

De euro in de spreekkamer. De patiënt en de kosten van de gezondheidszorg

Vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw zijn de kosten van de gezondheidszorg een politiek probleem geworden. De jaarlijks stijgende kosten noodzaakten tot beteugeling en met een hele reeks van maatregelen is geprobeerd dat voor elkaar te krijgen. Gelukt is het al die jaren echter nooit. Het introduceren van de mantra ‘marktwerking in de gezondheidszorg’ zou de oplossing zijn omdat daarmee door concurrentie de kosten zouden dalen. Anders dan in het normale economische verkeer zou deze marktwerking echter geen winstoogmerk hebben en alleen bedoeld zijn om voor de laagste prijs de beste zorg te leveren.

Een van de uitwerkingen van deze theorie was de nieuwe Zorgverzekeringswet die ruim tien jaar geleden van kracht werd en die het onderscheid tussen particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden ophief. Iedereen is nu verzekerd volgens hetzelfde financieringsmodel waarbij de zorgverzekeraars de leidende rol hebben gekregen. Zij onderhandelen met de zorgverleners over de prijs van hetgeen deze in de aanbieding hebben en proberen zo goedkoop mogelijk in te kopen zodat de verzekeringspremie laag kan worden gehouden. Dat lijkt inderdaad op een vorm van marktwerking. Het probleem van de kostenstijging van de zorg zelf is er echter niet mee verholpen, zo blijkt, en ook de verzekerde betaalt jaarlijks meer, vooral als hem of haar wat overkomt. Hoewel de nominale premies relatief weinig stijgen, groeit het eigen risico jaarlijks gestaag. Dat is dus wat er in de praktijk mee is bereikt.

Als er de afgelopen jaren in ons land over de gezondheidszorg wordt gesproken, gaat het vrijwel altijd alleen maar over de kosten ervan. Kennelijk houdt dat de mensen bezig. Zelden horen we dat we in ons land een gezondheidszorg hebben die tot de beste van de wereld behoort en dat de wachtlijsten die jarenlang bestonden inmiddels zijn opgelost. Er is gemor te horen over het nieuwe systeem als het oor goed te luisteren wordt gelegd, bijvoorbeeld in de spreekkamer. Recent publiceerde *Medisch Contact* een artikel over deze nieuwe Zorgverzekeringswet met als boodschap dat de hooggespannen verwachtingen niet zijn uitgekomen. Het tienjarig jubileum geeft weinig reden tot feestvreugde, stond er op de voorkant van het nummer.¹

Deze grote aandacht voor de kosten van de zorg is ook doorgedrongen in de spreekkamer, tot verdriet van veel patiënten en artsen. Zij krijgen gaandeweg de indruk dat de kwaliteit van zorg is verminderd door het streven de prijs ervan zo laag mogelijk te houden. Er wordt daardoor afgedongen op de kwaliteit van wat er geboden wordt, terwijl er jaarlijks meer voor moet worden betaald. Dat wringt zowel bij de patiënt als bij de arts. Het was immers de bedoeling door het proces van gereguleerde concurrentie de doelmatigheid te vergroten en de hoogste kwaliteit van zorg te verlenen. Maar als we het over de concurrentie op basis van de zogenaamde marktwerking hebben, wat is er in feite te kiezen voor een patiënt? Mag een patiënt voor de specialist kiezen die de beste kwaliteit levert? En hoe kan hij dat dan weten? En levert de regulering inderdaad op dat iedereen dezelfde mogelijkheden krijgt indien hij zich meldt met ziekte of gebrek, met andere woorden: is er wel sprake van solidariteit?

Uit recent onderzoek blijkt dat de patiënt helemaal geen kritische consument is en zich in de specialistenkeus vooral laat leiden door de verwijzer. Het dichtstbijzijnde ziekenhuis heeft de voorkeur en kwaliteitsinformatie heeft er nauwelijks invloed op.^{2,3} Patiënten zitten dus niet te springen om de marktwerking; sterker nog: steeds

duidelijker wordt dat met name patiënten uit de lage inkomensgroepen de dupe lijken te worden. Zij voelen zich vaak genoodzaakt een zo goedkoop mogelijke verzekering af te sluiten, de zogenaamde budgetpolis. Deze beperkt zowel de omvang van het verzekerde pakket als het aantal zorgverleners die de zorg mogen verlenen. Dit roept vragen op rond de solidariteit in de zorg – een van de grondslagen van de vroegere ziekenfondsverzekeringen. Is een budgetpolis wel een goed middel om de zorgvraag te reguleren als blijkt dat men zich dan niet in alle ziekenhuizen kan laten behandelen omdat alleen de kosten worden vergoed in die instellingen waarmee de verzekeraar een afspraak heeft? De vrijheid van het individu wordt daardoor beperkt. Men kan zeggen dat dat een eigen keus is, maar treft het dan veelal juist de mensen die het minst te besteden hebben omdat zij noodgedwongen voor een goedkope polis moeten kiezen?

