

Podium voor Bio-ethiek

Thema: Kosten in de zorg

Zorgkosten, realiteit, retoriek

Eric van de Laar en Jan Peil

Er is geen panacee. Kostenbeheersing in de zorg vergt brede visie

Karel-Peter Comanje en Robert Vonk

Zorguitgaven: lust en last

Johan Polder

Op weg naar waardecreatie in de zorg: van Ego naar Eco.

Michel van Schaik

Financiële blik op zorgkosten vertroebelt discussie

Marcel Canoy

Beheersing van de zorguitgaven: boekhouders en dijkbouwers

Marc Pomp

Hernieuwde verkenning van fair innings in een veranderende demografie

Robin Pierce

Zorgbeleid & het belang van mensenrechten

Martin Buijsen

Colofon

De NVBe streeft naar (1) stimulering van de bio-ethiek (humane, dier- en natuurethiek) in relevante sectoren, (2) contacten tussen vertegenwoordigers uit verschillende vakgebieden, instellingen en organisaties die betrokken zijn bij bio-ethische kwesties, (3) erkenning van de waarden van een open discussie over bio-ethische problemen in wetenschap en samenleving, (4) presentatie van discussies in de bio-ethiek in Nederland.

Het Podium voor Bio-ethiek (voorheen de Nieuwsbrief) van de vereniging draagt bij aan deze doelen door publicatie van bio-ethisch nieuws (van binnen en buiten de vereniging) en bondige, voor een breed publiek toegankelijke, interdisciplinaire bijdragen over bio-ethische kwesties.

Het Podium voor Bio-ethiek verschijnt vier keer per jaar en wordt toegezonden aan leden van de NVBe. Het Podium voor Bio-ethiek, mededelingen uit de Vereniging en bio-ethische informatie verschijnen ook op www.nvbe.nl

Redactieadres

Secretariaat NVBe (Jeannette Boere en Suzanne van Vliet)
t.a.v.: Podium-redactie
Janskerkhof 13a, room 1.06
3512 BL Utrecht

t.a.v.: Mw. Jeannette Boere, A.C.M.Boere@uu.nl,
Mw Suzanne van Vliet, S.vanvliet@uu.nl

Redactie

drs. Carla Bal, drs. Dorine Bauduin, drs. Clemens Driessen,
dr. André Krom, dr. Eric van de Laar, dr. Heleen van Luijn,
dr. Niels Nijsingh, drs. Virgil Rerimassie,
dr. Lieke van der Scheer, dr. Boukje van der Zee.

Opmaak

drs. Ger Palmboom.

Instructie voor bijdragen

Bijdragen in overeenstemming met de doelstelling van Het Podium voor Bio-ethiek zijn van harte welkom. Voor suggesties en vragen kunt u zich wenden tot de redactie via het e-mailadres. Artikelen bij voorkeur rond de 1500 woorden, boekbesprekingen en verslagen van congressen, conferenties, etc. maximaal 500 woorden.

Bij voorkeur geen uitgebreide literatuurverwijzingen. Bijdragen kunt u per e-mail sturen naar het redactieadres.

De redactie behoudt zich het recht voor bijdragen te weigeren of in te korten.

Bestuur NVBe

dr. Henk van den Belt, dr. Heleen van Luijn (penningmeester),
dr. Lieke van der Scheer, drs. Margreet Stolper,
dr. Donald van Tol, prof. dr. Frans Brom (voorzitter)
Dr. Anke Oerlemans, Drs. Clemens Driessen

Lid worden?

Iedereen die op een of andere manier (op academisch niveau) betrokken is bij de levenswetenschappen en de ethische reflectie daarop, kan lid worden van de Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek (NVBe).

Neem contact op met het secretariaat:

Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek
mw. Suzanne van Vliet, s.vanvliet@uu.nl
Janskerkhof 13a, room 1.06
3512 BL Utrecht

Inhoudsopgave

Thema: Kosten in de zorg

- 2 Inleiding: Kosten in de Zorg**
Stans van Egmond, Eric van de Laar, Lieke van der Scheer (themaredactie)
- 3 Zorgkosten, realiteit, retoriek**
Eric van de Laar en Jan Peil
- 6 Er is geen panacee. Kostenbeheersing in de zorg vergt brede visie**
Karel-Peter Comanje en Robert Vonk
- 9 Zorguitgaven: lust en last**
Johan Polder
- 12 Op weg naar waardecreatie in de zorg: van Ego naar Eco**
Michel van Schaik
- 16 Financiële blik op zorgkosten vertroebelt discussie**
Marcel Canoy
- 19 Beheersing van de zorguitgaven: boekhouders en dijkenbouwers**
Marc Pomp
- 22 Hernieuwde verkenning van *fair innings* in een veranderende demografie**
Robin Pierce
- 25 Zorgbeleid & het belang van mensenrechten**
Martin Buijsen
- Recensie**
- 28 Dick Kleinlugtenbelt, Levenskunst. Beviend raken met jezelf**
Dorine Bauduin
- Algemeen**
- 29 Berichten van het Rathenau Instituut**
Marjolijn Heerings

Lid worden?

U bent van harte welkom als lid van de NVBe. U kunt uw aanmelding als lid mailen naar: s.vanvliet@uu.nl. Na aanmelding zult u een rekening ontvangen voor de contributie. Als uw betaling binnen is, wordt uw lidmaatschap definitief en zult u het Podium voor Bio-ethiek en de uitnodigingen voor NVBe-activiteiten ontvangen.

De jaarlijkse contributie bedraagt:

- voor individuele leden € 40.
- AIO's en studenten betalen € 25.
- Voor instituten kost het lidmaatschap jaarlijks € 175.

Voordelen?

1. Deelname aan nationaal interdisciplinair bio-ethisch netwerk.
2. Driemaandelijks gratis ontvangst van het Podium voor bio-ethiek.
3. Uitnodiging en gratis toegang tot het NVBe-jaarsymposium en de onderwijsmiddag.
4. Gratis ontvangst jaarlijks gepubliceerde pre-advies.

Thema: Kosten in de zorg

Inleiding

Er lijkt een algemene consensus te bestaan dat de kosten in de zorg stijgen en bovendien dat die stijging een probleem is, nu en in de nabije toekomst. Er wordt een aantal oorzaken van de stijging genoemd. Toename van de vraag naar zorg vanwege vergrijzing en dubbele vergrijzing, toename van chronisch zieken, toename van mondige patiënten die meer vragen en de inzet van technologie die zowel tot hogere kosten als tot meer vraag leidt.

Tegelijkertijd laat onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit naar uitgaven in de zorg in 2011, zien dat stijgingen van de uitgaven in de zorg vooral veroorzaakt worden doordat patiënten met lichtere aandoeningen meer behandelingen door verschillende specialisten krijgen. En dus niet zozeer door een toename van complexere aandoeningen. De Minister van Volksgezondheid ziet als een van de oplossingen voor het tegengaan van stijgingen bewustwording bij patiënten van kosten in de zorg. Maar het is de vraag of dat zal helpen, gezien de informatieachterstand van patiënten in de zorg en de complexiteit van het financieringssysteem. Ook kan men vragen stellen bij de wijze waarop getracht wordt de kosten te beheersen, als aan de ene kant mensen zorg ontzegd wordt via besparingen op de AWBZ en aan de andere kant aan het einde van het leven telkens weer zeer dure high tech zorg aangeboden wordt.

Kortom, achter de ogenschijnlijke consensus gaat veel onduidelijkheid schuil over oorzaken en aanpak van de stijgende kosten in de zorg. Dat roept de vraag op in hoeverre de consensus stoelt op een reële analyse of dat we te maken hebben met een eenzijdig verhaal dat veeleer de politieke actualiteit weerspiegelt of anderszins door belangen vertekend is. Wat is hier retoriek en wat zijn werkelijke problemen in de zorg gerelateerd aan de kosten? Veroorzaakt de invalshoek van de kosten niet een blikvernauwing die het zicht ontnemt op andere relevante problemen, die gebaat zouden zijn bij een ander jargon in de discussie dan enkel dat van de financiën?

Rond deze vragen is dit themanummer ingericht. We starten met twee artikelen die het kader stellen.

Het eerste artikel van Eric van de Laar en Jan Peil plaatst de economische feiten en de getallen in wetenschapsfilosofisch perspectief. Karel-Peter Companje en Robert Vonk plaatsen de zorg om de stijging van de zorgkosten in historisch perspectief. Zij stellen de vraag of we iets kunnen leren van het verleden. Wat zijn de oorzaken van groei en welke instrumenten zijn in het verleden gebruikt om de kostenstijging te beteugelen?

Johan Polder toont dat de gezondheidszorg zowel een bron van welvaart is als een bedreiging ervoor. Een 'wicked problem': morele en politieke overwegingen staan een eenduidige oplossing in de weg. Het is zoeken naar een fijnzinnige balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Michel van Schaik bepleit de overgang van een Ego- naar een Eco-systeem. Dat vereist een focus op een gezamenlijk en maatschappelijk doel van betaalbare en toekomstbestendige zorg.

Marcel Canoy analyseert vier voorbeelden aan de hand van de vraag wat eigenlijk overbodige en te dure zorg is. Hij concludeert dat ethische analyse liefst voorafgaand aan vernieuwingen moet plaatsvinden. Marc Pomp stelt vast dat de kosten-effectiviteitsbepaling in de zorguitgaven in bepaalde gevallen als onethisch wordt gezien en dat er daarom ook niet-kosten-effectieve zorg wordt geleverd. Om vervolgens toch te voorkomen dat de kosten de pan uitrijzen, bepleit hij een publieke Research & Development op het terrein van kostenverlagende procestechnologie.

Robin Pierce onderzoekt de fair-innings-benadering, waarmee beschikbare middelen eerlijk worden verdeeld op basis van een gelijke portie gezond leven en wordt voorkomen dat mensen te vroeg sterven door gebrek aan zorg. Zij vraagt zich af of het een geschikte aanpak is om stijgende kosten in zorg te beteugelen. Martin Buijsen ten slotte bespreekt de verhouding van de Nederlandse beleidsvoornemens tot 'hogere', internationaal erkende mensenrechten.

Kortom, een rijk nummer met vele verschillende invalshoeken op deze belangrijke en actuele kwestie in de gezondheidszorg.

Stans van Egmond (gastredacteur)

Eric van de Laar en Lieke van der Scheer

Themaredactie

Thema: Kosten in de zorg

Zorgkosten, realiteit, retoriek

Eric van de Laar en Jan Peil

Al decennialang horen we de verzuchting dat de kostenstijging in de zorg niet langer door kan gaan. Met het jaar lijkt de nood hoger te worden. Maar is die zorg op feiten gebaseerd of is het pure retoriek? Zijn feiten en retoriek elkaars tegenpolen? Zijn de zorgen reëel of denkbeeldig? Dat gaan we in dit artikel niet cijfermatig na, maar we wijden een filosofische beschouwing aan de vraag naar wat feiten zijn en hoe ze functioneren in de economische wetenschap. De uitkomst heeft consequenties voor het antwoord op de vraag of ‘de feiten’ politieke keuzes kunnen beslechten.

Zicht op de feiten

‘Niemand heeft echt zicht op de zorguitgaven’, stelde Kees Vendrik, lid van het bestuur van de Algemene Rekenkamer december 2013 in het tijdschrift *Zorgvisie*, bij gelegenheid van het verschijnen van het rapport *Transparantie ziekenhuisuitgaven*. In 2011 is de Rekenkamer begonnen met het onderzoeken van de Nederlandse zorguitgaven. Ook toen al, in een eerder rapport, was het oordeel dat de minister het zicht ontbeert om adequaat te kunnen ingrijpen in de sector. Het probleem was toe te schrijven aan de overmatig complexe bekostigingsstructuur. Ondanks de veranderingen die de minister in de tussentijd heeft doorgevoerd, waaronder de nieuwe, vereenvoudigde financieringssysteem voor behandelingen, is er volgens de Rekenkamer nog steeds onvoldoende zicht. Zowel de Rekenkamer als de minister erkennen dat dit zorgelijk is, maar ze zijn er beiden van overtuigd dat het een oplosbaar probleem is.

De bezorgdheid over de oplopende zorgkosten is niet iets van de laatste jaren, net zo min als de worsteling van de politiek om er grip op te krijgen. Ingrepen en bezuinigingen in de gezondheidszorg liggen gevoelig, omdat gezondheidszorg algemeen als een groot

goed wordt beschouwd en een fundamenteel recht. Dat verklaart de aarzeling en twijfel voor ingrijpende wijzigingen van de zijde van beleidsmakers, zoals bijvoorbeeld bij de invoering van marktwerking. Eind jaren tachtig werd het idee van marktwerking als mogelijke oplossing voor de oplopende zorgkosten voor het eerst voorzichtig geopperd maar het duurde tot 2006 voor dat men (minister Hoogervorst in het kabinet Balkende II) het aandurfde om de stap te zetten met de nieuwe zorgverzekeringswet. Die aarzeling was in dit geval niet zonder grond, want voor velen was het een brug te ver. Met de markt komen motieven van eigenbelang en winst de zorg binnen. Dat kan de zorg waaronder wij in het westen - vanuit een christelijke achtergrond - heel lang ‘onbaatzuchtige toewijding aan de kwetsbare ander’ hebben verstaan, alleen maar geweld aan doen. Een veelgehoorde aanklacht in het publieke debat was en is dat zorg en markt intrinsiek onverzoenbaar zijn (Van de Laar en Peil 2012).

Vanuit het onbehagen jegens marktmotieven in de zorg en de argwaan of gezondheidszorg wel in goede handen is bij de beleidsmakers, is het een kleine stap naar de verdenking dat retoriek de boventoon voert in het politiek beleid. Een economisch doemscenario van uit de hand lopende kosten is een ideaal middel om een besef van urgentie en onvermijdelijkheid op te roepen en de legitimatie af te dwingen voor een bepaalde politieke agenda: dat er bezuinigd moet worden op de kosten in de zorg! Tegenstanders van die politieke agenda brengen de ‘realiteit’ in stelling. Zij willen het doemscenario toetsen aan de feiten: ‘hoe zit het nou echt?’

Een appèl op ‘de realiteit’ en ‘de feiten’ is een klassieke reflex om discussies over moeilijke keuzes en gevoelige beslissingen proberen te beslechten. Natuurlijk heeft dit appèl zijn legitimiteit, want zonder inzicht in ‘hoe het zit’ is het onmogelijk een mogelijke aanpak te bedenken. Hier ligt het gelijk van de Rekenkamer. Maar vaak reikt het appèl verder. Het berust op de verwachting dat de feiten een objectief en neutraal punt vormen, dat ze boven de strijdende partijen staan en dat uit de feiten eenduidig blijkt wat er te doen staat. Feiten zijn nodig in plaats van discussie, want bij gebrek aan feiten heeft de retoriek vrij spel en kan er naar believen met de werkelijkheid gemarchandeerd worden.

Maar hoe invoelbaar het verlangen naar eenduidigheid en eenvoudige oplossingen voor de bekostiging van de gezondheidszorg ook is, deze kijk op en verwachting van de feiten en de negatieve rol die retoriek daarbij krijgt toebedeeld, doen zelf de werkelijkheid van het politieke bedrijf geweld aan.

Wetenschapsfilosofische uitgangspunten

De economische wetenschap is de aangewezen discipline om 'zicht op de feiten' van de kosten in de zorg te verschaffen. Om de uitspraken van economen over de problemen van de zorg op waarde te kunnen schatten, is inzicht nodig in de methodologische uitgangspunten van de economische wetenschap en de discussies die hierover onder economen worden gevoerd. Het gaat daarbij ook om wetenschapsfilosofische vragen over het statuut van economische kennis en feiten, over de verhouding van die kennis tot beleidsadvies, en om de vragen over de rol van interpretatie, argumentatie en retoriek. De discussies bieden een metaperspectief; zij laten zien hoe economen hun vak verstaan en vooral hoe verdeeld ze in deze zijn.

