

De principes van de zorg

De introductie van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel in 2006 ging gepaard met enorm veel retoriek over keuzevrijheid, concurrerende verzekeraars en prijsbewuste consumenten. Zelfs managers en directeuren in delen van de zorg die helemaal niet vielen onder het regime van de zorgverzekeringswet – verpleeghuizen, verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten – werden aangegrepen door de alomtegenwoordige slogans over de zegeningen van de vrije markt. Ook zij verdiepten zich in de vraag hoe zij hun verpleeghuiskoepel ‘tussen de oren van de mensen’ konden krijgen, besteedden hun geld aan reclamecampagnes en beraadden zich in eindeloze vergaderingen met raden van bestuur en raden van toezicht op de vraag met wie zij allemaal moesten gaan fuseren om hun marktaandeel veilig te stellen.

Wat we bijna zijn vergeten door al dat lawaai, is dat we in de kern nog steeds een heel normaal sociaal verzekeringsstelsel hebben. Iedereen moet zich verzekeren voor het basisverzekeringspakket, zeg maar het oude ziekenfondspakket, en de premies daarvoor brengen we met z’n allen op, grotendeels naar draagkracht (zij het dat we dit vreselijk ingewikkeld doen met zorgtoeslagen via de fiscus). Verzekeraars mogen bij de premies voor het basispakket geen onderscheid maken tussen oud en jong of tussen gezond en ongezond. Ons ziektekostenstelsel veronderstelt solidariteit met zieke medeburgers en solidariteit tussen generaties. Het lijken open deuren, maar bij alle gehamer op consumentengedrag kunnen ze niet genoeg worden ingetrapt.

Zo las ik laatst in de krant een ingezonden brief van een oudere vrouw die zich erover beklaagde dat zij via haar ziektekostenverzekering verplicht moest meebetalen aan kraamzorg en vruchtbaarheidsonderzoek (‘Hoezo nou keuzevrijheid?’); zo’n briefschrijfster heeft het hele principe van de ziektekostenverzekering uit het oog verloren. Zij betaalt ook mee aan de behandeling van prostaatcancer en teelbalkcancer, ze betaalt mee aan de behandeling van sikkkelcelziekte, ook al is dat een aandoening die vooral voorkomt onder medeburgers met een zuidelijke etnische afkomst terwijl zij zelf misschien een geboren en getogen Friezin is, ze betaalt mee aan de behandeling van jeugdremma, aan fysiotherapie voor spastische kinderen en aan nog duizend en een andere dingen die zij zelf nooit nodig zal hebben. In ruil daarvoor betalen jongere burgers mee aan haar medicijnen voor ouderdomssuiker, haar staaroperatie, haar gehoorapparaat en haar medicijnen tegen botontkalking of de ziekte van Parkinson. Om nog maar helemaal te zwijgen over de kosten van het verpleeghuis, mocht zij onverhoopt worden getroffen door een beroerte of dementie.

Bij een solidair stelsel hoort ook een periodieke bezinning op de omvang van het collectief betaalde basisverzekeringspakket. Stel dat we over enkele jaren weer een periode van economische laagconjunctuur beleven, moeten we dan gaan bezuinigen op het basisverzekeringspakket en zo ja, hoe moeten we dat dan doen? Over deze vraag publiceerde de Raad voor Volksgezondheid en Zorg onlangs een verstandig en evenwichtig rapport, getiteld *Rechtvaardige en duurzame zorg*. Volgens de Raad gaat het bij zorgvoorzieningen om drie vragen:

1. Hoe ziek is de patiënt? Gaat het om een vreselijk nare, pijnlijke aandoening of gaat het om een ziekte waar best mee te leven valt zolang je verstandig eet en zo nu en dan vroeg naar bed gaat?
2. Hoe goed is de behandeling? Gaat het om een behandeling die heel effectief is en waar de patiënt helemaal beter van wordt? Gaat het om een medicijn dat de ziekte niet geneest, maar dat er wel voor zorgt dat de patiënt weer prima kan functioneren, zij het dat deze zijn verdere leven van medicijnen afhankelijk is? Of gaat het om een medicijn of zorgvoorziening die maar een heel klein beetje helpt?
3. Hoe duur is de behandeling?

Het antwoord op al deze vragen kun je kwantificeren, althans als je blijft binnen de context van de curatieve zorg. Als het gaat om de zorg voor demente bejaarden en diep zwakzinnigen moet je heel andere vragen stellen met andersoortige antwoorden. *Rechtvaardige en duurzame zorg* is een vervolg op een eerder rapport, waarin de Raad zich nog voornam te gaan werken aan een meetlat voor alle vormen van zorg tegelijk, waardoor je ook kwantitatief verantwoord zou kunnen kiezen tussen een harttransplantatie enerzijds en extra personeel in de zwakzinnigenzorg aan de andere kant. Gelukkig lijkt de Raad dit onzalige plan tot nader order in de ijskast te zetten. Voor zover er nog wordt vergeleken met de 'care' sector is dit alleen bij het door de Raad gesuggereerde maximumbedrag voor een behandeling: 80 000 euro per gewonnen levensjaar, net iets hoger dan het bedrag dat staat voor één jaar voltijds verpleeghuiszorg.

Voor de reguliere zorg uit het basisverzekeringspakket biedt dit advies een elegant bezuinigingsmechanisme. Als er moet worden bezuinigd kun je als bewindspersoon gaan sleutelen aan één van de drie parameters. Je bepaalt dat sommige ziekten niet ernstig genoeg zijn, je stelt vast dat sommige behandelingen niet voldoende opleveren of je stelt een bovengrens aan wat een behandeling zou mogen kosten. Die laatste manier van bezuinigen heeft in de persreacties na publicatie van het rapport de meeste nadruk gekregen. Maar een verstandige minister zal veel eerder gaan draaien aan een van de twee andere knoppen; hij treft daar mensen mee die niet heel ziek zijn of schraapt behandelingen die niet echt helpen.

Een moreel verdedigbaar, goed hanteerbaar advies, en er komt geen marktgedachte aan te pas.

© Margo Trappenburg, 26 oktober 2007.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg, *Rechtvaardige en duurzame zorg*, via www.rvz.net
Zie over deel 1 van het advies van de Raad, onder columns 2006: *Wegen en meten*.