Deze bundel is een uitwerking van het symposium dat de Medische afdeling van het Thijmgenootschap in maart 2015 hield onder de titel: ‘De euro in de spreekkamer. Geld speelt wel een rol’. Deze titel moet beschouwd worden als een metafoor voor commercialisering van de gezondheidszorg als gevolg waarvan onvoldoende rekening wordt gehouden met een aantal patiënt- en artsenbelangen. In deze bundel komt een reeks aspecten van de zorg in relatie met de kosten ervan aan de orde. De eerste bijdrage is van Karel-Peter Comanje die de geschiedenis beschrijft van collectieve zorgverzekeringsinstellingen en laat zien dat er de afgelopen eeuw altijd wel reuring is geweest als het om de prijs voor de zorg ging. Maar dat was veelal een discussie tussen huisartsen, specialisten en zorgverzekeraars. De patiënt was daar niet bij betrokken en kon als ziekenfondspatiënt of particulier verzekerde zonder veel beperkingen aanspraak maken op de dienstverlening van de arts.

Dat die beperkingen er heden ten dage wel zijn, wordt duidelijk uit de bijdrages van Marion Reinartz en Anneke

Kramer die de ervaringen van patiënten respectievelijk huisartsen beschrijven. Zij geven een schrijnende inkijk in de dagelijkse praktijk en komen tot de kern van de zaak: de euro speelt wel degelijk een rol in de sprekkamer. De voorbeelden die door hen worden beschreven laten duidelijk zien bij welke bevolkingsgroepen de problemen van het nieuwe gezondheidszorgsysteem zich openbaren.

Marcel Becker houdt in zijn bijdrage het begrip marktwerking, voor zover het de gezondheidszorg betreft, tegen het licht. De kern van zijn betoog is dat het begrip marktwerking oneigenlijk wordt toegepast in de gezondheidszorg. Met een reeks van voorbeelden wijst hij op de verschillen die er bestaan tussen te vermarkten goederen en dat wat er in de arts-patiëntrelatie speelt. In die relatie spelen immers persoonsoverstijgende elementen en gedeelde waarden mee omdat er sprake is van een dienstverlening. En dienstverlening heeft een relationeel karakter en is niet in economische waarde uit te drukken. Dat wezenlijke verschil moet steeds worden gerealiseerd in de discussie over marktwerking in de zorg.

De patiënt mag in wezen niet een speler in het marktdenken zijn omdat deze in een positie verkeert waarin hij of zij geen rationele keuzes kan maken. Dat is de basisgedachte van de bijdrage van Maaïke Haan. Zij baseert haar zienswijze op het denken van de filosoof Charles Taylor over de authenticiteit van de patiënt waardoor deze zich op een voor hem of haar specifieke wijze kan verhouden tot de ziekte en het ziek-zijn. Een patiënt is door het ziek-zijn niet in staat verantwoordelijkheid te dragen voor de keuzes die het marktdenken verlangt. Vanuit de positie van patiënt-zijn is een gelijkwaardige dialoog tussen arts en patiënt niet mogelijk. Haar bijdrage belicht een aspect waaraan vaak voorbij wordt gegaan, maar dat vanuit een ethisch perspectief meer aandacht zou moeten krijgen. Een patiënt is immers geen handelswaar maar een authentiek persoon die met een hulpvraag op de deur van de gezondheidszorg klopt.

De vraag die zich ook opdringt is: is het nieuwe systeem wel solidair? De eerder beschreven praktijkvoorbeelden wekken de indruk dat patiënten niet zelden tussen de belangen bekneeld raken. Patrick Jeurissen legt helder uit hoe er steeds getracht is de zorgkosten naar draagkracht en vermogen te verdelen. Het is echter onduidelijk of met de nieuwe wet de solidariteit is toe- of afgenomen. Hij laat zien dat het stelsel in principe wel op het solidariteitsbeginsel is gebaseerd, maar dat het lastig is om dat consequent te handhaven door de steeds weer stijgende kosten. In elk geval wordt de laagste inkomensgroep zoveel mogelijk tegemoet gekomen. Hij wijst echter op de toenemende scheve verdeling van de zorgkosten, die vooral gegeneerd worden door de chronisch zieke patiënt en de dure patiënt. Hoe zal dat op den duur uitpakken?