De vragen naar retoriek, realiteit en feiten raken aan misschien wel het belangrijkste twistpunt onder economen, namelijk of economie te begrijpen is als 'science', een 'harde', 'positieve' of exacte wetenschap zoals de natuurwetenschappen of dat ze met haar waardegeladenheid wezenlijk normatief is. Daarmee is in het geding of haar blik objectief – dit wil zeggen waardevrij - geacht kan worden en of de kennis, de feiten, die ze genereert eveneens die kwalificatie toekomt, of dat het vak inherent waardegeladen is en zich op dit punt niet wezenlijk onderscheidt van beleidsadvies.¹ Is economie een positieve of een normatieve wetenschap?

Ieder die enigszins bekend is met wetenschapsfilosofie, zal in de aanspraak op objectiviteit en waardevrijheid het positivisme als achtergrond herkennen. De term is gemunt door de negentiende eeuwse Franse socioloog Auguste Comte. Hij vat wetenschap op als het eindpunt van de ontwikkeling van menselijke kennisverwerving, en zet haar af tegen religie en filosofie (metafysica). Dit zijn de oudere, door hem als achterhaald beschouwde, vormen van menselijk inzicht in de werkelijkheid. Wetenschap onderscheidt zich van haar voorlopers doordat er een uitzuivering heeft

plaatsgevonden van mentale en cognitieve activiteiten, waarin het rationele denken zich losgemaakt heeft uit de vertroebeling van de verbeelding en de moraal. De empirische methode staat garant voor de onversneden weergave van de feiten. Daarom verdient alleen resultaat van de wetenschap het predicaat kennis. Begin twintigste eeuw krijgt deze overtuiging een nieuw elan in het logisch positivisme van de bekende Wiener Kreis. Ook hier is men overtuigd van de mogelijkheid van objectieve -waardevrije - kennis, door de combinatie van wiskundige logica en empirie. In het economische denken voltrekt zich een parallelle ontwikkeling.

Tot en met Adam Smith waren economische vragen een integraal onderdeel van de moraalfilosofie; met het genereren van rijkdom zijn vragen over welzijn, armoede en rechtvaardigheid altijd onlosmakelijk verbonden. In de negentiende eeuw probeerden echter economen als John Stuart Mill en Nassau Senior het wetenschappelijke denken los te maken van de politieke discussies over economie, door de wetenschap te definiëren als "positieve economie" tegenover de zogeheten normatieve economie (Van de Laar en Peil, 2009). Zij zetten daarmee een ontwikkeling in gang waarbij de economische wetenschap op de wijze van Comte opgevat zou worden als waardevrij denken, dat niet alleen onderscheidbaar is maar ook te scheiden is van waardegeladen denken. Deze scheiding is tot in onze tijd het eigen begrip van de 'mainstream economie' blijven bepalen.

Maar zoals de leden van de Wiener Kreis op een gegeven moment inzagen dat hun idee van een objectieve, waardevrije werkelijkheidsopvatting onhoudbaar was, zo kwamen er ook serieuze bedenkingen bij het positivisme in de economie. In het voetspoor van filosofen als Martin Heidegger en Ludwig Wittgenstein herleefde in de filosofie het Kantiaanse besef dat de werkelijkheid en de feiten niet voor zich spreken en dat een onderzoeker geen onbeschreven blad is waarop die feiten onbemiddeld neerslaan. Wetenschap is een actieve vorm van werkelijkheidsduiding, een talige toe-eigening van de werkelijkheid, interpretatie dus. Dat interpreteren zit zowel in het kiezen van wat de moeite van het onderzoeken waard is (relevantie, selectie, reductie) als in het betekenis geven aan de uitkomsten, de bevindingen. Economen als Don Lavoie, Uskali Mäki en Sheila Dow hebben het aspect

van interpretatie in de economische wetenschapsbeoefening nadrukkelijk gethematiseerd in hun werk (Van de Laar en Peil, 2009). Zij nemen bijvoorbeeld inzichten op uit de hermeneutiek, de discipline die haar oorsprong heeft in het duiden van teksten en kunstwerken en zich verstaat als 'de kunst van het interpreteren'. Dat staat ver af van het eigen begrip dat veel mainstream economen ontlenen aan de wiskundige rekenmodellen uit de econometrie. Maar, zo benadrukken Lavoie, Mäki en Dow, interpretatie is een algemeen en intrinsiek kenmerk van elke vorm van economisch denken. De filosoof Hilary Putnam heeft een eigensoortige bijdrage geleverd aan dit debat onder economen door de klassieke scheiding tussen feiten en waarden te relativiseren met de notie van verflochtenheid van feiten en waarden (*entanglement of facts and values*), (Putnam, 2002).

Nog een stap verder gaan economen als Deirdre McClosky en Arjo Klamer (Heukelom en Sent, 2010). Bij hen lijkt zich haast een symbiose te voltrekken tussen economie en retoriek. Als de feiten niet voor zich spreken of uit zichzelf spreken maar duiding behoeven, dan worden ook vaardigheden als argumenteren en overtuigen belangrijk, als onderdelen van die kunst van de interpretatie. En dan zijn we inderdaad bij de retoriek aanbeland. Vanuit de negatieve reputatie als de kunst van het manipuleren, die retoriek van de Griekse filosoof Plato heeft meegekregen, lijkt die versmelting van economie en retoriek zeer provocerend; het einde van de economie als integere wetenschap. Maar zo is het niet bedoeld. Plato's leerling Aristoteles had een neutrale opvatting van retoriek. Het is de vaardigheid om de ander met goede argumenten te overtuigen en in die zin is ze positief noch negatief. Daar sluiten McClosky en Klamer bij aan. Als interpretatie inherent is aan alle wetenschapsbeoefening, dan geldt dat evenzeer voor retoriek als de vaardigheid om de ander van je bevindingen te overtuigen.

Tot slot

De natuurwetenschapper en filosoof Stephen Toulmin stelt in zijn boek *Cosmopolis* de vraag naar de drang naar onwankelbare kennis, vindt hij, als hij de filosoof Rene Descartes -waar het allemaal mee begon- in zijn historische context plaatst en ook op zijn morele drijfveren bevraagt. Het voorkomen van godsdienst-

oorlogen moet de inzet zijn geweest, is Toulmin's conclusie; zekere kennis als ankerpunt dat boven de strijdende partijen verheven is en een einde kan maken aan dat redeloze getwist en geweld. Kennelijk heeft die verleiding in de loop van de tijd weinig aan overtuigingskracht ingeboet.

Zo'n referentiepunt dat alle verschillen van inzicht en keuze rond de zorgkosten neutraliseert, is er helaas niet. Dat betekent niet dat de woorden 'feit' en 'realiteit' niet meer gebruikt kunnen worden, of dat de informatie die economen genereren, geen belangrijke rol moet spelen bij het kiezen van een koers voor de zorg. Het betekent wel dat die informatie deel uitmaakt van de discussie en niet er tegenover geplaatst kan worden als machtsmiddel om niet-welgevallige keuzes te diskwalificeren. Dat is slecht bedreven retoriek. Retoriek staat niet tegenover kennis, maar is er in de zin van het overtuigend verwoorden van wetenschappelijke bevindingen, onderdeel van.

Onze conclusie is dat louter wetenschap, in casu de economie, de moeilijke keuzes in de zorg niet oplost. Dus zowel voor de minister van VWS en de Rekenkamer als voor degenen die sceptisch zijn over de noodzaak te bezuinigen, geldt dat het slechts ten dele gaat om meer feiten. In het zoeken naar een betaalbaar en solidair zorgstelsel is nog belangrijker wat als feiten meegenomen wordt, hoe ermee geargumenteed wordt en hoe die feiten tegen elkaar worden afgewogen.

Dr. Eric van de Laar is klinisch ethicus in het Catharina Ziekenhuis Eindhoven.

Dr. Jan Peil is universitair docent economie aan de Radboud Universiteit Nijmegen, faculteit management wetenschappen, departement economie.

Noten

- ¹ Een wezenlijk verschil tussen de waardegeladenheid van wetenschappelijk onderzoek en beleidsadvies ligt in het gekozen karakter van de waardegeladenheid van beleidsadvies: bij beleidsadvies is er een bewuste keuze voor een oplossingsvoorstel van een probleem.

Literatuur

Algemene Rekenkamer (2013) *Transparantie ziekenhuisuitgaven; Uitgavenbeheersing in de zorg deel*

2, Den Haag, Algemene Rekenkamer.

Heukelom, F. en E-M. Sent (2010) Verhalen vanuit de gedragseconomie, *TPE Digitaal* 4(4), 76-88.

Interview Vendrik: *Zorgvisie*, 28 oktober 2013.

Laar, van de E. and J. Peil (2009) *Positive versus normative economics*, in: Peil, J. and I. van Staveren (eds) *Handbook of Economics and Ethics*, Cheltenham, UK, Northampton MA, USA, Edgar Elgar, 374-283.

Laar, van de E. en J. Peil (2012) *Maatschappelijk verantwoord ondernemen in de zorg*, in: Delsen, L. en T. van den Hoogen, *Maatschappelijk verantwoord ondernemen in de polder. MVO in Nederland bezien vanuit de economie en theologie*, Van Gorcum, Assen, 139-169.

Putnam, H. (2002) *The Collapse of the Fact/Value Dichotomy, and other Essays*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Toulmin, S. (1990) *Cosmopolis. The Hidden Agenda of Modernity*, University of Chicago Press, USA.

Thema: Kosten in de zorg

Er is geen panacee. Kostenbeheersing in de zorg vergt brede visie

Karel-Peter Companje en Robert Vonk

Is de toegankelijke en kwalitatief hoogstaande Nederlandse gezondheidszorg nog financieel houdbaar? Het Centraal Planbureau luidde eerder dit jaar de noodklok. Als er niets verandert dan stijgt het bedrag dat wordt uitgegeven aan gezondheidszorg in 2040 tot ruim 31% van het Bruto Binnenlands Product (BBP), de totale omzet van de BV Nederland.¹ In deze bijdrage zal worden stilgestaan bij de vraag of we iets kunnen leren van het verleden als het gaat om de stijging van de zorgkosten. Wat zijn de oorzaken van groei en welke instrumenten zijn in het verleden gebruikt om de kostenstijging te beteugelen?

Een endemisch verschijnsel

Het lijkt erop dat de kwestie van de stijgende zorgkosten de afgelopen tien jaar het politiek debat over de gezondheidszorg domineert. Als we verder terugkijken dan tien jaar, zien we echter dat onrust over de financiële houdbaarheid van het gezondheidszorgsysteem in Nederland een endemisch verschijnsel is. Vanaf het moment dat de financiering van zorg in Nederland onderdeel ging uitmaken van de collectieve uitgaven door de invoering van de verplichte ziekenfondsverzekering in 1941, maakte men zich bij de overheid en in het zorgveld zorgen over de 'ongeremde' stijging van de zorgkosten.

Kostenstijgingen horen bij een zich ontwikkelende gezondheidszorg. De stijging die het CPB verwacht – van 13% in 2013 naar 31% in 2040 – is wat betreft groeitempo niet uniek. Een dergelijke stijging, met een factor 2½ over een periode van ongeveer dertig jaar, deed zich ook voor in de periode tussen 1953 en

1985. Toen stegen de kosten van 3,2% van het BBP naar 8,1%; weliswaar een andere orde van grootte, maar het groeitempo is hetzelfde. Het zal dan ook niemand verbazen dat de Ziekenfondsraad, de voorloper van het huidige College voor Zorgverzekeringen (CvZ), in de jaren vijftig al een speciale commissie in het leven riep om de kostenstijging in de gaten te houden. De financiële houdbaarheid van de zorg stond immers op het spel...

De vooruitzichten zijn ook wel eens somberder geweest. Begin jaren zeventig stegen de kosten van ziekenhuisverpleging met een spectaculaire 20% per jaar. De econoom F.B. Lempers berekende in 1976 dat, mits de zorgkostenstijging en de economische groei op dezelfde voet zouden doorgaan, de zorgkosten in 1994 honderd procent van het BBP zouden bedragen. Een absurde uitkomst, maar 'de werkelijkheid is intussen al zorgwekkend genoeg', vond hij.

Het is dan ook niet zozeer de kostenstijging *an sich* die het CPB zorgen baart, maar het effect daarvan op twee andere zaken:

- a. de financiering van andere publieke voorzieningen als onderwijs of sociale zekerheid;
- b. het beginsel van de risicosolidariteit.

De snel groeiende gezondheidszorg verdringt als koekoeksjong andere publieke voorzieningen uit de begroting, want een gulden kan maar één keer worden uitgegeven. Ten tweede dreigt de Nederlandse gewoonte om de kosten van zorg door belastingen en inkomensafhankelijke premies af te wentelen op de sterkste schouders, vooral de middeninkomensgroepen zwaar te treffen. Het CPB en veel politieke partijen vrezen dat hierdoor de roep om het doorbreken van de risicosolidariteit, waarbij jong betaalt voor oud, gezond betaalt voor ziek en sterk betaalt voor zwak, steeds luider zal worden. Het gaat dus niet om de vraag of we in 2040 de kosten voor gezondheidszorg nog kunnen dragen, maar vooral wat we daardoor *niet* meer kunnen betalen en of we de kosten nog solidair willen dragen.

Motoren achter de groei

Waarom stijgen de zorgkosten eigenlijk? Terugkijkend op een eeuw gezondheidszorg kunnen er drie grote 'aanjagers' worden geïdentificeerd. Ten eerste is er een structurele groei die vooral aangedreven wordt

door de voortschrijdende medische kennis, technologische ontwikkeling en de daarmee samenhangende expansie van het aantal medische voorzieningen. Het hartinfarct kon pas worden geïdentificeerd en behandeld nadat de elektrocardiograaf brede ingang vond in het ziekenhuis. Iemand met kanker werd in de jaren twintig behandeld door de chirurg en eventueel bestraald met radium of röntgenstralen. Vandaag de dag kan dezelfde patiënt rekenen op een uitgebreide behandeling waarbij een beroep wordt gedaan op een veelvoud van medisch-specialisten en een uitgebreid arsenaal aan geneesmiddelen.

Naast deze structurele vorm van kostenstijging, is er ook nog sprake van een inflatiegedreven kostenstijging; ook wel bekend als het 'Baumol-effect'. In de gezondheidszorg bestaat een intrinsieke discrepantie tussen loon en arbeidsproductiviteit. De lonen binnen deze sector volgen over het algemeen de loontrend, maar de stijging van de arbeidsproductiviteit blijft in de regel achter bij andere economische sectoren. Deze discrepantie neemt bij het compenseren van koopkrachtverlies – die vooral plaatsvinden in periodes van hoge inflatie, zoals het begin van de jaren zeventig – enkel toe. Heel kort door de bocht: de handen aan het bed worden in vergelijking met andere economische sectoren steeds duurder ten opzichte van het werk dat wordt geleverd, hoe kwalitatief hoogstaand die zorg ook is.

De derde belangrijke aanjager is het verzekeringseffect, in mooi Nederlands ook wel *moral hazard* genoemd. Hiermee wordt bedoeld op de tendens om vaker en sneller gebruik te maken van zorg als mensen verzekerd zijn. De drempel voor zorggebruik is door de verzekering lager geworden. Dit effect gaat niet alleen op voor verzekerden, maar ook voor zorgverleners. Het feit dat de huidige zorgverzekering een zeer uitgebreid pakket aan zorgvoorzieningen dekt, leidt er ook onder zorgverleners vaker toe "om nog maar een röntgenfotootje te maken", zoals een bezorgde ziekenhuisdirecteur medio jaren dertig schreef.

