



DEBATTEN STRATEGIEBERAAD RIJKSBREED & WRR

Verslag

'Beter kiezen: van spreekkamer tot Tweede Kamer'

Dinsdag 5 november 2019

Hollands Spoor is een debatreeks van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid en het Strategieberaad Rijksbreed. Tijdens deze bijeenkomsten spreken beleidsverantwoordelijken en bestuurders met gerenommeerde wetenschappers en het bedrijfsleven over belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen en de implicaties daarvan voor het beleid.

Verslag van de Hollands Spoor-bijeenkomst over de houdbaarheid van de zorg op dinsdag 5 november 2019, Buitenhof 34, Den Haag.

De lezingen tijdens deze Hollands Spoor zijn verzorgd door:

- Marianne de Visser, raadslid WRR en projectvoorzitter 'Houdbare Zorg'
- Marco Blanker, huisarts in Zwolle, initiatiefnemer #PaarseKrokodil
- Wouter Bos, econoom, oud-bestuursvoorzitter VUmc, oud-minister van Financiën
- Sjaak Wijma, gynaecoloog, voorzitter Zorginstituut Nederland

Dit verslag geeft de inhoud van deze bijeenkomst weer en representeert niet het standpunt van de WRR.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
Buitenhof 34
Postbus 20004
2500 EA Den Haag
Telefoon 070-356 46 00
E-mail info@wrr.nl
Website www.wrr.nl

Om ons steeds kostbaardere zorgstelsel op de langere termijn te kunnen handhaven, zijn keuzes nodig in de spreekkamer, op organisatie- en op systeemniveau.

- Cruciaal daarvoor is het gesprek, op alle drie de niveaus, tussen patiënt, zorgverlener en zorgverzekeraar.
- Motivatie en gedrevenheid zijn er. We moeten werken aan de randvoorwaarden: tijd, ruimte en aandacht.
- De invulling van het basispakket is een gezamenlijke, integrale inspanning, waarbij weging en rekenmodellen voor iedereen inzichtelijk moeten zijn.
- Het draagvlak voor de noodzaak van keuzes staat of valt met solidariteit, en die is kwetsbaar.
- Voor begrip en betrokkenheid is goede, uitnodigende communicatie belangrijk.

Dit was in hoofdlijnen de uitkomst van de Hollands-Spoorbijeenkomst 'Beter kiezen: van spreekkamer tot Tweede Kamer' op 5 november 2019. Aanwezig waren huisartsen, medisch specialisten, verpleegkundigen, beleidsmakers, onderzoekers, bestuurders van zorginstellingen, vertegenwoordigers van verzekeraars en patiëntenverenigingen, en een ervaringsdeskundige. De bijeenkomst was bedoeld om input te leveren voor een breder onderzoek naar '[houdbare zorg](#)' dat de WRR op verzoek van het kabinet uitvoert.

Keuzes en vragen

De WRR kijkt naar houdbaarheid in drie dimensies: financiële houdbaarheid, personele houdbaarheid en maatschappelijke houdbaarheid. Gestaaag stijgende zorgkosten leiden tot verdringing van andere publieke en particuliere doelstellingen, zoals uitgaven aan bijvoorbeeld sociale zekerheid, onderwijs en defensie. Binnen de zorg kunnen door bijvoorbeeld aanbod van dure nieuwe geneesmiddelen effectievere, hoogwaardigere behandelingen in het gedrang komen, waardoor gelijke of stijgende zorguitgaven zelfs slechtere uitkomsten kunnen opleveren. De personele houdbaarheid is een urgent probleem. Er is veel verloop in de zorg en vacatures kunnen lastig ingevuld worden. De maatschappelijke houdbaarheid gaat over het draagvlak voor het zorgstelsel. Solidariteit is een belangrijke voorwaarde voor het draagvlak.

Goede keuzes zijn noodzakelijk. In spreekkamers, op organisatie- en op systeemniveau. Zoals bij de afweging van behandelopties, bij investeringen in zorginfrastructuur door ziekenhuisbesturen, en bij doorlichting van medicijnen door het Zorginstituut Nederland.

Hoe maken we de beste keuze om optimaal gezondheidswinst te boeken, en hoe betrekken we de burger daarbij? Waar zitten knelpunten? Wat is de wisselwerking tussen de verschillende niveaus? Komen we nu wel tot de beste uitkomsten? Op dergelijke vragen ging de bijeenkomst in.

