

Andere houding van zorggebruikers en zorgverleners nodig voor houdbare gezondheidszorg^{*}

Peter Kooreman en Arjen van Witteloostuijn

De steeds verder uitdijende gezondheidszorg blijft alleen houdbaar bij een verandering in het bewustzijn en het gedrag van zorggebruikers en -verleners. Met alleen een andere inrichting van de gezondheidszorg en de wijze van financiering is dit niet te bereiken. Voorop moeten staan een grotere persoonlijke verantwoordelijkheid, meer nadruk op de afweging tussen kosten en baten, serieuzere aandacht voor alternatieve geneeswijzen en een hogere eigen bijdrage van de patiënt.

Zorgkosten blijven doorstijgen

Dat de zorg te duur wordt, houdt de beleidsgemoederen inmiddels decennia bezig. De combinatie van innovatie, vergrijzing en het feit dat zorg verzekerd is zorgt ervoor dat het beslag van de zorgkosten op het bruto nationaal product onstuitbaar blijft stijgen. Vorige kabinetten hebben de introductie van marktwerking ingezet om deze stijgende lijn om te buigen – tevergeefs.

Minister Edith Schippers heeft ingezet op “veldwerking”: een ouderwetse poldercompromis na uitvoerig overleg met de partijen uit het veld. De kans dat straks zal blijken dat de stijging van de zorgkosten is omgebogen, is nihil. Beleid gericht op het wegnemen van knelpunten in de gezondheidszorg zal beperkt effectief zijn wanneer het zich slechts richt op het ontwerp van het systeem van zorgverlening en -financiering. Het wegnemen van knelpunten vraagt vooral veranderingen in het bewustzijn en het gedrag van de individuen die gezamenlijk dat systeem vormen: patiënt, zorgverlener, zorgverzekeraar, farmaceut, manager of toezichthouder – iedereen moet meebewegen.

1. Grotere persoonlijke verantwoordelijkheid

In de eerste plaats vereist de houdbaarheid van de gezondheidszorg een groeiend bewustzijn ten aanzien van (a) de persoonlijke verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid en (b) de medeverantwoordelijkheid voor de gezondheid van anderen. Onderzoek heeft een sterke causale relatie aangetoond tussen leefstijl en gezondheid. Daarmee groeit de persoonlijke verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid. Dat de individuele zorgkosten voor een zorggebruiker vrijwel volledig buiten beeld blijven, draagt niet bij aan het nemen van eigen verantwoordelijkheid voor leefstijl en gezondheid. De patiënt dient te weten wat zorg kost, wat daaraan de eigen bijdrage is, en wat de consequenties van haar of zijn leefstijl zijn op de eigen gezondheid en die van anderen. Wij beïnvloeden de gezondheid van anderen door hulp te bieden of te onthouden. Liefdevolle verbintenissen hebben een gunstig effect op gezondheid. Zorgverzekeraars zijn in een goede positie om het bewustzijn hieromtrent te bevorderen, bijvoorbeeld door het aanbieden van een co-verzekering voor medemensen zonder toegang tot basale gezondheidszorg.

2. Weeg kosten af tegen baten

In de tweede plaats is het denken in termen van baten en kosten van zorg noodzakelijk voor een betere inrichting van de gezondheidszorg en ethisch verantwoorde besluitvorming. Veel mensen voelen zich ongemakkelijk wanneer bij een fundamenteel recht als gezondheidszorg gesproken wordt over kosten en baten. Toch worden dagelijks, ook als het om mensenlevens

^{*} Dit artikel is overgenomen van Me Justice. Dit online onafhankelijk discussieforum (www.mejustice.nl) heeft als doel het debat onder economen te stimuleren. Artikelen worden geschreven door een kerngroep van economen die graag wetenschap en beleid combineren. Buiten deze groep staat het iedereen vrij om bijdragen in te sturen, zolang deze maar gebaseerd zijn op helder economisch denken of onderzoek.

gaat, kosten en baten stilzwijgend afgewogen. Wanneer bijvoorbeeld de maximum snelheid op snelwegen op 90 kilometer per uur zou worden gesteld, zoals jarenlang in de VS het geval was, zou dat jaarlijks tot enkele tientallen doden minder leiden. Blijkbaar weegt het kleinere aantal verkeersdoden niet op tegen het verlies aan mobiliteit en economisch activiteit als gevolg van de snelheidsbeperking.