De toenemende vergrijzing die vandaag de dag als grote boosdoener wordt aangewezen, fungeert eigenlijk als een soort contrastvloeistof; het grijpt op alle bovengenoemde punten aan. De structurele groei van wat er medisch gezien kan, heeft ervoor gezorgd dat het verschil tussen wat een jongere en een oudere

aan zorg gebruikt, steeds groter is geworden. Vandaag de dag 'kost' iemand van 85 gemiddeld gezien ongeveer het zevenvoudige van iemand van 35. In de jaren vijftig was dit verschil veel kleiner, namelijk een factor 2. Het verzekeringseffect heeft een stimulerend effect op de overbehandeling van ouderen. Het Baumol-effect zorgt er op zijn beurt voor dat de grotere hoeveelheid mensen die straks nodig zijn om onze ouderen te verzorgen relatief gezien ook steeds duurder worden.

Het kostenbeheersingsinstrumentarium

In de loop van de twintigste eeuw is op uiteenlopende wijzen geprobeerd om de kostenstijging in de hand te houden. Hierin kunnen we een zekere tendens ontwaren. De verantwoordelijkheid voor de beheersing van de kosten verschoof vanaf 1940 van het zorgveld (1940-1970), naar de overheid (1970-2006), naar het individu (2006-heden); van meso-, via macro-, naar microniveau.

Tussen 1940 en 1970 werd er vooral ingezet op prijsregulatie. Als de prijs voor medische voorziening laag kon worden gehouden, dan bleven de kosten voor het geheel ook beheersbaar. De verantwoordelijkheid voor het regelen van deze prijzen lag bij het zorgveld zelf: verzekeraars en zorgverleners. De Ziekenfondsraad, een overlegorgaan van medici, ziekenfondsen, werkgevers en werknemers zag toe op de prijzen van vrijwel alle vormen van medische zorg, met uitzondering van de ziekenhuiszorg. Op dat vlak werd de kostenbeheersingstaak waargenomen door het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven, een overlegplatform van ziekenhuizen, ziekenfondsen en verzekeraars.

Dit beleid bleek in de jaren zeventig niet effectief meer. De sterk stijgende inflatie zorgde voor een spectaculaire kostenexplosie en de overheid greep naar een serieuzer middel: budgettering. Voortaan kreeg de gezondheidszorgsector op voorhand een bepaald budget toegewezen. Als dit budget op was kon er geen zorg meer worden geleverd. Dit beleid bleek eigenlijk alleen op het gebied van de ziekenhuiszorg goed te implementeren te zijn en leidde vaak tot lange wachtlijsten. Vanaf het midden van de jaren tachtig, aangekondigd in 1986 door de publicatie van het beruchte Dekker-rapport, moest gereguleerde marktwerking consumenten, verzekeraars en zorgaanbieders dwingen tot voorziening in efficiëntere, kwalitatief goede

en goedkopere zorg. De consument zou door eigen risico's en eigen bijdragen worden aangezet tot bewuster zorggebruik.

Er is geen panacee

Dat kostenstijging bij een zich ontwikkelende gezondheidszorg hoort, valt niet te ontkennen. De oorzaken hiervoor zitten voor een belangrijk deel ingebakken in het zorgsysteem zelf. Dit is echter geen reden om bij de pakken neer te zitten. Effectieve kostenbeheersing is noodzakelijk, niet alleen voor de zorg zelf, maar juist voor het betaalbaar houden van andere publieke goederen, zoals onderwijs, welzijnszorg en cultuur.

De belangrijkste les die we uit het verleden zouden moeten trekken, is dat een effectieve kostenbeheersing niet de verantwoordelijkheid is van één actor in het geheel, maar van alle actoren in de zorg. De schuld kan niet alleen worden gegeven aan de paternalistische overheid, de graaiende specialisten of de overconsumerende patiënten. Ze zijn er allemaal debet aan. Dit betekent dat een beleid dat zich concentreert op één niveau (macro, meso of micro) eigenlijk al bij voorbaat is gedoemd te mislukken.

Het huidige kabinet lijkt dit in te zien. Goed versholten achter een waas van liberale marktwerkingsretoriek, doet ook minister Schippers namelijk gewoon aan harde budgettering; tegenwoordig 'kostenplafonds' genoemd. De Landelijke Huisartsenvereniging en de Orde van Medisch Specialisten claimen dat door hun terughoudendheid – zowel op het behandelend vlak als bij het vaststellen van de prijzen – de zorgpremie voor 2014 niet omhoog hoeft. En ziekenhuizen signaleren een daling van het aantal opnames. De patiënt lijkt vaker weg te blijven. Bezuinigen op zorg vergt een brede visie, waarbij er op alle vlakken moet worden gekeken naar de mogelijkheden en beperkingen van kostenbeheersing. Want als er één ding duidelijk wordt uit het verleden, is het wel het volgende: er is geen panacee.

Dr. Karel-Peter Companje is senioronderzoeker en manager van het Kenniscentrum Historie Zorgverzekeraars.

Dr. Robert Vonk promoveerde in september 2013 op een studie naar de geschiedenis van de verzekering van zorg en werkt op dit moment voor het RIVM.

Literatuur

Centraal Planbureau, (Den Haag 2013) *Toekomst voor de zorg.*

Zorgkosten zijn gedaald. <http://nos.nl/artikel/528645-telegraaf-zorgkosten-zijn-gedaald.html>

Thema: Kosten in de zorg

Zorguitgaven: lust en last

Johan Polder

De zorg kost ons 240 miljoen euro per dag, en die kosten blijven toenemen. Ongeacht of je zorguitgaven ziet als bijdrage aan welvaart of als een last ten koste van andere overheidsbestedingen, bezitten de zorguitgaven alle kenmerken van een ‘wicked problem’. Morele en politieke overwegingen staan een eenduidige oplossing in de weg: het is zoeken naar een finzinnige balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

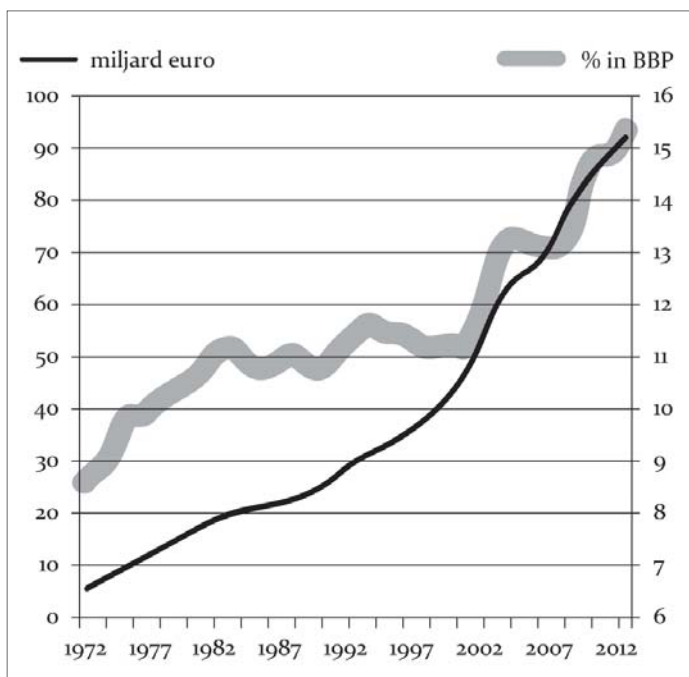
Inleiding

Over de zorguitgaven is veel bekend. Bijvoorbeeld dat we in 2013 ruim 90 miljard euro aan de zorg hebben uitgeven. Hoewel bekend, is het bedrag ook weer zo hoog dat het veel mensen weinig meer zegt. Maar als we het omrekenen wordt dat snel anders. De zorg kost dan 10 miljoen euro per uur, 7 dagen per week, 24 uur per dag. Het totale basisonderwijs kost per jaar net zo veel als de zorg in zes weken. Het hoger onderwijs komt niet veel verder dan twaalf dagen zorg.

De zorg kost niet alleen veel, maar de zorguitgaven blijken ook altijd maar weer toe te nemen en veelal meer dan gedacht en verwacht. De zorg groeit sneller dan de welvaart, waardoor een steeds groter deel van de euro's die we met z'n allen verdienen in de zorg terecht komt, inmiddels meer dan 15%. Dat is niet alleen in Nederland zo. Alle Westerse landen worstelen daarmee, wat collega gezondheidseconomen de verzuchting ontlokte “The oh-so straight and narrow path: can the health care expenditure curve be bent?” Voor dat laatste geeft figuur 1 niet meteen hoop. Deze figuur zou zomaar eens de meest beleidsresistente grafiek van Den Haag kunnen zijn.

Ziekten en aandoeningen

We weten gelukkig ook aardig goed waaraan we al die euro's uitgeven. Natuurlijk aan geneesmiddelen,



Figuur 1: Zorguitgaven in Nederland, 1972-2012. (Bron: CBS).

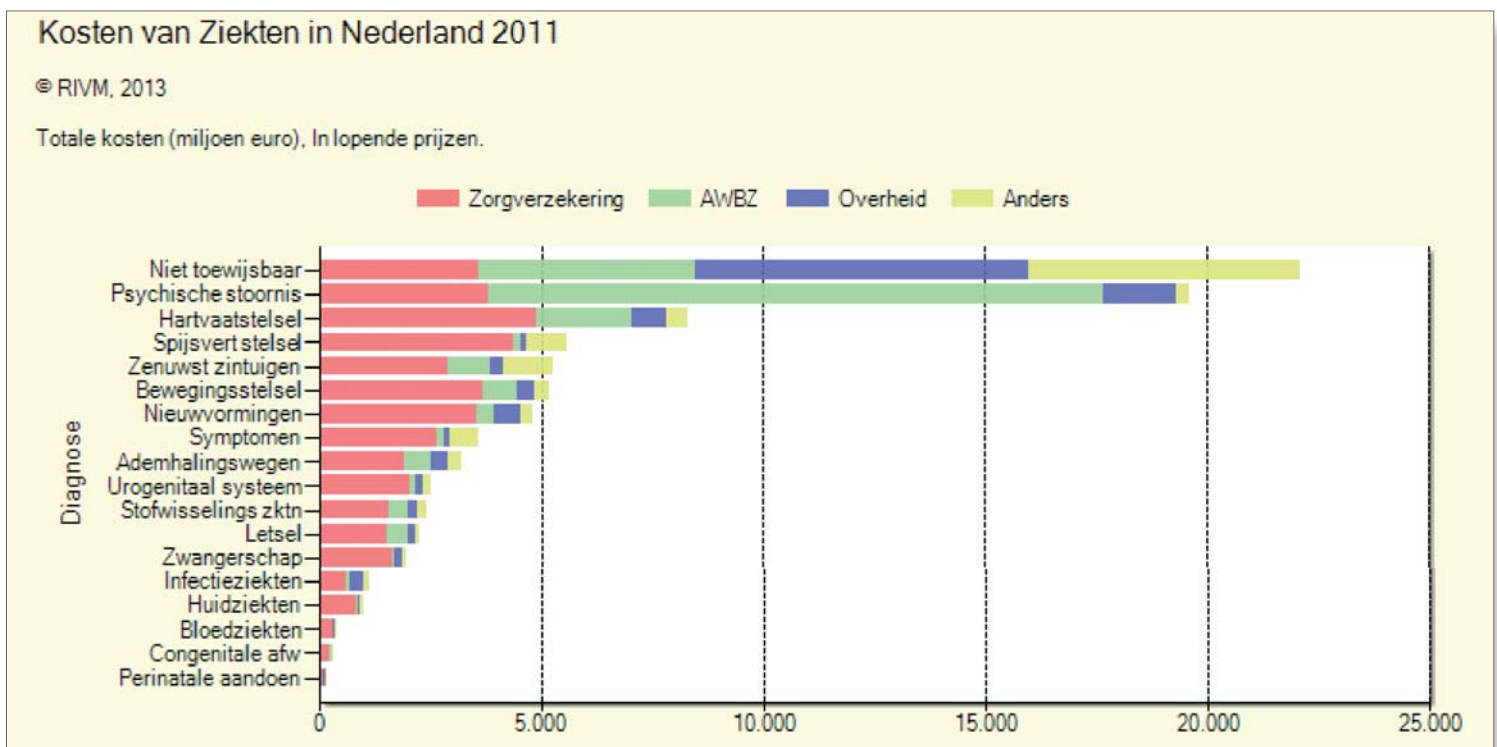
ziekenhuizen, artsen en alle andere aanbieders van zorg. Het Centraal Bureau voor de Statistiek houdt die cijfers sinds jaar en dag nauwkeurig bij in de Zorgrekeningen. Maar we weten meer. Onder andere wat de zorguitgaven voor alle afzonderlijke ziekten en aandoeningen zijn. Figuur 2 geeft daarvan een samengevat beeld. Meteen valt op dat een groot deel van de uitgaven helemaal niet aan een specifieke ziekte kan worden toegewezen. Het betreft onder meer de woonkosten in verzorgingshuizen en de uitgaven aan jeugdzorg en bedrijfsgezondheidszorg. Vervolgens blijken psychische stoornissen met stip op de tweede plaats te staan. Die hoge notering komt omdat de International Classification of Diseases (ICD) daar ook verstandelijke beperkingen en dementie onder schaaft. Mensen die zichzelf niet of niet meer kunnen redden hebben veel zorg nodig. Dit geldt ook voor patiënten die een beroerte (onder hart- en vaatziekten) hebben gehad. Voor het grootste deel wordt deze langdurige zorg uit de AWBZ gefinancierd. Nederland verschilt daarin van andere Westerse landen, waar lokale overheden en private financiering een veel grotere rol spelen.

Als we de figuur verder aflopen blijkt dat we ook veel geld uitgeven aan alledaagse klachten zoals problemen met het zien en horen (zenuwstelsel en

zintuigen), waarbij het vooral gaat om brillen, contactlenzen en gehoorapparaten en verder ook aan het spijsverteringsstelsel vanwege de tandheelkundige hulp voor gebitsafwijkingen. Aan kanker (nieuwvormingen) geven we zelfs minder uit. Maar dat komt juist ook door de ernst van de “gevreese ziekte”. Daardoor is het beloop kort in vergelijking met chronische aandoeningen als dementie, reuma en hartfalen en blijven de totale uitgaven ondanks de vaak dure behandelingen toch weer beperkt. De laatste jaren lopen de kosten van kanker wel in op die van andere ziekten. Dit komt vooral door de introductie van nieuwe kankermiddelen en therapieën waarvan de kosten per patiënt wel kunnen oplopen tot honderdduizend euro per jaar.

Leeftijd en levensloop

De zorguitgaven hangen sterk samen met de leeftijd. Naarmate mensen ouder worden gebruiken ze meer zorg. Zeker in de laatste levensjaren kunnen de kosten sterk oplopen, hetzij door kostbare behandeling in het ziekenhuis, hetzij door intensieve verpleeghuiszorg in de laatste levensfase. Die hoge kosten vallen erg op wanneer we in een willekeurig kalenderjaar mensen van allerlei leeftijden en levensfasen met elkaar verge-



Figuur 2: Kosten en financiering van ziekten en aandoeningen. (Bron: RIVM)

lijken. Het plaatje wordt echter anders als we de hele levensloop in beschouwing nemen. Dan blijken de verschillen in zorggebruik en zorgkosten veel kleiner te zijn. Het is zelfs zo dat mensen vanaf hun 65^e jaar gedurende de rest van hun leven gemiddeld genomen dezelfde zorgkosten maken, ongeacht of ze gezond of ongezond zijn. Dat komt omdat gezonde mensen veel langer leven, relatief vaker dement worden en over die periode als geheel uiteindelijk toch nog veel zorg nodig hebben. De consequentie hiervan klinkt bijna paradoxaal: een gezonde leefstijl -niet roken, matig eten, veel bewegen- is wel van belang voor de volksgezondheid maar niet voor de zorguitgaven.