Inleidingen en discussie

Vier sprekers verzorgden een inleiding. Marianne de Visser (raadslid WRR en projectvoorzitter 'Houdbare Zorg') schetste de trends in de zorguitgaven. Marco Blanker (huisarts in Zwolle, initiatiefnemer #PaarseKrokodil) nam de aanwezigen mee in het perspectief van de spreekkamer. Wouter Bos (econoom, oud-bestuursvoorzitter VUmc, oud-minister van Financiën) en Sjaak Wijma (gynaecoloog, voorzitter Zorginstituut Nederland) gingen in op de keuzes op organisatie- en systeemniveau. Sandra Rottenberg leidde de discussie.

Trends in zorguitgaven

De zorgkosten nemen toe door maatschappelijke en demografische ontwikkelingen. Met de levensverwachting nemen ook vergrijzing, multimorbiditeit (meer dan één ziekte) en dementie toe. Ontwikkelingen binnen de zorg, zoals de introductie van nieuwe medicijnen, leveren een belangrijke bijdrage aan de toename van levensverwachting, maar gaan ook gepaard met een stijging van mensen die leven met een chronische ziekte. Door het gestegen besteedbaar inkomen, stellen mensen hogere eisen aan beschikbaarheid van behandelingen. Technologische ontwikkelingen, zoals operatierobots en trends zoals 'personalized medicine' drijven de zorgkosten ook op.

Hierdoor komt houdbaarheid van de zorg onder druk te staan, in drie samenhangende domeinen die tot op zekere hoogte communicerende vaten vormen:

- Financiële houdbaarheid
In 2040 zijn de zorguitgaven verdubbeld tot 170 miljard (uitgedrukt in constante prijzen uit 2015), in 2060 verdrievoudigd (290 miljard), onder meer door stijgingen in ouderenzorg en behandeling van kanker.
- Personele houdbaarheid
Nu werkt 1 op 7 in de zorg. Er is voorspeld dat dat er in 2040 1 op 4 zijn. Tegelijk neemt het aantal mantelzorgers af, terwijl de behoefte daaraan juist in sterke mate zal toenemen.
- Maatschappelijke houdbaarheid
Mensen zijn redelijk tevreden over de zorg, maar niet gerust op de toekomstige kwaliteit en beschikbaarheid. In het bijzonder betreft dat de medisch-specialistische en ouderenzorg. Er dreigt nu al een kloof tussen de verwachtingen en wat het stelsel kan leveren. Veel mensen (71%) willen dat er meer geld naar de zorg gaat, ook als dat ten koste gaat van andere beleidsterreinen, maar meer dan de helft van de mensen vindt de persoonlijke kosten van zorg nu al te hoog en er is beperkte animo (36%) voor een hogere premie.

Onderzoek bij een burgerforum heeft uitgewezen dat goed geïnformeerde burgers bereid zijn keuzes te maken. Doorgaans zien ze in dat afweging van kosten tegen baten in de zorg nodig is, 'anders blijft er niets meer over voor de rest'.

De meningen zijn verdeeld over de vraag of preventie zorgkosten verlaagt of ze enkel doorschuift naar een later moment. Is uitstel ook afstel, blijven we langer gezond en duurt de aftakeling korter? Aanpassing van leefstijl levert wel betere gezondheid op.

Het gaat niet om het stelsel, maar om de keuzes daarbinnen

Niet de zorgkostenstijging is onhoudbaar, maar het feit dat de groeivoet van de kosten stelselmatig hoger is (3,5% p/j) dan de groeivoet van ons nationaal inkomen (1,5% p/j). Dit is niet eindeloos vol te houden. Overigens groeien sommige onderdelen van de zorg minder hard dan andere, kijk dus uit met generalisaties.

Internationaal gezien hangt de groeivoet van zorgkosten niet af van de keuze tussen een stelsel met marktwerking of een budgetstelsel, maar van de keuzes die je binnen het stelsel maakt. In allebei geldt:

- Betaal je per handeling, dan krijg je meer handelingen;
- Is zorg gebaseerd op rechten, dan wordt je stelsel duur;
- Centrale beperking van het aanbod leidt tot minder kosten.

Regulering en marktwerking zijn overigens in ieder stelsel vertegenwoordigd, in uiteenlopende verhoudingen.

De Wet van Say, die stelt dat elk aanbod zijn eigen vraag scheidt, 'geldt zeker voor de gezondheidszorg'.