In beleidsdiscussies ligt de nadruk meer op kosten dan op baten van gezondheidszorg. Kosten zijn makkelijker meetbaar en direct voelbaar. Maar het gaat in de gezondheidszorg uiteraard niet om het besparen van kosten. Als dat het geval zou zijn, zou de zorg eenvoudigweg opgeheven moeten worden. Meestal is het goed mogelijk een indicatie van de baten van zorg te krijgen. Daarbij kan onderscheid worden gemaakt tussen objectieve indicatoren (zoals levensduur en ziekteverzuim) en subjectieve indicatoren (zoals gezondheidsbeleving en patiënttevredenheid). Kosten-baten berekeningen maken niet alleen duidelijk wanneer gewonnen levensjaren kostbaar zijn, maar ook wanneer ze weinig kosten. Zo is een gewonnen levensjaar via het ontmoedigen van roken tijdens de zwangerschap drie keer goedkoper dan intensieve neonatale zorg.

3. Onderzoek effectiviteit alternatieve geneeswijzen

In de derde plaats dienen (vooral nog) alternatieve geneeswijzen serieuzer genomen te worden. Recent onderzoek laat zien dat huisartsen die zich na hun reguliere opleiding hebben geschoold in acupunctuur, antroposofische geneeswijzen of homeopathie goedkoper werken dan reguliere huisartsen, ook als zo goed mogelijk wordt gecorrigeerd voor de verschillende achtergrondkenmerken van patiënten. Hun patiënten leven bovendien langer. Eén van de verklaringen is dat complementair werkende artsen terughoudender zijn in het voorschrijven van medicijnen, tests en operaties en meer gericht zijn op het aanspreken van het zelfherstellend vermogen van patiënten. Omdat alternatieve behandelwijzen niet kunnen worden gepatenteerd ontbreekt in de farmaceutische sector de financiële prikkel om hun werkzaamheid te onderzoeken.

Overheid, zorgverzekeraars, opleidingen van zorgprofessionals en patiëntenorganisaties hebben daarom de gezamenlijke taak onderzoek naar de werkzaamheid van alternatieve benaderingen te bevorderen. Daarbij kunnen geen concessies worden gedaan aan wetenschappelijke zorgvuldigheid. Ook is het nodig dat de blik op baten voldoende breed is en zich niet alleen op de korte termijn richt. In de verslavingszorg, bijvoorbeeld, moet niet alleen gekeken worden naar terugval, maar ook naar levensaspecten als scholing, werk, uitkeringen, schuldproblematiek, criminaliteit, vrijwilligerswerk en relaties en kinderen. Nederlandse academische ziekenhuizen dienen het voorbeeld te volgen van toonaangevende medical schools zoals Harvard en Yale, die een gespecialiseerd centrum hebben voor de studie van alternatieve geneeswijzen.

4. Alleen verzekering tegen onverwachte, grote zorguitgaven

In de vierde plaats vergt de houdbaarheid van het zorgstelsel hogere eigen bijdragen van patiënten, tot een maximum dat afhangt van de financiële draagkracht van de patiënt. De functie van een verzekering is om het risico van grote en onverwachte uitgaven te delen en te spreiden, niet om voorspelbare en kleinere uitgaven te betalen. Alleen wanneer deze een preventief karakter hebben, kan dekking door de basisverzekering gerechtvaardigd zijn. Door het verzekeringskarakter dragen noch de patiënt, noch de arts direct de kosten van een zorginterventie. In een ideale wereld zijn artsen nauwelijks gevoelig voor financiële prikkels. Diverse empirische studies laten echter het tegendeel zien.