Janus de Koekoekskip

Je kunt op heel verschillende manieren naar de zorguitgaven kijken. Wie in navolging van de vermaarde Nobelprijswinnaar Robert Fogel uitgaat van een breed historisch perspectief, zal constateren dat we tot het begin van de twintigste eeuw vrijwel ons gehele inkomen kwijt waren aan de vervulling van onze primaire levensbehoeften: eten, drinken en een dak boven je hoofd. Sindsdien is er veel veranderd. Mede door de steeds betere voeding en gezondheid van werknemers steeg de welvaart met sprongen. Mensen kregen meer te besteden, er kwamen talrijke consumptiegoederen en de toenemende welvaart stelde de westerse landen in staat om een breed toegankelijke gezondheidszorg te bouwen met een uitbreidend aanbod van voorzieningen. Die leverde op zijn beurt weer een bijdrage aan een verdere verbetering van de volksgezondheid, waardoor ook de welvaart weer steeg. Kortom, “health” en “wealth” liepen samen op, waarom Fogel concludeerde: “The increasing share of global income spent on healthcare expenditures is not a calamity; it is a sign of the remarkable economic and social progress of our age.” De gezondheidszorg is een kip met gouden eieren.

Je kunt ook een ander perspectief kiezen, zoals Flip de Kam. Hij neemt zijn vertrekpunt in de huidige welvaartsstaat en ziet de gezondheidszorg dan vooral als een koekoeksjong dat allerlei andere overheidsbestedingen uit het nest van de Rijksbegroting kiepert. Als het totale hoger onderwijs inderdaad niet meer dan twaalf dagen zorg kost, en allerlei andere overheidstaken dus nog minder, dan vormt de snelle stij-

ging van de zorguitgaven een regelrechte bedreiging voor de overheidsfinanciën. Of de belastingen en premies moeten sterk omhoog, wat burgers niet op prijs stellen en ook Europese afspraken in gevaar brengt, óf de overheid moet drastisch bezuinigen waardoor andere vitale overheidstaken in het gedrang komen, zoals onderwijs, openbare veiligheid en infrastructuur.

Beide economen hebben een punt. De gezondheidszorg is zowel een bron van als een bedreiging voor de welvaart. En daarmee heeft de zorg evenals Janus uit de Romeinse oudheid twee gezichten: lust en last. Janus de Koekoekskip.

Moreel debat

Zo'n koekoekskip is een lastig te temmen beest. En daarmee hebben de zorguitgaven alle kenmerken van een ‘wicked problem’. Enerzijds gaat het om complexe economische relaties van allerlei personen en partijen die moeilijk te sturen zijn. Anderzijds spelen op de voor- of achtergrond allerlei morele en politieke overwegingen een rol, waarbij al die personen en partijen lang niet altijd op dezelfde lijn zitten. Wie het ‘oh-so straight and narrow path’ wil bewandelen om de zorguitgaven om te buigen, kan dus niet volstaan met complexe economische beheersinstrumenten, maar moet ook een moreel en politiek debat voeren. Vanuit de feiten uit onder andere figuur 2 valt het licht dan op drie grote thema's. Het eerste betreft de vraag wat we zorg noemen. Op welke voorzieningen moet iedere inwoner een wettelijk recht hebben en wie is er precies verantwoordelijk? Dit debat wordt momenteel gevoerd over de toekomst van de AWBZ en de jeugdzorg. Het tweede thema betreft de waarde van de zorg. Economen benaderen die vraag graag vanuit de zogeheten opportunitetskosten. Hoeveel is de zorg waard als we de stijgende zorguitgaven afwegen tegen het verlies aan onderwijs, infrastructuur en openbare veiligheid? Het gesprek hierover kan, zeker in tijden van economische crisis, niet vrijblijvend blijven. Nodig is een drempelwaarde voor gezondheid, zoiets als 50.000 euro per ‘quality adjusted life year’, die op maatschappelijk draagvlak kan rekenen en in de weerbarstige praktijk van de besluitvorming ook wordt gehandhaafd. Dit debat wordt momenteel gevoerd op het terrein van de dure geneesmiddelen voor kanker en zeldzame ziekten. Het derde thema gaat

over de vraag hoe solidair we willen zijn. Ook in dit debat zijn de feiten erg belangrijk, enerzijds zijn we solidair met kwetsbare mensen en medeburgers die er heel andere leefgewoonten op na houden, anderzijds zijn we vooral ook solidair met onszelf in de toekomst. Dit debat zal gaan over de breedte van het basispakket en of er in navolging van brillen, gehoorapparaten, de paramedische en de tandheelkundige zorg niet nog meer vormen van zorg zijn die mensen prima zelf kunnen betalen dan wel aanvullend kunnen verzekeren. Een levensloopbenadering kan hierbij helpen om het pakket duurzaam en rechtvaardig te maken.

Slotsom

In de gezondheidszorg gaat het om een fijnzinnige balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Dit vergt economische instrumenten en morele overwegingen die voortdurend op elkaar betrokken moeten worden. Dat is al zo lang als het zorgstelsel bestaat en figuur 1 wekt niet de suggestie dat dit spoedig zal veranderen. Maar wellicht is ook die last wel een lust.

Literatuurverwijzingen

1. Donders, J. H. M. & C. A. de Kam (red.) (2012), *Zorg verzekerd? Naar houdbare financiering voor de gezondheidszorg*. Den Haag: SDU, Wim Dreesstichting voor Openbare Financiën.
2. Fogel, R. (2004), *The Escape from Hunger and Premature Death, 1700–2100*. Cambridge: CUP.
3. Schut F.T. & M. Varkevisser (red.) (2012), *Een economisch gezonde gezondheidszorg - Preadvies van de Koninklijke Vereniging voor de Staathuishoudkunde*. Den Haag: SDU.
4. Woodward, R. S., & Wang, L. (2012). The oh-so straight and narrow path: can the health care expenditure curve be bent? *Health Econ*, 21(8), 1023-1029. doi: 10.1002/hec.1765

Thema: Kosten in de zorg

Op weg naar waardecreatie in de zorg: van Ego naar Eco

Michel van Schaik

De Zorgverzekeringswet van 2006 die een cruciale rol speelt in de stelselwijziging van de gezondheidszorg, heeft verscheidene positieve resultaten opgeleverd: de patiënt en cliëntfocus en de kwaliteit van de zorg zijn verbeterd; er is geïnvesteerd in het vergroten van transparantie; en door het wegwerken van de wachtlijsten is de toegankelijkheid vergroot.

De kostenstijging is echter, zeker onder de huidige economische omstandigheden, nog steeds onhoudbaar. In 2012 stegen de zorguitgaven met 3,7% naar 92,7 miljard euro; dat is 15,4% van het Bruto Binnenlands Product (BBP) en 5.535 eur 0 per hoofd van de bevolking. De economie kromp in deze periode met 0,9 procent.¹ Op dit moment gaat volgens het Centraal Plan Bureau (CPB) bij een gemiddeld huishouden 23% van het inkomen op aan zorguitgaven. Dit kan verder oplopen naar 28% van het inkomen in 2040, oftewel ongeveer 30% van het BBP. Deze lastenstijgingen kunnen volgens het CPB een belemmering vormen voor de groei van de werkgelegenheid, de economie en welvaart.²

Een dergelijke situatie wordt wel getypeerd als 'a perfect storm', een zeldzame combinatie van omstandigheden die ernstige gevolgen kan hebben doordat de gebeurtenissen elkaar versterken. Het gaat het om een 'tsunami' van zorgkosten als gevolg van de vergrijzing, de snelle groei van het aantal mensen met één of meer chronische ziekten en de voortgang van medische en technologische kennis in combinatie met moeilijke economische omstandigheden. Om ons zorgsysteem toekomstvast te maken, zal het een grondige transformatie moeten ondergaan. Voortborduren op het bestaande systeem is geen optie. Het vervangen van oude

manieren van werken en oude structuren is onontkoombaar. Waarom nog investeren in grote ziekenhuizen en zorginstellingen als we nu al kunnen zien dat er sprake is van overcapaciteit en leegstand? En waarom krijgen zorgaanbieders in het huidige zorgsysteem vooral betaald om mensen te behandelen en te ondersteunen nadat zij eerst ziek of zorgbehoevend zijn geworden? Dit terwijl we weten dat veel ziekte het gevolg is van gedrag en leefstijl? Er is met andere woorden een fundamentele omslag nodig in de gezondheidszorg van kostenoriëntatie naar waardecreatie. Deze omslag zal gepaard moeten gaan met een verdere verandering van de focus in het systeem, van 'pater' (bevoogdend, overheidsgestuurd), naar 'ego' (markt, eigen belang), naar 'eco' (alle betrokkenen samen).

Van 'Pater' naar 'Ego'

De ingezette stelselwijziging van 2006 met de nieuwe Zorgverzekeringswet en de introductie van marktwerking, was bedoeld om het centraal geleide en bevoogdende zorgsysteem (Pater-systeem) te transformeren naar een stelsel waarin de burger meer te kiezen heeft (Ego-systeem). De invoering van prestatiebekostiging (DBC's/DOT's) en Zorgzwaartepakketten (ZZPs) zou via gereguleerde competitie moeten bijdragen aan kostenbeheersing. Ondanks de goede bedoelingen sorteert prestatiebekostiging echter (nog) niet de verwachte en dringend gewenste effecten voor wat betreft kostenbeheersing. Er zijn onvoorziene en ongewenste gevolgen zichtbaar. Zo blijkt het nieuwe stelsel een prikkel tot omzetmaximalisatie bij zorgaanbieders in zich te dragen. Gestimuleerd door het denken en handelen in termen van concurrentie en marktwerking, zijn zorgaanbieders steeds meer gericht op het maximaliseren van het eigen belang. En ook de patiënt is zichzelf meer gaan zien en gedragen als consument, met als gevolg de verwachting het maximale aan zorg terug te krijgen voor de betaalde premie. In de discussies over overbehandeling is dit herhaaldelijk aan de orde gesteld de afgelopen jaren. Het stelsel werkt zelfs verkeerdt facturatiegedrag en vermeende fraude door zorgaanbieders in de hand. Uit onderzoek van het Ministerie van VWS zou blijken dat 5% van de zorgbestuurders in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg bewust de regels overtreedt om de financiële positie van hun instelling te verbeteren.³ De overheid

heeft bij incidenten de neiging te reageren met meer regels en strenger toezicht. Dat is begrijpelijk, maar al te veel toezicht en regelgeving maken het systeem steeds complexer en uiteindelijk totaal onhoudbaar. Door een overmaat aan regelgeving voelen professionals zich steeds minder thuis in de zorg. Zij moeten steeds meer tijd besteden aan administratie en bureaucratie en komen daardoor minder toe aan echte patiëntenzorg. Ook voelen ze de van 'hogerhand' opgelegde productiedoelstellingen. Burgers en patiënten zijn onzeker over wat zij van het zorgsysteem en zorgprofessionals kunnen verwachten. Zij zien een toenemende verzakelijking en uitholling van hun rechten. Verzekeringsaanpakken worden ingeperkt, eigen bijdragen gaan omhoog en het voorheen vaak vanzelfsprekende vertrouwen in zorgprofessionals staat onder druk door de incidenten die breed uitgemeten worden in de media. In de politieke arena wordt de oorzaak van deze problemen vaak gerelateerd aan partij-ideologische opvattingen over marktwerking of juist het ontbreken daarvan. Mede door het ontbreken van een breed gedragen toekomstvisie op zorg en het zorgsysteem ontstaan zo gemakkelijk politieke patstellingen.

Van 'Ego' naar 'Eco'

Veel politieke discussies over de inrichting van de gezondheidszorg worden gevoerd door mensen die principieel voor of tegen marktwerking zijn. Volgens Scharmer en Kaufer wordt marktwerking in deze discussies vaak opgevat als een soort 'natuurwet', alsof de afstemming van vraag en aanbod zich als een automatisch mechanisme voltrekt dat geen enkele regulering of institutionele inbedding behoeft.⁴ De markt is dan de plek waar het recht van de sterkste geldt. Feitelijk gaat het echter niet om een keuze tussen het een of het ander, tussen markt of overheid. Markten zonder (spel)regels kennen we niet, en in de zorg is een systeem dat geen bescherming biedt aan de kwetsbare partijen geheel ondenkbaar. Bij het inrichten van het zorgstelsel moet het uitgangspunt van denken en handelen het besef zijn dat iedereen er beter van moet worden, wil het houdbaar zijn naar de toekomst.

In 2010 hield Erik Heineman, hoogleraar en chirurg aan het UMC te Groningen, zijn inaugurele rede met als titel 'Het paradigma van de zorg: Egosysteem

of Ecosysteem?’⁵ De spelers in de zorg leven volgens Heineman nu vaak te veel volgens een ik of Ego-systeem. Er is geregeld sprake van een ‘stammenstrijd’ tussen de diverse partijen zoals medisch personeel en bestuurders, patiënten en zorgprofessionals, omdat ieder te eenzijdig vanuit het eigen belang denkt. Omdat de zorgvraag complexer wordt en er meer behoefte is aan integrale en thematische zorg, voldoet het Ego-systeem niet meer. Volgens Heineman moet iedereen die werkzaam is in de zorg de verantwoordelijkheid nemen om van het Egosysteem te komen tot een Eco-systeem. Het zorgbestel opgevat als ‘eco-systeem’ omvat alle betrokkenen: de zorgvrager en zijn naasten, de zorgprofessional, de zorginstelling maar ook de samenleving in brede zin. De ‘eco’ in economie komt tenslotte van het Griekse woord ‘oikos’, het hele huis. Het Ecosysteem vraagt om een manier van denken en handelen die goed is voor ‘het hele huis’, niet alleen voor een of enkele bewoners ervan. Net als andere sectoren zal ook de zorgsector zich moeten gaan ontwikkelen in de richting van zo’n Eco-systeem.

In bovenstaande figuur is de transitie weergegeven die de gezondheidszorg volgens Lucien Engelen van het ReShape Institute⁶ zal moeten doormaken. De icoontjes verbeelden de verschillende elementen van het zorgsysteem, zoals zorgverleners, zorginstituut, diagnostiek, technologie, geld, onderzoek en communicatie. In de piramide van het Egosysteem staan het bestuur, het geld en de medische professionals bovenaan en de patiënten vrijwel onderaan. In het Ecosysteem, daarentegen, speelt hiërarchie geen rol van betekenis. In het centrum staat een luisterend oor, symbool voor een zorgsysteem dat luistert naar de gebruikers, luistert naar wat de werkelijke vragen en behoeften van de patiënt zijn. In veel bestaande zorgsystemen is het vermogen om te luisteren verloren gegaan en menen de zorgaanbieders precies te weten wat het beste is voor de patiënt. In (de visualisatie van) het Ecosysteem draait het letterlijk om de mens. De patiënt en de zorgvrager bevinden zich in een gelijkwaardige positie en besluiten worden in samenspraak genomen. Uit die samenwerking ontstaat de meerwaarde voor alle partijen: de waardecreatie.

Van technology push naar technology pull

In *The Creative Destruction of Medicine* uit 2012 stelt

de Amerikaanse hoogleraar Eric Topol dat de gezondheidszorg een fundamentele transitie zal doormaken, als gevolg van de digitalisering van de samenleving en de superconvergentie van technologieën.⁷ Het belang van technologie als ‘enabler’ van zorginnovatie zal daardoor snel toenemen. Daarbij valt te denken aan onder andere het gebruik van tablets en smartphones. Er komen steeds meer Apps beschikbaar die mensen in staat stellen verantwoordelijkheid te nemen voor het bevorderen van hun eigen vitaliteit en gezondheid. Tablets kunnen worden ingezet voor beeldcommunicatie met zorgprofessionals, maar ook met mantelzorgers (zorg op afstand). Het goed inzetten van dergelijke hulpmiddelen kan er toe bijdragen dat mensen zolang mogelijk de regie kunnen behouden over hun eigen leven en kan tegelijkertijd kostenbesparend werken.