En dan komen we uit bij de discussie die al enkele decennia wordt gevoerd: wat mag een leven kosten? Hoe ver moeten we gaan met behandelen? Gert Jan van der Wilt, Jaap Deinum en Baziel van Engelen gaan in hun bijdrage in op dat probleem. Zij laten zien dat het afwegen van kosten ten opzichte van de baten op twee manieren kan worden benaderd: van een romantische en van een rationalistische kant. Voor de rationalistische visie voeren zij het door Isaiah Berlin geformuleerde begrip legpuzzelvisie op, waarmee hij bedoelde dat er orde is en dat ook het leven volgens die orde moet worden ingericht. Dat betekent dat er als een boekhouder naar de balans van kosten en baten gekeken dient te worden. De romanticus, die overeenkomsten heeft met de arts die om zijn patiënten geeft en die zich heel wel realiseert dat niet alles kan wat moet, zal zich weinig aantrekken van kosten en baten. Hij zal ervoor gaan zijn patiënten dat te bieden wat nodig is en zich niet laten leiden door bijvoorbeeld QALY's (quality adjusted life years), een extra levensjaar in goede gezondheid. De auteurs beseffen dat ook zij de steen der wijzen niet bezitten, juist omdat gezondheidszorg complex is. Zij willen met hun beschouwing verschillende inzichten be-

lichten, waarbij niet categorisch kan worden aangegeven welk inzicht het beste is.

Nicole Kien benadert als jurist de spanning die er bestaat tussen de marktwerking in de zorg en de patiënt vanuit een wat ander perspectief en vraagt zich af hoe de eed of de belofte die een arts heeft afgelegd zich tot marktdenken verhoudt. Zij laat de spanning ertussen zien en wijst op de Wet van de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst uit 1995 en op de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). Maar zij bespreekt nog twee andere wezenlijke relaties: die tussen de patiënt en de zorgverzekeraar en die tussen de arts en de zorgverzekeraar. De verzekerde heeft gewoon recht op datgene waarvoor hij is verzekerd en in dat opzicht mag de euro geen rol spelen in de spreekkamer. Zij wijst op het principe dat de medisch professionele standaard ook niet door kostenafwegingen mag worden ondermijnd. Een alternatieve behandeling moet altijd evenwaardig zijn en daar moet bij de zorginkoop rekening mee worden gehouden. Het uitgangspunt dient te zijn dat de arts zich in de spreekkamer niet hoeft bezig te houden met het kostenaspect van zijn in te stellen behandelingen. Financiële afwegingen dienen op bestuurs- en politiek niveau tot algemene besluitvorming te leiden en niet te interfereren met de arts-patiëntrelatie, die op vertrouwen is gebaseerd.

Tot slot worden de verschillende aspecten beschouwd in de bijdrage van jurist en filosoof Martin Buijsen. Hij gaat uit van de gedachte dat we in de gezondheidszorg te maken hebben met een verdelende rechtvaardigheid. Het principe is dat mensen als elkaars gelijken moeten worden behandeld en dat lusten en lasten eerlijk verdeeld moeten worden. Van belang is voor ogen te houden dat gezondheidszorg evenals andere goederen een schaars goed is. Dat betekent dat er altijd spanning zal blijven tussen de vraag ernaar en de kosten die eraan zijn verbonden. In feite is er continu sprake van 'rantsoenering'. En dat leidt ertoe dat er ook altijd mensen zullen zijn die tussen de wal en

het schip raken. Het zou volgens Buijsen goed zijn als alle betrokkenen, ook de patiënt, ervan doordrongen zijn dat er impliciet van rantsoenering sprake is. Inzichtelijkheid hierover voor de patiënt is voor het begrijpen van het complexe stelsel dat wij in ons land hebben van groot belang.

Uit de diverse bijdrages blijkt dat de ondertitel van het symposium ‘Geld speelt wel een rol’ goed gekozen was. Hoezeer we ook zouden willen dat het niet zo is, gezondheidszorg is inderdaad een schaars goed. Schaarste strijdt echter met rechtvaardigheid, laat Buijsen zien. Dat betekent dat er waarschijnlijk altijd discussie over geld zal blijven bestaan. Uit deze bundel blijkt heel duidelijk dat de arts-patiëntrelatie steeds dient te prevaleren. In de spreekkamer moet het geld geen mediërende betekenis hebben in die relatie. Ziek-zijn en gezondheid overstijgen de markt en zijn niet te beschouwen als materiële waarden.

NOTEN

- 1 H. Maasen en J. Visser, ‘Tien jaar Zorgverzekeringswet. Veel doelstellingen zijn niet bereikt’, in: *Medisch Contact* 2016-71 (1), p. 14-17.
- 2 A. Victoor en J. Rademakers, ‘Waarom kiezen patiënten niet voor het “beste” ziekenhuis?’, in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2015-159, p. A8664.
- 3 M. Levi en W. Bos, ‘Weinig keuzebereidheid bij de patiënt. Weer een stukje falende markt?’, in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2015-159, p. A8664.