- Bij gelijkblijvend aanbod boek je daardoor geen doelmatigheidswinst.
- Mensen maken pas keuzes in de zorg als het beleid (rantsoenering) of de omstandigheden (dreigend faillissement van een ziekenhuis) hen daartoe dwingen.

Selectieve inkoop, ooit de grote belofte van ons zorgstelsel, blijkt niet te leiden tot meer efficiëntie. Zorgverzekeraars kunnen terugvallen op het hoofdlijnenakkoord maar hebben een moeizamere onderhandelingspositie dan ziekenhuizen, die meer expertise in huis hebben.

Er zijn fysieke en logistieke grenzen aan beleidsarme efficiencywinst: je kunt niet eindeloos hetzelfde blijven doen, alleen efficiënter, door harder te werken. Uiteindelijk loop je aan tegen personeelsverloop en -tekort, ziekteverzuim etc. Minder doen, dus het pakket inperken, een fusie, langjarige contracten met de zorgverzekeraar, het sluiten van een Spoedeisende Hulp werken wel. Dit betekent dat de politiek keuzes moet maken.

Het initiatief 'Juiste Zorg Op De Juiste Plek' is toe te juichen, maar er is nog geen bewijs dat dit besparingen oplevert. Door de onoverzichtelijke netwerkstructuur in het medische arbeidsveld is het lastig vast te stellen wie op welk niveau waarvoor verantwoordelijk is. En het afstoten van bepaalde afdelingen loopt in de praktijk tegen praktische problemen op. Verkaveling van zorg over allerlei ziekenhuizen is daarnaast niet patiëntvriendelijk. En op het gebied van opleiding blijken allerlei specialismen met elkaar vervlochten (bijvoorbeeld radiologie met orthopedie).

Veel meer dan in andere sectoren bepalen in de zorg de professionals, en niet de managers, hoe ze het geld verdelen. Dankzij hun opvatting van kwaliteit worden richtlijnen voortdurend verfijnder en veeleisender en daardoor duurder. Patiënten kijken anders tegen kwaliteit van leven aan. Het valt dus te overwegen het kwaliteitsbegrip te verleggen.

Andere adviezen:

- Wees specifiek. Er zijn weinig algemene waarheden voor 'de zorg' en voor de 'marktwerking'.
- Werk samen. Versnippering is duurder, zie de thuiszorg; waarborg dat verzekeraars werken vanuit vergelijkbare visies op regionalisering en gecontracteerde vs. niet-gecontracteerde zorg.
- Kijk op dezelfde manier naar de kosten en effectiviteit van innovatieve behandelingen, als bij de kosteneffectiviteitsvergelijkingen ten aanzien van medicijnen.

Een goed gesprek helpt mensen kiezen

Bij de keuze van een behandeling luistert de patiënt naar de arts en de partner. Nederlandse huisartsen zijn terughoudend ten aanzien van diagnostisch onderzoek en schrijven doelmatig voor. In vergelijkend internationaal onderzoek worden in Nederland weinig antibiotica voorgeschreven en waar mogelijk merkloze geneesmiddelen. Huisartsen doen al veel aan kostenbeperking, volgen richtlijnen en staan open voor benchmarks.

Veel zorgtrajecten zijn te voorkomen door een goed gesprek bij de huisarts. Die moet niet de weg van de minste weerstand kiezen, maar de tijd, de rust en de ruimte zoeken en krijgen om opties uit te leggen en samen met de patiënt een keuze te maken. Dit gesprek moet plaatsvinden vóór het diagnostisch onderzoek. Niets doen kan ook (en vaak een goede) optie zijn, al is dat voor medici in de regel niet gemakkelijk.

Kosten inzichtelijk maken blijkt in de praktijk niet goed te werken en kan het effect hebben dat mensen 'waar voor hun geld' verwachten. In België hanteert men het begrip 'remgeld', maar dat kan weer als ongewenst gevolg hebben dat men zorg gaat mijden. Kostenefficiëntie zou meer moeten liggen in wat een behandeling voor de patiënt oplevert vs. de nadelen, dan puur in het financiële. Een goed gesprek gaat dan ook over waarden: wat is belangrijk voor jou? En niet alleen over het zorgaanbod, maar ook over de precieze zorgvraag. Het draait om verwachtingsmanagement bij de patiënt – heeft die misschien te vaak het idee dat 'de specialist alles kan en wil'?