Tot op heden worden technologieën en innovaties nog vaak op een louter medisch instrumentele wijze ingezet, zoals bij knie- of heupprothesen, kunstmatige hartkleppen, apparatuur om primaire levensfuncties van zeer kwetsbare patiënten (beademing, hartslag) tijdelijk over te nemen, en de permanente ontwikkeling van nieuwe en betere medicijnen. Arts en onderzoeker in samenwerking met de industrie initiëren dit soort technologische vernieuwing. Als zo’n technologie bewezen toegevoegde waarde heeft en alle bevoegde instanties hun goedkeuring hebben verleend, kan de innovatie in de markt worden gezet. Dit is bij uitstek een aanbodgedreven proces, waarin niet in eerste instantie de vraag en behoefte van de consument en de samenleving centraal staan. Men spreekt dan van ‘technology push’: het ontwikkelde aanbod schept zijn eigen vraag. Doordat dergelijke technologieën vaak worden toegevoegd aan het bestaande arsenaal (er is onvoldoende sprake van substitutie, leidt dit tot kostenverhogingen van de zorg. Een actueel voorbeeld betreft de introductie van protontherapie in Nederland. Maar liefst 5 consortia bepleiten de bouw en exploitatie van zeer kapitaalintensieve voorzieningen, waarvan de bewezen toegevoegde waarde slechts voor een kleine specifieke doelgroep is aangetoond.

Om de gezondheidszorg naar een eco-systeem te transformeren, zal zich een omslag in het denken moeten voltrekken van ‘technology push’ naar ‘technology pull’. Het is zaak om meer aan de vraag en behoefte van de burger en de samenleving tegemoet te komen. De

toegevoegde waarde van die technologie moet zodanig zijn dat de zorggebruiker daar zelf om vraagt of er reeds op eigen initiatief en eigen kosten gebruik van maakt (technology pull). Het zal daarbij in toenemende mate gaan om technologieën die de functie van het klassieke medische hulpmiddel overstijgen, zoals ICT, sociale media, robotica, biotech of nutritech. Het op de juiste wijze integreren hiervan in het zorgsysteem kan enorm bijdragen aan kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van ons zorgstelsel.

Van ziekenzorg naar voorzorg

Het dominante 'verdienmodel' van het huidige zorgstelsel is gericht op (be)handelen, op het moment dat de patiënt zich ziek of hulpbehoevend meldt bij de zorgprofessional. Op basis van DBC's/DOT's of ZZP's betaalt de zorgverzekeraar of het zorgkantoor voor iedere (be)handeling een vergoeding. Goed beschouwd is het al sinds jaar en dag een systeem van 'ziekenzorg'.

In de curatieve sector betekent het werken in de geest van het Ecosysteem dat zorginstellingen en (para)medische beroepsbeoefenaren de focus van de praktijkvoering zouden moeten verleggen naar het gezond houden van mensen, door goede voorlichting en preventie te bieden. Veel (chronische) ziekten zijn immers sterk gerelateerd aan gedrag- en leefstijl en dus beïnvloedbaar. Kortom, een verschuiving van ziekenzorg naar gezondheidsbevordering en preventie en investeren in vitaliteit en gezondheid. Dat vraagt een geheel andere invulling van de praktijk van een zorgaanbieder, inclusief een geheel ander bekostigingsmodel. Ik denk dan aan een combinatie van abonnement betalingen (voor ondersteuning van gedrag en leefstijl programma's), risk- en cost-sharingsmodellen en prestatiebekostiging (incl. kijk- en luistergeld). Natuurlijk blijft ook in het Ecosysteem de noodzaak bestaan om medische ingrepen te verrichten; niet alle gezondheidsklachten en aandoeningen kunnen immers worden voorkomen. Zodoende heeft de zorgprofessional in de toekomst meerdere rollen naast elkaar te vervullen: soms als expert en behandelaar, soms als coach en ondersteuner, en in toenemende mate als cocreator die samenwerkt met de patiënt om zijn gezondheid te bevorderen. Dat laatste wil ook zeggen dat patiënten en zorgverleners samenwerken om nieuwe zorgconcepten en (technologische) innova-

ties te ontwikkelen en toe te passen. Behalve voor de zorg voor het individu, wordt de zorgprofessional ook meer en meer verantwoordelijk voor de gezondheid en vitaliteit van een populatie waar hij of zij verantwoordelijk voor is.

Tot slot

Het vormen van een zorg-Ecosysteem vereist de focus op het gezamenlijke en maatschappelijke doel van betaalbare en toekomstbestendige zorg. De innovaties die nodig zijn om dit doel te bereiken komen tot stand vanuit een gedeelde visie en vrijwillige samenwerking. Aan de basis liggen coalities van zorggebruikers, zorgverzekeraars, zorgprofessionals, zorginstellingen, wetenschappers, bedrijfsleven en/of financiers. Het meedoen in zo'n coalitie doet een (moreel) beroep op de persoonlijke en institutionele verantwoordelijkheid van de deelnemers. Meedoen biedt zodoende ook letterlijk en figuurlijk ruimte voor duurzaam ondernemerschap in de zorg, want diensten en producten die zowel bijdragen aan de persoonlijke noden van de individuele patiënt als ook aan de maatschappelijke noodzaak tot kostenbeheersing, hebben de beste kans op succesvolle en brede marktintroductie en op continuïteit van de dienstverlening. Dat bedoel ik met waardecreatie.

Drs. M.C.M. van Schaik is directeur gezondheidszorg Rabobank en co-auteur van "Diagnose Zorginnovatie; over technologie en ondernemerschap", (Scriptum, 2013)

Noten

- ¹ Idenburg, Ph.J., Van Schaik, M.C.M., (2013) *Diagnose Zorginnovatie; over technologie en ondernemerschap*, Scriptum, Schiedam.
- ² www.CPB.nl
- ³ Zorgvisie, 18 september 2013.
- ⁴ Scharmer, O., Kaufer, K. (2013) *Leading from the emerging future, from ego-system to eco-system economies*, Berrett-Koehler Publishers, California.
- ⁵ Oratie Prof.dr E. Heineman, E. (2010) *Het paradigma van de zorg: Egosysteem of Ecosysteem?* Oratie uitgesproken bij het aanvaarden van de leerstoel Heelkunde aan de Rijksuniversiteit Groningen.
- ⁶ REshape St. Radboud UMC, www.radboudreshape.nl

center.com.

- ⁷ Topol, E., (2012) *The creative destruction of medicine: how the digital revolution will create a better health-care*, Basic Books, New York.

Thema: Kosten in de zorg

Financiële blik op zorgkosten vertroebelt discussie

Marcel Canoy

Door de schulden crisis loopt de druk op publieke voorzieningen op. Omdat zorgkosten jaarlijks stijgen, is het extra belangrijk dat elke euro voor zorg ook daadwerkelijk de zorg ten goede komt en niet ergens in de keten verdampst. Het zorgsysteem zal dus zo ingericht moeten worden dat overbodige of te dure zorg wordt verminderd. Maar overbodige of te dure zorg, wat is dat eigenlijk? Ik verken dit thema vol ethische hobbels aan de hand van vier voorbeelden.

Monetariseren van een mensenleven

Nieuwe medische technologie en behandelmethoden kunnen gezondheidswinsten opleveren maar ook hogere zorguitgaven. Om te bepalen hoe je kosteneffectief om kunt gaan met dit probleem is het nodig de kosten per extra QALY (Quality adjusted life year) te bepalen en vervolgens te bepalen wat zo'n extra QALY waard is in euro's. Hierbij ontstaan talloze vragen. Zo verschilt de waarde van een QALY tussen individuen, maar ook tussen verschillende typen behandelingen. Zo vindt men een QALY meer waard als het om levensreddende ingrepen of om kinderen gaat. Solidariteit en maatwerk spelen altijd een rol, zo blijkt ook uit de discussies rond dure geneesmiddelen voor zeldzame erfelijke ziekten. In de praktijk blijkt met deze factoren niet goed rekening te worden gehouden. Maar al te vaak zijn beslissingen budgettair gemotiveerd. Wat we voor een gezond levensjaar overhebben, blijkt niet primair af te hangen van een inhoudelijke discussie maar van hoeveel geld er beschikbaar is.

Eigen betalingen en eigen risico¹

Een manier om zorgkosten te 'privatiseren' en daarmee een minder grote druk op het collectief te leggen, is om eigen betalingen te introduceren of verhogen.

Neem als voorbeeld het introduceren van eigen bijdragen voor huisartsenzorg. Op het eerste gezicht geen slecht idee. Ruim een derde van de bezoeken aan de huisarts is onnodig. Het terugdringen daarvan levert niet alleen directe financiële baten op, maar stelt huisartsen in staat hun tijd en aandacht te besteden aan nuttiger zaken. Het is ook (uitzonderingen daargelaten) beter voor patiënten als er een kleine drempel opgeworpen wordt voor huisartsenbezoek, omdat daarmee hun zelfredzaamheid wordt bevorderd. Daarnaast betalen Nederlandse burgers, vergeleken met die in andere landen, heel weinig zelf bij (in directe zin) aan de zorg.²

Andere vormen van eigen betalingen (bijvoorbeeld zelf betalen voor andere zorgdiensten dan huisartsenzorg) leveren minder op omdat mensen vaak, anders dan bij huisartsenzorg, geen keuze hebben om af te zien van de zorg. Tot slot, er zijn geen aanwijzingen in de literatuur dat het invoeren van een beperkte eigen bijdrage voor huisartsenzorg ertoe leidt dat de solidariteit wordt uitgehold. Er zit veel zinnigs in de bovengenoemde argumenten, maar de context ontbreekt. Niet alleen is het remmende effect van eigen bijdragen nooit overtuigend aangetoond, patiënten gaan zich na het invoeren van een eigen bijdrage ook meer als eisende consumenten opstellen. Deels is dat goed, maar het leidt er ook toe dat huisartsen zich onder druk gezet voelen om medicijnen voor te schrijven of hun patiënt naar huis te sturen met de boodschap het nog een tijdje aan te zien. Het remmende effect van de eigen bijdrage wordt zo weer ongedaan gemaakt door de hogere kosten.

In de praktijk zullen door politieke druk en het belang van solidariteit zoveel uitzonderingen nodig zijn dat het remeffect wordt tenietgedaan. Immers, sociale visites en telefonische consults moeten niet onder de eigen bijdrage vallen, en mensen met een laag inkomen en chronische patiënten zullen ontzien worden. Bij besluiten over eigen betalingen worden dit soort effecten onvoldoende meegewogen en worden ze primair door budgettaire motieven genomen.

Behandelingen rond einde leven

Relatief veel kosten worden gemaakt aan het eind van het leven. Er is al enige tijd een discussie gaande of alle dure behandelingen wel noodzakelijk zijn. Voor

de maatschappij als geheel is een aantal levensverlengende behandelingen niet kosteneffectief, vooral als de kwaliteit van het leven niet merkbaar verbeterd wordt. In abstracte zin kan men de kans op succes afwegen tegen kosten en kwaliteit van leven en tot de conclusie komen dat de voordelen van een behandeling niet opwegen tegen de nadelen. Maar voor individuele patiënten en hun familie kan die vraag heel anders liggen. Als een bepaalde behandeling (bijvoorbeeld chemotherapie bij uitgezaaide alvleesklierkanker) weliswaar niet kosteneffectief is, kan een individuele patiënt hopen dat hij geluk heeft, simpelweg omdat dat zijn enige kans is, hoe klein ook.

In de praktijk zullen in deze situaties dan ook relatief vaak kostenineffectieve behandelingen plaatsvinden, ook al omdat het ziekenhuizen geld oplevert. Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat de helft van de mensen die een chemokuur ondergaan niet weet wat het doel is van de kuur. Als de artsen daarover beter communiceren, zouden mensen wellicht andere keuzen maken.³

Preventie

Ook bij preventie liggen ethische vragen op de loer. Ik illustreer deze naar aanleiding van darmkanker-screening. Op het eerste gezicht betreft dit een test zonder evidente problemen. Volgens onderzoek moet je evenwel 785 mensen gedurende vele jaren screenen en opvolgen om één sterfgeval te voorkomen.⁴

Deze beperkte voordelen kunnen niettemin afgewogen worden tegen de risico's en kosten. Zo is een nadeel van de screening dat de test niet erg robuust is. Zowel fout negatief als fout positief komen in vrij grote getale voor. Eventueel vervolgonderzoek heeft het risico van darmperforaties. Maar stel dat de pure gezondheidswinsten - als alles wordt meegewogen - positief zullen uitvallen (wat al hoogst twijfelachtig is in dit specifieke geval). In de praktijk zal dan de deur opengaan om de screening massaal in te voeren, omdat immateriële schade niet goed wordt meegewogen. Zowel fout negatieve als fout positieve uitkomsten leveren psychische schade op bij betrokkenen en dragen bij aan het creëren van een angstige samenleving. Omdat de farmaceutische industrie en ziekenhuizen financiële baten hebben bij screening, dreigen zorgkosten gemaakt te worden zonder dat de

burger er noodzakelijk beter van wordt. Dit geldt niet alleen voor dit voorbeeld maar veel breder, vooral bij massale screening (zoals de screening op baarmoederhalskanker).

Twee patronen

Wat laten deze vier voorbeelden ons zien? Telkens weer blijkt dat discussies over zorgkosten onbevredigend verlopen. De volgende twee patronen zijn herkenbaar. Aan de ene kant zien we dat zorgkosten oplopen. Vanuit financiële houdbaarheid wordt dan een discussie gevoerd dat het zo niet verder kan, waarna een ingreep plaatsvindt. De ethische consequenties van die ingrepen zijn zelden goed doordacht. Omdat ingrepen vaak impact hebben op de kwaliteit van leven en deze niet goed in geld kan worden uitgedrukt, kunnen ondoordachte ingrepen feitelijk de kwaliteit van leven verslechteren. We zagen dit bij eigen betalingen en de discussies over de waarde van een extra QALY.

Een ander patroon is dat de medische industrie en de patiënten een prikkel hebben om kostenineffectieve behandelingen uit te voeren zonder dat de bredere maatschappelijke belangen goed zijn gewogen. We zagen dit bij preventie en bij behandelingen rond het einde van het leven. Bij beide patronen is het wenselijk eerst een ethische discussie te voeren over wat maatschappelijk gewenst is, waarbij alle factoren meegenomen worden. Pas in tweede instantie komt het budget in beeld. In een aantal gevallen kan dat betekenen dat zorgkosten stijgen, maar dat is niet erg omdat ook de kwaliteit van het leven dan stijgt. In andere gevallen wordt juist geld bespaard, omdat vast is komen te staan dat zorg daadwerkelijk onnodig (duur) is.

Dr. Marcel Canoy is hoofdeconoom van Ecorys en columnist van het Financieele Dagblad.

Noten en Literatuur

- ¹ Dit voorbeeld is gebaseerd op een hoofdstuk uit mijn boek, Canoy, M. (2013), *De triple A econoom Voorbij cijfers en cynisme*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- ² Voor een vergelijking zie http://esbonline.sdu.nl/esb/images/860779_tcm445-237230.pdf
- ³ Wiardi Beckman Stichting (2012) *Samen werken aan*

een gezond en waardig leven. Den Haag: WBS Cahier.

- ⁴ <http://www.trouw.nl/tr/nl/4328/Opinie/article/detail/3576471/2014/01/13/Screening-darmkanker-biedt-valse-beloften.dhtml>

Thema: Kosten in de zorg

Beheersing van de zorguitgaven: boekhouders en dijkenbouwers

Marc Pomp

We zijn allemaal boekhouders. Dagelijks nemen we allerlei beslissingen op basis van een afweging tussen kosten en baten. Dat geldt ook in de zorg. Daar speelt kosten-effectiviteit – en dus statistiek – een grote rol. Echter niet de enige. De moraal is in bepaalde gevallen sterker dan kosten-effectiviteits-overwegingen.

