat is de uitdaging waar we voor staan. Om die uitdaging aan te gaan hebben we de wetenschap hard nodig.

Een deel van de kostenstijging in de zorg komt door de vergrijzing, maar een veel groter deel komt doordat we steeds meer kunnen en ook steeds meer willen. Er zijn drie manieren om hierop te sturen: het zorgstelsel, eigen betalingen en het pakket. Het afgelopen decennium is werk gemaakt van een marktgericht stelsel voor de curatieve zorg, terwijl de langdurige zorg wordt geleverd via een door de overheid gestuurd budgetstelsel. Discussies over beide systemen, en de voor- en nadelen, worden volop gevoerd. Het gereguleerde marktwerkingmodel voor de curatieve zorg is uniek in de wereld, al groeien de verschillende gezondheidssystemen in Europa wel naar elkaar toe. In dit ESB-dossier leveren Schut *et al.* een bijdrage aan de discussie door te stellen dat de bekostiging de samenwerking tussen eerste en tweede lijn in Nederland nog te veel in de weg staat; en dat er bij de ziekenhuizen te veel prikkels zijn voor alsmat meer productie.



EDITH SCHIPPERS

*Demissionair minister
van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

In Nederland wordt de zorg grotendeels collectief bekostigd en zijn de eigen betalingen relatief laag. De eigen betalingen nemen wel toe, om de collectieve kostengroei te beperken. Richard van Kleef en Wynand van de Ven doen de oproep de hoogte van de eigen bijdrage in het vervolg te koppelen aan de doelmatigheid van de behandeling. Mensen betalen dan meer voor zorg met een beperkte effectiviteit.

Het collectief verzekerde pakket is omvangrijk in Nederland. Waaruit bestaat een gepast pakket? Gezondheidseconomen hebben daarvoor de *Health Technology Assessment* (HTA) ontwikkeld. Frans Rutten stond in ons land aan de wieg van deze subdiscipline. Inmiddels houden honderden zich hiermee elke dag bezig. Dit dossier beschrijft de stand van hun onderzoek.

Zo schetsen Brouwer en Van Exel een kader om de waarde van gezondheid te bepalen. Ook wijzen verschillende auteurs op het belang van meer economische evaluatie van geneesmiddelen vóór toelating tot het pakket. Dat de kwaliteit van leven van de patiënt wat mij betreft een grotere rol moet spelen in deze discussie doet niets af aan de noodzaak pakketbeslissingen te blijven voeren met dit soort van analyses.

De uitdaging van een kwalitatief hoogwaardige, toegankelijke en betaalbare zorg blijft groot, maar de rechtvaardigheid is op orde. Zoals dit dossier laat zien, is de zorg in Nederland hoofdzakelijk verdeeld naar medische behoefte; inkomen speelt een (veel) kleinere rol dan in andere EU-landen. We hebben een heel solidair systeem. Gepaste pakketbeslissingen, gepast gebruik en gepaste zorgverlening helpen dit in de toekomst zo te houden.

SINDS 1916