Als mensen informatie krijgen die aansluit bij hun belevingswereld, kunnen ze een keuze maken. Afwegingen liggen verschillend voor bijvoorbeeld lager dan hoger opgeleiden, voor ouderen, mensen in hun laatste levensfase en kinderen. Gerichtte training in gespreksvoering is dan ook geen overbodige luxe.

Zorgverzekeraars gaan inmiddels in deze geest partnerships aan met zorgaanbieders. Het gesprek gaat dan niet alleen over geld vs. diensten. Een regionale proef waarin ziekenhuizen, huisartsen en wijkverpleegkundigen meer tijd kregen en namen voor elke patiënt, heeft al 18% minder verwijzingen en dus lagere vervolgcosten opgeleverd. Alle partijen voelen zich verantwoordelijk. Toch blijkt opschalen lastig.

Verdere opmerkingen in de discussie:

- De prikkel om tijd uit te trekken moet niet alleen liggen bij zorgverleners, maar ook bij de instellingen.
- Respect, begrip en vertrouwen tussen managers en professionals zijn cruciaal. Uitwisseling is te stimuleren door bijvoorbeeld rollen te laten rouleren.
- De Mededingingswet staat efficiëntie-afspraken niet altijd toe.

Pakketbeheer is een enorme, gezamenlijke inspanning

Van ons totale zorgpakket is 92% 'open' en flexibel: zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten bepalen in onderling overleg het aanbod. De overige 8% is 'gesloten': voor extramurale zorg en dure intramurale medicijnen geldt dat het Zorginstituut Nederland adviseert over opname in het pakket. Uitgangspunt is dat iedereen goede zorg moet krijgen, niet minder dan nodig, niet meer dan noodzakelijk.

De European Medicines Agency (EMA) toetst een medicament op veiligheid en effectiviteit en het Zorginstituut Nederland adviseert over toelating tot het pakket.

Behalve effectiviteit (werkt een behandeling, levert het gezondheidswinst op) is ook doelmatigheid (hoe wegen de baten tegen de kosten op) van belang. Weging van effectiviteit en budgetimpact per type patiënt blijft echter nodig en lastig; vandaar dat diverse expertises betrokken zijn. Een ruim perspectief is belangrijk, een subjectief element is altijd aanwezig.

De vraag dringt zich op of een groter deel van het pakket op deze manier moet worden beheerd. De scheiding tussen open en gesloten is immers kunstmatig; het gaat om een gezamenlijke, integrale inspanning en verantwoordelijkheid. Behalve dure geneesmiddelen kunnen we ook goedkope bulkgeneesmiddelen beoordelen op doelmatigheid. Want per saldo is het budget eindig: kies je voor behandeling A, dan kan behandeling B onmogelijk worden. Bij technologie vindt geen kosteneffectiviteitsanalyse plaats. Hiervoor vindt toetsing plaats op basis van richtlijnen, stand van de wetenschap en praktijk.

Al moet effectiviteit doorslaggevend blijven, de vraag is wel: moet het zo duur zijn? Effectiviteit kan op verschillende manieren begrepen worden: het kan liggen in symptoomreductie, maar ook in de persoonlijke en sociale ervaring van een mate van herstel.

Als patiënten niet weten of budgetoverwegingen bij het behandelingen meespelen, zou een vertrouwenscrisis met de arts kunnen ontstaan. Kosten mogen daarom alleen relevant zijn bij schaarste, en het is van belang dat niet-effectieve geneesmiddelen – die geen gezondheidswinst opleveren - uit het pakket worden geschrapt. Het is immers onverteerbaar als effectieve behandelingen om kostenoverwegingen niet in het pakket komen, terwijl niet-effectieve behandelingen wel in het pakket blijven.

Dappere burgers en dappere dokters

De vraag of de zorg houdbaar is, draait om de houdbaarheid van solidariteit. Hoe creëer je draagvlak voor de noodzaak van keuzes? Dat vraagt om dappere burgers, dappere dokters en dappere beleidsmakers. Keuzes zijn niet volledig rationeel te onderbouwen. En bij keuzes liggen ook weer vragen voor: impliciet of expliciet kiezen; veel kleine keuzes of één grote; wel of geen openheid wanneer op systeemniveau keuzes worden gemaakt. Het gaat erom het gevoel te creëren dat we iets samen willen.