Allemaal boekhouders

Of we het nu leuk vinden of niet, we zijn allemaal boekhouders. Dagelijks nemen we allerlei beslissingen op basis van een afweging tussen kosten en baten. We staan op om naar ons werk te gaan omdat een extra uur in een warm bed niet opweegt tegen de gevolgen van te laat beginnen aan de taak die ons wacht. We beheersen ons bij het kopen van nieuwe kleren omdat anders de buitenlandse vakantie niet door kan gaan. We matigen de consumptie van calorieën en alcohol omdat overgewicht, kater en schuldgevoel niet opwegen tegen het plezier van instant satisfactie. De lijst is moeiteloos uit te breiden.

Niet dat we goede boekhouders zijn. Psychologen als Kahneman hebben laten zien dat we ons bij onze keuzes laten beïnvloeden door een beschikbaarheids-bias, default opties en allerlei andere irrelevante factoren. En 'Zwei Seelen wohnen, ach! in meiner Brust' is van toepassing op mensen van vlees en bloed. Neem bijvoorbeeld rokers die eigenlijk willen stoppen. Kortom, boekhouden is moeilijk, maar toch doen we het allemaal, elke dag opnieuw.

Boekhouden in de zorg

Ook in de zorg is boekhouden de dagelijkse praktijk. Als een terminaal zieke patiënt besluit af te zien van

een ziekmakende chemokuur die de levensverwachting met een paar maanden verlengt maar die ten koste gaat van kwaliteit van leven, dan is dat ook een kosten-batenafweging. Of neem hoge bloeddruk: we zouden iedere Nederlander elk jaar kunnen screenen op hoge bloeddruk, maar dat zou teveel kosten in verhouding tot de gezondheidswinst die dit oplevert. Nog een derde voorbeeld: we hanteren in Nederland de norm dat een ambulance in spoedgevallen binnen vijftien minuten ter plaatse moet zijn. Een kortere 'aanrijtijd' van bijvoorbeeld zes minuten zou de overlevingskansen van mensen met een acute hartstilstand vergroten. Toch kiezen we hier niet voor omdat dit de ambulancezorg veel duurder maakt.

Boekhouden in de zorg is vaak controversieel. Neem bijvoorbeeld het in geld waarderen van gezondheid en mensenlevens. Veel gezondheidseconomen doen dit routinematig in hun analyses van de zorg. In mijn boek over de baten van de zorg concludeer ik, op basis van de aanname dat een levensjaar in goede gezondheid 50 000 euro waard is, dat de Nederlandse zorg veel meer oplevert dan hij kost (Pomp 2010). Sommigen vinden dit soort berekeningen verwerpelijk. Zo niet de Australische filosoof Peter Singer (Singer 2009). Hij stelt de vraag of het plakken van een waarde in geld aan een mensenleven ethisch toelaatbaar is. Bij wijze van antwoord komt hij met de volgende grap. Een man vraagt aan een vrouw of zij met hem naar bed wil, in ruil voor een miljoen euro. Ze denkt heel even na en zegt dan ja. De man: 'Okay, wil je ook met me naar bed voor vijftig euro?' De vrouw, verontwaardigd: 'Wat voor iemand denk je wel niet dat ik ben?' De man: 'Dat hebben we net al vastgesteld. Nu onderhandelen we alleen nog over de prijs.'

De man gaat er vanuit dat een vrouw die bereid is tot één vrijpartij in ruil voor een miljoen euro, automatisch een prostituee is. Volgens Singer is dit niet terecht. Vervolgens stelt hij dat we dezelfde foute redenering hanteren als we het waarderen van een mensenleven in euro's op principiële gronden verwerpen. Dat zouden we alleen moeten doen als we een te lage prijs voor een mensenleven hanteren. Singers eigen standpunt is dat we er niet aan ontkomen om een waarde toe te kennen aan een mensenleven. Tenminste, niet als we de beschikbare middelen voor de zorg eerlijk en doelmatig willen verdelen.

Een soortgelijk standpunt is in ons land een paar jaar geleden verkondigd door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), een adviesorgaan van de minister van VWS. In het advies Zinnige en Doelmattige Zorg (uitgebracht in 2007) stelt de RVZ voor om 80.000 euro als maximum te hanteren voor een QALY (quality adjusted life year). Zorg die meer kost zou niet kosteneffectief zijn en niet vergoed moeten worden. Bovendien stelt de Raad voor om het maximum van 80.000 euro alleen te hanteren bij aandoeningen met een grote ziektelast. Bij hartfalen is de ziektelast groot, bij kalknagels laag.

Grenzen aan boekhouden in de zorg

De argumenten van Singer en de RVZ klinken aannemelijk en hebben kennelijk ook ons huidige kabinet overtuigd. In een bijlage bij het regeerakkoord staat dat “alleen nog noodzakelijke en (kosten)effectieve zorg wordt vergoed.” En dat het “criterium (relatieve) kosteneffectiviteit wettelijk [wordt] verankerd.”

In de praktijk zijn we inmiddels al weer gestuit op de grenzen van deze boekhoudkundige beheersing van de zorguitgaven. Het College voor Zorgverzekeringen, de “pakketbeheerder”, bracht vorig jaar rapporten uit over nieuwe geneesmiddelen voor de zeldzame ziekten van Pompe en Fabry. Deze zogeheten weesgeneesmiddelen kosten meer dan 300 000 euro per QALY, ver boven de RVZ-grens. Het CvZ adviseerde deze middelen niet meer via de Zvw te vergoeden. Een storm van maatschappelijk protest stak op en de minister heeft het advies dan ook niet opgevolgd.

Deze ervaring maakt duidelijk dat een maximumbedrag voor een QALY geen rem gaat zetten op nieuwe levensreddende zorg, zeker niet voor identificeerbare patiënten. Als een levensreddende interventie er eenmaal is, wordt die ook toegepast in een rijk land als Nederland. De economen Jena, Mechoulam en Philipson formuleren het als volgt: “Since many developed nations implicitly have decided that it is intolerable to let people die or suffer when existing medical technologies can prevent it, public financing often covers such technologies” (Jena et al. 2010). Daar komt bij dat het politieke zelfmoord zou zijn om zorg niet te vergoeden waarmee een kind of een ouder van kleine kinderen in leven kan blijven. Deze patiënten komen dan op televisie, met voorstelbare massale maatschappelijke protesten als gevolg.

De prijs van de moraal

De weigering om een rem te zetten op dure maar levensreddende geneesmiddelen is door sommigen als onethisch bestempeld. Als we het geld dat we nu uitgeven aan dure geneesmiddelen inzetten voor mindere dure aandoeningen kunnen we meer patiënten helpen, zo luidt hun redenering. De term statistische moord valt zelfs in dit verband. Dit is echter een drogreden. De zorguitgaven zijn geen vast bedrag. We kunnen de zorgpremies verhogen. De keuze is daarom niet tussen de ene groep patiënten en de andere groep patiënten, maar tussen zorg en andere vormen van consumptie.

Het is eerder andersom: een boekhoudkundige benadering van dure, levensreddende zorg is juist onethisch. Een rijke samenleving als de onze heeft enorme bedragen over voor het redden van identificeerbare levens, veel meer dan voor ‘statistische’ levens. Hier zijn goede (ethische) redenen voor, waaronder respect voor het individu, mededogen, en de norm dat we het individu niet opofferen ter wille van de massa. Als we een kleine groep patiënten levensreddende zorg ontzeggen, offeren we niet alleen hun levens op, maar ook deze principes. Uit collectieve middelen betalen voor dure levensreddende zorg is zo bezien de prijs van de moraal.

Er kan een moment komen waarop de prijs van de moraal te hoog wordt. Dat zou het geval kunnen zijn wanneer we te maken krijgen met een vloedgolf van levensreddende geneesmiddelen die extreem duur zijn. Maar zover is het nog lang niet. We geven jaarlijks 25 miljoen euro uit aan weesgeneesmiddelen. Dit is 25 euro per volwassen Nederlander per jaar, minder dan 5% van de totale geneesmiddelenuitgaven en minder dan een half procent van de zorguitgaven.

Dijken bouwen

Die vloedgolf kan er natuurlijk een keer komen. Biomedische onderzoekers slagen erin aandoeningen als kanker steeds verder uiteen te rafelen tot aparte varianten, met verschillende onderliggende oorzaken. Deze nieuwe kennis maakt het mogelijk therapieën op maat te ontwikkelen, maar voor steeds kleinere groepen patiënten. De ontwikkelingskosten van een nieuw geneesmiddel moeten dus worden terugverdiend over een kleiner aantal gebruikers, waardoor de kosten per patiënt zullen stijgen. De meest radicale manier om dit

scenario te voorkomen is via een rem op innovatie. Als zoiets al mogelijk is, dan is er nog het probleem dat niet valt te voorspellen welk onderzoek zal resulteren in te dure geneesmiddelen. Een algemene rem op biomedisch onderzoek is daarom de enige denkbare aanpak. Hiervan zijn de nadelen zo groot dat niemand dit zal willen.

Maar er is nog een manier om een eventuele vloedgolf aan nieuwe dure geneesmiddelen te pareren. De periode waarin nieuwe deze geneesmiddelen jaarlijks een ton of meer per patiënt kosten, zou beperkt moeten blijven tot de wettelijke octrooiperiode om vervolgens te dalen tot een fractie van dat bedrag. De impact van een vloedgolf aan dure geneesmiddelen op de zorguitgaven is dan slechts tijdelijk. Een sterke prijsdaling na octrooi is gebruikelijk bij traditionele geneesmiddelen, maar niet bij nieuwe dure geneesmiddelen. Dit zijn vaak zogeheten biologicals waarvan niet alleen de ontwikkelingskosten hoog zijn, maar ook de productiekosten. In dat laatste kan verandering in komen als nieuwe technologie beschikbaar komt waarmee deze middelen tegen veel lagere kosten te maken zijn. Die technologie is er nog niet. We kunnen er bovendien niet vanuit gaan dat marktpartijen genoeg zullen investeren in de ontwikkeling van dit soort nieuwe kostenverlagende procestechologie. Zo hebben economen erop gewezen dat procesinnovaties moeilijker te patenteren zijn dan productinnovaties, vanwege de grotere kans dat het patent informatie weggeeft aan de concurrent. Maar zelfs los hiervan is er een argument voor een publieke kennisimpuls. Private en publieke *Research and Development* (R&D) zijn vaak complementair. Zo vormt publiek gefinancierd fundamenteel biomedisch onderzoek veelal de basis voor toepassingsgericht privaat onderzoek, bijvoorbeeld naar nieuwe geneesmiddelen. Ook de ontwikkeling van het internet startte met publieke R&D. Het is goed denkbaar dat een gerichte impuls in publieke R&D op het terrein van kostenverlagende procestechologie voor biologicals, ook private R&D zal stimuleren. Gelet op het steeds grotere publieke belang van dergelijke kennis, zou dit een speerpunt moeten vormen in het kennisbeleid. Alleen zo kunnen we hopen een effectieve dijk te bouwen tegen een vloedgolf aan te dure maar nieuwe levensreddende zorg. Pogingen om dit met boekhoudmethoden te be-

reken zijn gedoemd te mislukken. Gelukkig zijn we niet alleen een volk van boekhouders maar ook van dijkenbouwers

Prof dr Marc Pomp is zelfstandig adviseur gezondheidseconomie

Literatuur

- Jena, A B, Mechoulan, S. en Philipson, T. (2010) Altruism and Innovation in Health Care. *Journal of Law and Economics* 53, 3, pp. 497 – 518.
- Pomp, M. (2010) *Een beter Nederland: de gouden eieren van de gezondheidszorg*. Amsterdam: Uitgeverij Balans.
- Singer, P. (2009) Why We Must Ration Health Care. *New York Times*, 19 juli 2009.

Thema: Kosten in de zorg

Hernieuwde verkenning van *fair innings* in een veranderende demografie

Robin Pierce

Een van de belangrijkste demografische verschuivingen van dit moment is de vergrijzende bevolking. Deze zal in toenemende mate economische gevolgen hebben, ons voor pijnlijke maatschappelijke afwegingen stellen en tot keuzes in de zorg dwingen. Hoever zijn we bereid te gaan om de zorg betaalbaar te houden?

Een vergrijzende samenleving

Vergrijzing is het woord van de dag. Enerzijds is vergrijzing het gevolg van biomedische successen, anderzijds wordt het gebruikt als zondebokverklaring voor economische krapte en nijpende toekomstproblemen. Inderdaad, ten minste drie aspecten van een vergrijzende samenleving hebben directe invloed op de kosten van de gezondheidszorg:

- 1) Zowel de gemiddelde leeftijd van de bevolking als de gemiddelde levensverwachting stijgen.
- 2) Mensen hebben meer zorg nodig naarmate ze ouder worden.
- 3) Dementie, als een leeftijd-gerelateerde ziekte, komt steeds vaker voor en staat op nummer één waar het gaat om kosten voor gezondheidszorg.¹

Vergrijzing van de bevolking is nu al zichtbaar en zal in de nabije toekomst nog verder toenemen. De schattingen zijn dat in 2035 25% van de Nederlandse bevolking boven de 65 zal zijn, en in 2050 tien procent 80 jaar of ouder. Dat zijn ongeveer 1,8 miljoen mensen. Dankzij de gezondheidszorg bereiken we - vaak gezonder - een hogere leeftijd dan vroeger. Dit leidt uiteraard ook weer tot andere demografische gevolgen. Met name de economische consequenties van de verschuiving in leeftijdsopbouw zijn aanzienlijk. De

kosten van de gezondheidszorg voor ouderen groeien en naar verwachting de pensioenkosten ook.² Tegelijkertijd stijgt ook het aantal mensen met dementie. De medische en maatschappelijke kosten van deze leeftijdsgebonden ziekte bedragen naar schatting jaarlijks 7,2 miljard euro.

Dit alles leidt tot de vraag of en hoe wij de kosten van zorg kunnen blijven dragen.³ Besluiten over de toewijzing van geld dienen te worden gemaakt op het micro- (huisarts), meso- (institutioneel, verzekering) en macroniveau (beleid).⁴ Beleidsmakers staan bij toekomstige bezuinigingsmaatregelen in de gezondheidszorg voor moeilijke beslissingen. In 1991 merkte H.L.L. Leenen al op dat politieke beslissingen over de verdeling van schaarse middelen in de gezondheidszorg afgestemd moeten zijn op kennis van zaken, ethische analyse, juridische onderzoek en rechtsnormen.⁵ Mijn standpunt is dat de uitdaging ligt in een eerlijke verdeling van zorg in een samenleving, die steeds minder in staat is om iedereen op basis van hun behoeftes en voorkeuren te behandelen. Er moet snel gezocht worden naar een eerlijke oplossing die zowel recht doet aan de behoefte aan maximale gezondheid als rekening houdt met de kosten van de zorg. De vraag die ik in dit artikel stel is: biedt de 'fair innings-aanpak' mogelijkheden om tot zo'n eerlijke verdeling te komen? Critici van deze aanpak wijzen onder andere op leeftijdsdiscriminatie, maar in het licht van de vergrijzing is misschien toch de tijd gekomen om de fair innings-methode te heroverwegen.

Fair Innings

De 'fair innings-aanpak' (FI -aanpak)^{6, 7, 8} heeft ten eerste als doel beschikbare middelen eerlijk te verdelen op basis van een gelijke portie gezond leven en ten tweede te voorkomen dat (jongere) mensen te vroeg sterven omdat er voor hen geen zorg beschikbaar is. Als er namelijk teveel middelen naar de zorg voor ouderen gaan, zouden jongeren te maken kunnen krijgen met gebrek aan zorg. Volgens de FI-aanpak zou echter iedereen de kans op een redelijke levensduur met een redelijke kwaliteit van leven moeten hebben. Op een zekere leeftijd heb je het deel dat jou toekomt gehad en alles daarna wordt als bonus gezien. Dan heb je minder recht op zorg dan jongeren want zij hebben nog geen kans gehad om hun leven te leven. Me-

disch ethicus Daniel Callahan stelde voor dat de zorg voor mensen die al een redelijke tijd van leven hebben gehad, beperkt zou moeten worden tot verlichten van het lijden.⁹ De FI-methodiek behelst dus een op leeftijd gebaseerd kader om te voorkomen dat een onevenredige hoeveelheid van de schaarse middelen wordt gependend aan mensen in hun laatste levensfase. Op deze wijze zouden de stijgende zorgkosten voor ouderen zeer effectief beteugeld kunnen worden.