Een verzekerings- en financieringssysteem dat deze bezwaren zo veel mogelijk ondervangt, kent, naast een eigen bijdrage van patiënten, een goede balans tussen vaste en variabele beloning van zorgverleners. Het variabele deel van de beloning dient vooral gebaseerd te zijn op het resultaat van behandelingen, niet van de geleverde inspanning. Een volledig vaste

beloning kan leiden tot onderbehandeling en een gebrek aan wil om te innoveren. Een volledig variabele beloning kan leiden tot overbehandeling. Transparantie in de financiële relatie tussen patiënten en zorgverleners bevordert solidariteit en wederzijdse verantwoordelijkheid.

***Peter Kooreman** is werkzaam bij de Universiteit van Tilburg. **Arjen van Witteloostuijn** is werkzaam bij de Universiteit van Antwerpen. Daarnaast is hij verbonden aan de Utrecht School of Economics en de Universiteit van Tilburg. Dit artikel vormt een geheel met een hoofdstuk van de eerste auteur in "Duurzame gezondheidszorg; visies en praktijkervaringen", dat onlangs is verschenen bij uitgeverij Christofoor.*

Vereniging voor Gezondheidseconomie (VGE)

Doelstelling

De Vereniging voor Gezondheidseconomie (VGE) is een vereniging voor iedereen die op enigerlei wijze betrokken is bij het vakgebied van de gezondheidseconomie. Ook niet-gezondheidseconomen kunnen lid van de VGE worden. De VGE heeft tot doel zichzelf te positioneren als het kennisnetwerk voor de gezondheidseconomie in het Nederlandse taalgebied. In deze hoedanigheid wil de VGE een substantiële bijdrage leveren aan het debat over de inrichting en vormgeving van de gezondheidszorg in Nederland en Vlaanderen.

Bestuur en secretariaat

Het bestuur van de VGE bestaat momenteel uit de volgende personen:

- Piet de Bekker (zorgVuldig Advies & Stichting de Zorgambassade)
- Silvia Evers (Universiteit Maastricht)
- Job van Exel (iBMG / Erasmus Universiteit Rotterdam)
- René Groot Koerkamp (Ministerie van VWS)
- David Larmuseau (Psychiatrische centra Sleidinge, België)
- Johan Polder (RIVM en Universiteit van Tilburg, voorzitter)
- Steven Simoens (Katholieke Universiteit Leuven)
- Marco Varkevisser (iBMG / Erasmus Universiteit Rotterdam).

Het bestuur wordt ondersteund door Rianne Kruijssen (secretariaat).

Lidmaatschap

De contributie bedraagt €35 per kalenderjaar. Voor meer informatie over de VGE of een lidmaatschap kunt u contact opnemen met het secretariaat (secretariaat@gezondheidseconomie.org). Nieuwe leden kunnen zich ook aanmelden via het aanmeldingsformulier op onze website: www.gezondheidseconomie.org.

VGE Bulletin

Het VGE Bulletin verschijnt driemaal per jaar en heeft tot doel om zo toegankelijk mogelijk in het Nederlands te communiceren en discussiëren over recente (wetenschappelijke) ontwikkelingen op het gebied van de gezondheidseconomie. De redactie van het VGE Bulletin bestaat uit Marco Varkevisser (hoofdredacteur), Job van Exel en Rianne Kruijssen (secretariaat). Voor wat betreft het aanleveren van kopij geldt dat eventuele bijdragen (bij voorkeur circa 1.500 woorden) als Word-document bij de redactie kunnen worden ingediend (bulletin@gezondheidseconomie.org). Een ieder is hiertoe van harte uitgenodigd!