Levensverwachting

Toen het concept van fair innings (FI) in de jaren 80 van de 20e eeuw werd geïntroduceerd, was 70 jaar een 'redelijke leeftijd'. De huidige levensverwachting van mannen en vrouwen is echter gestegen tot gemiddeld 81,3 jaar (die van vrouwen: 83,1 jaar). Dit is een toename van tien jaar in de periode 1960-2011. Dit loopt echter gelijk op met een betere gezondheid op latere leeftijd. De FI-aanpak zou dan ook een hogere startleeftijd als uitgangspunt moeten nemen bij de herziening van de zorgvraag. Met de huidige levensverwachting zou een overlijden ná de 80 als tijdig beschouwd kunnen worden. De vraag is echter of wij bereid zijn om zorg te weigeren aan iemand die de 80-jarige leeftijd heeft bereikt ten gunste van een jonger iemand.

De aanpak lijkt op het eerste gezicht aantrekkelijk en eerlijk. Aantrekkelijk omdat er enorm op zorgkosten bezuinigd kan worden. Eerlijk omdat iedereen op een onbevooroordeelde manier benaderd. Iedereen heeft een gelijke kans om een lang en gezond leven te leiden. Pas als je je deel al hebt gehad, wordt de zorg beperkt tot verlichting van lijden.

Kosten

Kijkend naar de zorgkosten tijdens een mensenleven valt niet te ontkennen dat deze hoger zijn voor ouderen. De jaarlijkse kosten voor iemand in de leeftijd van 15-24 jaar is gemiddeld € 2.253,-. Vanaf 45 jaar klimmen de kosten naar € 3.756,- per persoon en meer. Vanaf 65 tot 74 jaar verdubbelen de kosten tot bijna € 6.496,- en verdubbelen daarna nogmaals naar bijna € 13.000 op de leeftijd van 75 jaar. De kosten voor de zorg voor mensen boven de 85 jaar is gemiddeld € 29.172.¹⁰ Als we de zorg voor mensen ouder dan 85 (ongeveer 55.000 personen) niet meer zouden bieden, zou dit resulteren in een besparing van € 1.604.465.500,-. Genoeg geld om zorg te kunnen verlenen aan 712.146 jongeren van 15 tot 24 jaar. Het lijkt onwaarschijnlijk

dat we bereid zouden zijn om geheel af te zien van zorg voor 85-plussers maar, als de zorg alleen al werd gehalveerd, zou dit resulteren in een besparing van € 800.000.000,- per jaar. Met een levensverwachting van 81 jaar zou het onthouden van zorg vier jaar eerder beginnen, wat resulteert in een extra besparing van ca. 1.1 miljard euro. Een halvering van deze zorg, zou nog steeds een besparing van 500 miljoen euro opleveren. Een F.I.-aanpak zou zo een rem kunnen zetten op de stijgende zorgkosten en tegelijkertijd geld vrijmaken voor diensten voor alle mensen die qua leeftijd nog recht zouden hebben op (uitgebreidere) zorg.

Dementie

Deze berekeningen houden echter geen rekening met het derde aspect van de vergrijzing: het grote aantal mensen dat de ziekte van Alzheimer krijgt. De bijdrage van deze ziekte aan de kosten van gezondheidszorg moet niet worden onderschat. In Nederland zijn de gemiddelde zorgkosten voor een persoon met dementie € 50.000 per jaar. Momenteel zijn er 256.000 dementerenden in Nederland¹¹ (ca. 32 % van hen woont in een verpleeg- of verzorgingshuis). Naar verwachting zal dit aantal in 2050 oplopen tot ongeveer 500.000. De extra zorgkosten voor deze groep kan in het kader van het reduceren van zorgkosten niet worden genegeerd, en maakt het des te urgenter om een werkbaar aanpak te vinden.

Gezien het feit dat dementie een leeftijd gerelateerde ziekte is, kan het toepassen van een FI benadering leiden tot extreme besparingen. Een recht toe recht aan FI-aanpak maakt geen onderscheid tussen (bijvoorbeeld) artritis- en dementie-patiënten van dezelfde leeftijd. Mensen krijgen zorg totdat ze hun fair innings hebben gehad. Dus, mensen die op vroege leeftijd dementie ontwikkelen (bepaalde vormen van dementie kunnen al voorkomen op 50 of 60 jarige leeftijd) zouden gewoon optimale zorg krijgen, terwijl dementie (tot nu toe) onbehandelbaar is en leidt tot achteruitgang van kwaliteit van leven. Dit betekent dat de F.I. aanpak dan wel op leeftijd discrimineert maar niet op gezondheidsuitkomsten van behandelingen (QALY's and DALY's). Integendeel, het zorgt ervoor dat ieder van ons haar fair innings krijgt.

Dus, waarom omarmen we deze benadering dan niet direct? Omdat ze tot wrede gevolgen voor ouderen kan leiden. Zij worden immers gepasseerd ten

faveure van de jongere generatie. Hoewel er geen expliciete beleidsrichtlijnen bestaan, zijn er tekenen dat deze wijze van zorgtoekenning in de praktijk al voorkomt.¹² Daarom is het van groot belang deze aanpak kritisch te bekijken.

De nadelen van fair innings

Hoe aantrekkelijk het ook klinkt, er zitten ook grote nadelen aan een fair innings benadering. Neem een gezonde, op haar dieet lettende, sportende vrouw die de 82 nadert. Ze geniet van vakantie vieren met haar kleinkinderen en achterkleinkinderen en neemt regelmatig deel aan de maandelijkse ouderenuitstapjes. Op een reis valt ze, haar knie doet pijn en ze denkt dat ze haar heup heeft gebroken. Ze weet dat als ze naar het ziekenhuis gaat, ze alleen noodhulp zullen bieden om haar te stabiliseren, ze zal pijnstillers krijgen en naar huis worden gestuurd. Immers, ze heeft haar fair innings gehad.

In ons streven dat iedereen een kans moet hebben op fair innings, houdt de FI-aanpak geen rekening met twee belangrijke punten. Ten eerste wordt onze oudere generatie steeds gezonder oud. Dus een grens op basis van gemiddelde levensduur kan een bruisend gezond en gelukkig leven plotseling tot een halt doen komen. Aangezien vroegtijdig overlijden voorkomen óók een doel is van de FI-benadering, kunnen we net zo goed het gebrek aan zorg voor de gezond levende 82 jaar oude overgrootmoeder zien als een vroegtijdige dood of bijdrage aan een lagere levenskwaliteit. Ten tweede, mensen zijn het kwetsbaarst op jonge en op hoge leeftijd. Als samenleving geven we voorrang aan het beschermen van en steun voor de meest kwetsbaren onder ons. De FI-aanpak vereist dat we deze houding laten varen. Maar misschien zijn de maatschappelijke kosten van fair innings belangrijker en hoger dan de economische kosten alleen.

Robin Pierce, J.D., Ph.D. Department of Biotechnology, Delft University of Technology.

De auteur is veel dank verschuldigd aan Lieke van der Scheer voor het uitgebreid redactionele advies. De auteur bedankt Susanne Sleenhoff voor de levendige discussie, haar behulpzame opmerkingen op eerdere versies van dit manuscript en voor haar hulp met het vertalen hiervan. Dank ook aan Tineke Egyedi voor

haar tekstuele suggesties.

Literatuur

- ¹ Nationaal Kompas Volksgezondheid. <http://www.nationaalkompas.nl/thema-s/ouderen/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/rangordening-van-ziekten-en-aandoeningen/#Kosten> (laatst geraadpleegd op 9 december 2013).
- ² “Toekomst pensioenstelsel” <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/pensioen/toekomst-pensioenstelsel>
- ³ Van Delden, J.J.M., Am Vrakking, et al. (2004) Medical decision making in scarcity situations. *Journal of Medical Ethics*, 30, pp. 207-211.
- ⁴ Leenen, H.J.J. (1991) De verdeling van de schaarse middelen in de gezondheidszorg. *Ned Tijdschr Geneesk*, 135, nr 20.
- ⁵ Ibid.
- ⁶ Harris, J. (1985) *The value of life*. London: Routledge.
- ⁸ Callahan, D. (1987) Terminating Treatment: Age as a Standard. *The Hastings Center Report*, 17, 5, pp. 21-25
- ⁸ Williams, A. (1997) Intergenerational equity: An exploration of the “fair innings” argument. *Health Economics*, 9, pp. 739-742.
- ¹⁰ Callahan, D. (1987) Terminating Treatment: Age as a Standard. *The Hastings Center Report*. 17, 5, pp. 21-25.
- ¹⁰ National Kompas Volksgezondheid. <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/huidige-kosten/#kostenaarleeftijd> (laatst geraadpleegd op 9 december 2013).
- ¹¹ Alzheimer Nederland, 2013. <http://www.alzheimer-nederland.nl/actueel/onderzoek/2013/januari/hoe-veel-mensen-met-dementie-zijn-er.aspx> (laatst geraadpleegd op 9 december 2013).
- ¹² Van Delden et al, supra. Van Delden en collega's ((Julius Center for Health Sciences, UMC, Utrecht, NL en Department of Public Health, Erasmus MC, Rotterdam, NL, respectievelijk) bestudeerden de meningen van artsen en beleidsmakers over de wijze waarop leeftijd wordt en zou moeten worden meegenomen in toewijzingsbeslissingen en op welke niveau deze beslissingen (zouden) moeten worden genomen, bijvoorbeeld door beleidsmakers, het ziekenhuis (bestuur) of individuele artsen.

Thema: Kosten in de zorg

Zorgbeleid & het belang van mensenrechten

Martin Buijsen

Het zorgstelsel gaat nogmaals op de schop. De rechtvaardiging van de huidige beleidsontwikkelingen, die vooral lijken ingegeven door betaalbaarheid, kunnen in strijd zijn met het (internationaal erkende) recht op toegang tot zorg. Dit artikel bespreekt de verhouding van de Nederlandse beleidsvoornemens tot 'hogere', internationaal erkende, mensenrechten.

Inleiding

Het zorgstelsel gaat nogmaals grondig op de schop. In 2015 – in het tijdsbestek van nog geen tien jaar – zal het gehele Nederlandse zorglandschap onherkenbaar zijn veranderd. Nadat eerder in 2006 de *cure* ingrijpend is herzien, staat nu de *care* aan de vooravond van fundamentele wijzigingen. Ditmaal echter geen marktwerking maar decentralisatie. In de zeer nabije toekomst zullen niet langer de zorgkantoren maar de gemeenten verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de langdurige zorg. Voor zover deze zorg niet intramuraal en intensief is, zal zij grotendeels worden overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Met de herziening van de *cure* heeft deze ingreep gemeen dat hij eerst en vooral ingegeven lijkt door de wens de zorg betaalbaar te houden. In de voorstellen wordt weliswaar gewezen op de veranderende eisen die Nederlanders stellen aan de organisatie van langdurige zorg, ouderen willen immers zo lang mogelijk thuis blijven wonen, maar aan het gevoel van urgentie blijken toch vooral de overbelasting van de AWBZ en het gevaar van steeds hogere premies ten grondslag te liggen.¹ Hiervan getuigt het feit dat de voorstellen niet slechts neerkomen op een overheveling van taken naar gemeenten. Deze overheden zullen het ook met veel minder middelen moeten doen.²

Een tweede, nogal in het oog springende overeenkomst is de waan van beleidssoevereiniteit. Juist bij zorghervormingen veronderstellen beleidsmakers te opereren in een normatief vacuüm. Ten onrechte. Er is immers nog zoiets als het mensenrechtenrecht en Nederland is partij bij tal van internationale verdragen waarin het recht op toegang tot (gezondheids) zorg erkend is als mensenrecht. In deze bijdrage staat de vraag naar de verhouding van de beleidsvoornemens tot dit 'hogere' recht centraal.

Recht & (zorg)beleid

Het Nederlandse zorgbeleid kenmerkt zich de laatste jaren door een geheel eigen, nogal eenzijdige en instrumentalistische kijk op het recht. Als het beleid eenmaal is vastgesteld, moet er onder andere door wetten uitvoering aan worden gegeven, wetten als de WMO en de wet Langdurige Intensieve Zorg (LIZ, de beoogde opvolger van de AWBZ). Maar recht is veel meer dan het sluitstuk van beleid. Op andere beleidsterreinen (vreemdelingenbeleid, milieubeleid, etc.) is de wetenschap dat er ook recht is dat aan beleid voorafgaat volstrekt vanzelfsprekend. Eigen aan de rechtsstaat is immers de idee dat iedereen aan het recht onderworpen is. Ook de makers van beleid op de terreinen van volksgezondheid en gezondheidszorg zijn werkzaam in een ruimte die in een niet te onderschatten mate reeds door recht is gestructureerd. Door 'hoger' recht, namelijk door internationale verdragen waarin mensenrechten zijn erkend.

Het is opvallend hoe weinig beleidsmakers op de terreinen van volksgezondheid en gezondheidszorg rekenschap geven van dit 'hogere' recht. In de notitie Langdurige zorg, waarin staatssecretaris van Rijn (VWS) zijn plannen heeft ontvouwd, is zelfs geen enkele verwijzing te vinden.³ Toch is Nederland partij bij een groot aantal mensenrechtenverdragen. Dat de nationale beleidsmakers zich hieraan weinig gelegen laten liggen bij de ontwikkeling van zorgbeleid, hangt ongetwijfeld samen met een bepaalde opvatting over de rechten in kwestie. Sociale mensenrechten als het recht op huisvesting, onderwijs of zorg gelden in de Nederlandse rechtscultuur als tweederangs. Zij worden toch vooral gezien als instructienormen voor de overheid. Anders dan klassieke vrijheidsrechten als het recht op privacy, vrijheid van meningsuiting, etc. be-

treft het immers geen regels die in rechte afdwingbaar zijn. Althans, niet in Nederland.⁴ Ten overstaan van de nationale rechter kan men zich er niet rechtstreeks op beroepen en een echte internationale rechter tot wie de burger zich kan wenden indien de staat zich aan schending bezondigd heeft, is niet voorhanden. Het gebrek aan 'justiciability' doet aan het rechtskarakter van de regels in kwestie echter niets af. De vraag of een handelwijze juist is in morele zin wordt tenslotte ook niet afgedaan met een antwoord op de vraag naar de pakkans. Het gebrek aan 'justiciability' doet dan ook geenszins afbreuk aan de verplichtingen die een sociaal mensenrecht als het recht op (gezondheids)zorg voor de Nederlandse staat met zich meebrengt.

Menselijke waardigheid

Nederland is partij bij tal van mensenrechtenverdragen. Mensenrechten vormen de ruggengraat van iedere rechtsstaat. Vrijwel elk mensenrechtenverdrag kent een preambule – een korte inleidende tekst – waarin gewag gemaakt wordt van het beginsel van menselijke waardigheid. Dat is de fundamentele waarde die door mensenrechtenbescherming tot uitdrukking gebracht wordt. Menselijke waardigheid leent zich niet voor definitie. Mensenrechten geven handen en voeten aan de basisnorm van respect voor menselijke waardigheid. Veel meer dan zeggen dat wanneer sprake is van schending een mensenrecht de menselijke waardigheid in het geding is, kunnen we niet. En zo bezien is de schending van een sociaal grondrecht niet meer of minder erg dan de schending van een vrijheidsrecht. Iemand toegang onthouden tot noodzakelijke zorg is daarom evenzeer een vergrijp als de aantasting van diens persoonlijke levenssfeer. Staten zijn verplicht zich te onthouden van zowel het een als het ander.⁵

Ofschoon het onmogelijk is de inhoud van het begrip van menselijke waardigheid kort te omschrijven, valt over het begrip als zodanig nog wel wat te zeggen. Om te beginnen komt respect voor waardigheid individuen toe. Waardigheid is geen kwaliteit die door het internationale recht een ras, een klasse, de natie of een ander collectief wordt toegedicht. Het individu is subject van mensenrechten. Het primaat ligt bij diens belangen. Deze kunnen niet zomaar terzijde worden geschoven door de politiek vertolkte wil van collectieven en meerderheden.

Waardigheid is voorts iets van ieder menselijk individu. Mensenrechtenverdragen laten zich niet over de kwaliteiten van het subject. Om de bescherming van mensenrechten te kunnen genieten is niets meer nodig dan dat men mens is. Punt uit. Men hoeft slechts uit mensen geboren te zijn om op die bescherming aanspraak te kunnen maken. Of men die mensenrechten kan appreciëren en uitoefenen of niet, doet niet ter zake. Onmondige kinderen, seniele ouderen, pasgeborenen en stervenden, wilsbekwaam of niet, iedereen heeft onvervreembare mensenrechten. En aanspraak op bescherming van die rechten heeft ieder menselijk individu vanaf het moment van geboorte tot het moment van de dood.

Hiermee hangt samen dat, anders dan het oude 'dignitas', het respect voor de waardigheid die met de mensenrechten komt, niet aan enkelen voorbehouden is. De rechten van de mens maken ons allemaal tot dignitaris. Tweehonderd jaar geleden was de mensenrechtenidee daarom zo revolutionair. Waardigheid hebben we allemaal in gelijke mate.⁵ Hoe verhoudt dit alles zich tot het recht op toegang tot zorg?

Het recht op gezondheid

Nederland heeft het recht op gezondheid in een groot aantal verdragen erkend als mensenrecht. Hoewel het welbeschouwd onzinnig is om van een recht op gezondheid te spreken, is dat niettemin gebruikelijk. Men spreekt van dat recht op gezondheid ('the highest attainable standard of health') om aan te geven dat het staatsverplichtingen omvat die zich niet beperken tot het recht op toegang tot (gezondheids)zorg. Verplichtingen onder meer ten aanzien van het leefmilieu en de werkomgeving vallen eveneens binnen het recht op gezondheid. Voor zover het mensenrecht betrekking heeft op het recht op (gezondheids)zorg, beperkt het zich tot de beschikbaarheid en toegankelijkheid van voorzieningen van noodzakelijke zorg.

Een staat die een verdrag als het Internationaal verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (IVESCR) ratificeert, waarin het recht op gezondheid als mensenrecht is erkend, neemt een groot aantal verplichtingen op zich. Eenmaal partij heeft een staat onmiddellijk met betrekking tot (gezondheids)zorg bepaalde basisvoorzieningen te treffen. Daarboven hebben staten beleidsvrijheid bij het be-

palen van wat geldt als noodzakelijke (gezondheids) zorg. De keuzes die staten maken worden uiteraard in belangrijke mate ingegeven door de mogelijkheden die zij hebben. In Nederland geldt als noodzakelijk de zorg die wij collectief financieren. Dat is alle zorg die nu vanuit de AWBZ, de WMO en de Zorgverzekeringswet (ZVW) wordt bekostigd. Het spreekt vanzelf dat een arm land als – zeg – Burkina Faso andere keuzes heeft moeten maken.

Toch is daarmee niet gezegd dat een land met een laag voorzieningspeil, het recht op gezondheid schendt. Eenmaal partij bij een verdrag als het IVESCR rust op een staat de verplichting sociale mensenrechten progressief te verwerkelijken. Bovendien geldt een verbod op het nemen van retrogressieve maatregelen. Met andere woorden, als het gaat om de beschikbaarheid en toegankelijkheid (bereikbaarheid, betaalbaarheid) van noodzakelijke (gezondheids)zorg is er voor een staat die het recht op gezondheid als mensenrecht heeft erkend geen weg terug. Het mag nooit minder worden. Niet alleen voor Burkina Faso maar ook voor Nederland is het altijd 'onwards and upwards'.

Daarboven gaat het recht op gezondheid uit van gelijke toegang tot (gezondheids)zorg. Verschillen in behandeling in die context zijn slechts te rechtvaardigen op grond van verschillen in behoefte, zoals vastgesteld aan de hand van objectieve medische criteria. Simpel gezegd: hoe groter de behoefte, hoe hoger op de wachtlijst. Het gebruik van andere criteria komt hier neer op discriminatie. Daarmee is weer helemaal niet gezegd dat 'aan eenieder naar behoefte' zonder meer het toepasselijke adagium is voor de verdeling van noodzakelijke (gezondheids)zorg. Dat de vraag naar dat goed altijd het aanbod verre overtreft, hebben ook de opstellers van verdragen als het IVESCR goed begrepen.

Het mensenrecht op gezondheid stelt ten slotte als eis dat beleid ter zake 'transparent and participatory' moet zijn. Het feit dat ongeacht het peil van verwerkelijking de vraag naar zorg altijd groter is dan het aanbod, maakt prioritering onvermijdelijk. Dat andere criteria van verdeling medebepalend zijn voor de toegang tot zorg is dan ook niet verkeerd, mits de keuze voor deze criteria maar op een voor iedereen waarneembare wijze tot stand komt en iedereen de gelegenheid geboden wordt hierop invloed uit te oefenen.⁶

Normen om rekening mee te houden

Of een staat bijvoorbeeld peperdure weesgeneesmiddelen wenst te vergoeden of niet, is in beginsel een kwestie van beleidsvrijheid. Wat geldt als noodzakelijke zorg, bepaalt de staat die het recht op gezondheid als mensenrecht heeft erkend, grotendeels zelf. Zolang maar duidelijk is wie dergelijke keuzes maakt en op welke gronden, en zolang die laatste maar voorwerp van bemoeienis van de burgers kunnen zijn.

Heeft zo'n staat eenmaal besloten dergelijke middelen wel te vergoeden, dan dienen beleidsmakers te beseffen dat de argumenten van economen die wijzen op de hoge kosten en de geringe werkzaamheid, de keuze voor verwijdering uit het pakket niet rechtvaardigen indien er voor de patiënten - hoe gering in aantal ook - geen alternatieven bestaan. De minister die begrijpt dat er niets anders op zit dan prijsonderhandelingen te voeren met de farmaceuten, handelt in overeenstemming met het recht op gezondheid. En gelukkig had minister Schippers het in 2012 begrepen.⁷

Zo pakt het 'hogere' recht van het mensenrecht op gezondheid uit. Dit recht staat hervorming van het zorgstelsel en bezuinigingen geenszins in de weg. Maar de beleidsmaker uit wier koker de decentralisatieplannen afkomstig zijn, dient wel te beseffen dat niet alles kan. De taakoverheveling en de budgetvermindering mogen niet tot gevolg hebben dat de toegang tot (gezondheids)zorg verslechtert, in het algemeen of voor bepaalde groepen in het bijzonder. Sterker nog, die toegang mag alleen maar beter worden, voor iedereen. Het mensenrecht op (gezondheids)zorg stelt in dit opzicht een zware eis. Bovendien zal het zorgbeleid dat met ingang van 1 januari 2015 op gemeentelijk niveau wordt ontwikkeld, in alle Nederlandse gemeenten (400 en nog wat) evenzeer 'transparent and participatory' moeten zijn. En dit stelt weer enorme eisen aan de lokale democratie. Vooralsnog spitsen de discussies rondom de decentralisatievoornemens zich toe op de te overhevelen vormen van zorg en de aan de gemeenten toe te wijzen budgetten. Het wordt echter hoog tijd om ook over deze zaken eens na te denken.

Martin Buijsen is als hoogleraar recht & gezondheidszorg verbonden aan het Instituut BMG en de Erasmus School of Law van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Noten en literatuur

- ¹ Kamerstukken II 2013/14, 30 597, nr. 393.
- ² Bijlage Kamerstukken II 2012/13, 30 597, nr. 296.
- ³ Bijlage Kamerstukken II 2012/13, 30 597, nr. 296.
- ⁴ De Nederlandse rechtscultuur is hierin niet uniek. In landen als Zuid-Afrika en India is dat evenwel anders. In het constitutionele recht van die landen wordt de 'justiciability' van sociale mensenrechten wel erkend.
- ⁵ Buijsen, M. (2011) Ongrijpbare waardigheid. Kanttekeningen bij en fundamenteel rechtsbegrip. In: Foblets, M.-C. e.a. (red.) *Liber amicorum René Foqué*, Leuven/Rotterdam: Larcier & Bju, pp. 519-533.
- ⁶ Buijsen, M. (2010) De rechtvaardige verdeling van gezondheidszorg. *Socialisme & Democratie*, 10/11, pp. 61-68.
- ⁷ Buijsen, M. (2012). Stoppen medicijnvergoeding is schending mensenrechten. *Nederlands Dagblad*, 3 augustus 2012.

Recensie

Dick Kleinlugtenbelt, *Levenskunst. Beviend raken met jezelf*. Uitgeverij Damon, Budel, 2011 (2e druk), 287 blz.

Dorine Bauduin

De rode draad in het boek zijn de vragen: hoe leid je in onze tijd het goede leven en hoe kun je de belangrijkste voorwaarde daarvoor, een goede omgang met jezelf en met anderen, realiseren? De auteur heeft het boek vormgegeven als een (zelf)studieboek: elk hoofdstuk eindigt met een oefening en enkele vragen over de stof die als leidraad kunnen dienen voor het gesprek met anderen of voor nadere verkenning van je eigen denken erover.

In het inleidende deel behandelt de auteur de filosofie en de bouwstenen van de hedendaagse levenskunst. Hij karakteriseert de huidige tijd als een overgangsfase: we hebben het allemaal druk met van alles, vliegen van hot naar her en dreigen de grip op ons eigen bestaan te verliezen. We lopen het risico te vergeten dat het voor het vormgeven van je eigen leven belangrijk is om betekenisvolle verbindingen aan te gaan met anderen. Ook reflectie op eigen denken en doen is een onontbeerlijke bouwsteen voor een 'kunstig' leven.

En beide: de omgang met het zelf en met de ander, bijvoorbeeld in de vorm van vriendschap, kun je oefenen, zo wordt door Kleinlugtenbelt betoogd. Kijk maar naar de manier waarop de klassieke filosofen Socrates, Aristoteles, de Romeinse Stoa, Augustinus en Montaigne filosofiebeoefening hebben opgevat als een levensstijl. Deze visies worden achtereenvolgens besproken in het middendeel van het boek. Elk hoofdstuk bevat, behalve een beknopte weergave van het denken van de filosoof over de omgang met het zelf, een praktische oefening die kan helpen om de visie van de besproken filosoof zelf te ervaren. Zo is de socratische oefening een vorm van socratisch gesprek, bevat het hoofdstuk over Aristoteles een oefening in 'voortreffelijkheden' en kan de lezer na het lezen over de Romeinse Stoa op zoek gaan naar het eigen 'innerlijk kompas en innerlijke vrijheid'. Montaigne geeft aanleiding tot het oefenen met schrijven van een es-

say naar aanleiding van een eigen ervaring. Daarnaast laat de auteur de verschillende denkers aan het woord over hun visie op de – zijns inziens cruciale – betekenis van vriendschap in het mensenleven.

In het slotdeel werkt Kleinlugtenbelt zijn opvatting over ethiek als levenskunstethiek verder uit en geeft hij een herwaardering van het centrale thema van dit boek: vriendschap. Met zijn opvatting van ethiek als ‘een zelfverhouding, met als belangrijkste kenmerk de wijze waarop iemand zich moreel vormt ten opzichte van relevante leefprincipes’ (p.16), kan ik een eind meegaan. Het is van belang ons in te spannen ons bewust te zijn van de betekenis van hoe en wat we (be)leven en door te gaan met ons te oefenen in het leiden van een goed leven, wat dat ook moge zijn. Anderzijds zou ik wel wat vaker willen lezen dat we al blij kunnen zijn als we beperkte resultaten halen, want er gebeurt zo veel in het leven wat we niet zelf in de hand hebben. Op dat punt zijn de filosofen/levenskunstenaars mij wat al te moralistisch.

‘Levenskunst’ is een prettig leesbaar boek dat door alle leeswijzers en verluchtingen met gedichten de lezer bij de les houdt en stimuleert tot zelf nadenken. De verschillende hoofdstukken zijn ook goed los van elkaar te lezen, wat de vele morele lessen die het bevat, behapbaar maakt.

Drs. Dorine Bauduin, Filosoof

Algemeen

Berichten van het Rathenau Instituut

Marjolijn Heerings

Het Rathenau Instituut in Den Haag stimuleert de publieke en politieke meningsvorming over wetenschap en technologie. Daartoe doet het instituut onderzoek naar de organisatie en ontwikkeling van het wetenschapstelsel, publiceert het over maatschappelijke effecten van nieuwe technologieën, en organiseert het debatten over vraagstukken en dilemma's op het gebied van wetenschap en technologie. Op deze plek komen lopende thema's en projecten aan de orde en een vooruitblik op zaken die in de pijplijn zitten.

Weblog Intieme Technologie open

Het Rathenau instituut heropent het weblog Intieme Technologie. Met intieme technologie doelen we op technologieën zoals sociale media, medische zelftesten en knuffelrobots. Deze technologieën nestelen zich in onze privésfeer. Waar leggen we de grens? Werken ze emanciperend of juist stigmatiserend? Hoe beïnvloeden zij ons mensbeeld? In januari 2014 publiceerde het Rathenau Instituut het essay Intieme Technologie en Het Bericht. Strijd om onze intimiteit. De publicaties hebben veel aandacht gekregen in de media en de discussie over intieme technologie is volgens ons nog maar net begonnen. Daarom zal het Rathenau Instituut het weblog Intieme Technologie weer voeden met nieuwe bijdragen. De eerste bijdrage komt van pionier op het gebied van de informatisering: Jaap Galjaard. Hij betoogt dat technologische wetenschap niet alleen een wereld buiten ons schept, maar wijzelf worden tot 'machines' gemaakt, volgens een technologisch-wetenschappelijk model. Het doet hem denken aan vrijwillige slavernij. In de tweede blog reflecteert journalist Anke Hans op de onvoorziene mentale impact van Smartphone notificaties. Ze maken aandacht schaars, realiseert ze zich. Lees de blogs en discussieer mee op www.intiemetechnologie.wordpress.com. Zelf

ook bloggen? Stuur je bijdrage naar: webmaster@rathenau.nl.

En verder...

Wetenschap en samenleving staan soms op gespannen voet. Op verzoek van het ministerie van OCW organiseren het Rathenau Instituut en de WRR een debatreeks over het thema 'Vertrouwen in de wetenschap'. Wat verwacht het publiek eigenlijk van de wetenschap? Luisteren wetenschappers voldoende naar burgers? Wetenschappers, maatschappelijke organisaties, belanghebbenden, beleidsmakers en bedrijven discussiëren tijdens drie debatten over dit thema. Op zoek naar dilemma's en gevoeligheden, op zoek naar debat op het scherp van de snede. Met als inzet constructieve samenwerking en begrip tussen de partijen, en een goed functionerende wetenschap waar iedereen wat aan heeft. De slotbijeenkomst vindt plaats op 14 april plaats in Science Center NEMO te Amsterdam. Aanmelden voor deze bijeenkomst kan via de website van het Rathenau Instituut.

Marjolijn Heerings MSc. is junior onderzoeker bij de afdeling Technology Assessment van het Rathenau Instituut.