

Verslag van de Babelsalon-avond van 16 november 2010 over 'Kwesties in de Gezondheidszorg'

Gast: Prof. dr. Louise Gunning-Schepers, universiteitshoogleraar Gezondheid en Maatschappij aan de Universiteit van Amsterdam en voorzitter van de Gezondheidsraad.

Gespreksleider: Dr. Piet Bakker, lector Crossmedia aan de Hogeschool Utrecht.

Aantal belangstellenden: circa vijftientig

Bakker start zijn interview met op te merken dat de gezondheidszorg in het afgelopen decennium een issue geworden is dat duidelijk op de politieke agenda prijkt. Gunning beaamt dat. De verandering in de verzekering tegen ziektekosten (plannen Simons en uiteindelijke realisatie door Hoogervorst) heeft een grote impact gehad. Op zich zelf was het 'ziekenfonds' een eenvoudig stelsel van gezondheidszorg: premies werden via de werkgever geïnd, er was een inkomensafhankelijke bijdrage tot een bepaalde loongrens. Werd die overschreden dan werd men verzocht zelf een particuliere verzekering af te sluiten. Via het ziekenfonds had men 'onbeperkt' toegang tot medische voorzieningen maar het gevoel bestond dat 'ziekenfonds' en 'particuliere' patiënten niet altijd gelijk behandeld werden.

Het 'kostenbesef' was bij ziekenfondspatiënten weinig ontwikkeld: er was geen rem op de zorgvraag. Ook voor de particulier verzekerden was de toestand niet ideaal. Er was weinig solidariteit in het systeem. De premie was gebaseerd op het verwachte risico: bij ouderdom en specifieke aandoeningen werden hogere premies gevraagd. En er was weinig vrijheid om van verzekeringsinstantie te veranderen omdat de leeftijd en het medische dossier zwaar wogen bij de nieuwe premievaststelling. Alles bijeen kon niet van een 'eerlijk' en 'kostenbewust' systeem van gezondheidszorg gesproken worden.

De nieuwe zorgverzekeringswet heeft dit systeem grondig gewijzigd: er is een inkomensafhankelijke loonheffing 'Bijdrage Zorgverzekeringswet' die via de Belastingdienst geadministreerd wordt; daarnaast betaalt een ieder een premie die door de verzekeraar wordt vastgesteld waarbij het zorgpakket door de overheid wordt bepaald; er is sprake van een zekere marktwerking omdat verschillende verzekeraars verschillende premies vragen (enigszins afhankelijk van het collectief verzekerden bestand).

Ondanks de marktwerking zien we de kosten voor de gezondheidszorg alsmar toenemen. De ouder wordende samenleving is daarvoor ten dele verantwoordelijk; hoe ouder men wordt hoe meer een beroep gedaan wordt op de medische zorg, daar helpt geen moedertje lief aan. Maar dat is niet de enige oorzaak: medici kunnen meer en de verzekerden willen meer. Sinds de jaren vijftig van de vorige eeuw is er een ongekende voortgang in de gezondheidszorg: de ziekte polio is verdwenen, hart- en vaatziekten zijn beter onderkend, ongevallen in het verkeer zijn sterk teruggedrongen om een paar voorbeelden te noemen. Minder succes is geboekt bij bepaalde soorten van kanker en bij dementie. De kans op oudere leeftijd daarmee geconfronteerd te worden neemt toe. Behandelmethoden zijn kostbaar en maken de gezondheidszorg bepaald niet goedkoper. Mensen willen graag oud worden maar niet oud zijn, stelt Gunning. Maar ook als de arts het niet nodig acht wil de patiënt meer diagnostiek. Gunning speelt met de begrippen 'verzekeren' en 'sparen'. Je verzekert je via een collectief voor kosten die niet zelf te dragen zijn; je spaart voor voorzieningen die je op den duur

denkt nodig te hebben. De aanschaf van een fiets of rollator past in een normaal uitgavenpatroon, uitzonderingen daargelaten. Toch heeft de politiek zojuist weer beslist dat de rollator in het zorgpakket moet blijven. En als die er eenmaal inzit ben je gek als je daar geen gebruik van maakt. Er is altijd wel politieke steun te organiseren tegen welke afslanking van het zorgpakket ook.

Waar ligt de grens aan de kosten van de gezondheidszorg? Kostenbeheersing en het efficiënt maken van de gezondheidszorg leidt tot verhoging van de kosten van management en administratie. Is marktwerking daarvoor de oplossing? Als dat niet zo is, houd er dan mee op. Een beetje vertrouwen in de medische stand is wellicht veel goedkoper. Maar is de huidige praktijk terug te draaien? Als er waar dan ook iets mis gaat, komt het al snel in de Tweede Kamer aan de orde. Er is sprake van incidentenpolitiek. Verslagen en rapportages stapelen zich op en niemand die ze leest. Alleen burgers, als direct belanghebbenden, kunnen deze gegroeide misstanden stoppen. Bij de formatie van het huidige kabinet is nagenoeg niets opgelost ten aanzien van de gezondheidszorg. Het is opvallend dat 'preventie' niet in het regeerakkoord wordt genoemd. Wel is het rookverbod versoepeld, een maatregel die de kwalificatie 'stom' verdient. Toch zal er wel iets moeten gebeuren met betrekking tot het zorgpakket. Bakker vraagt zich af of de Gezondheidsraad hierover kan adviseren. De Raad adviseert de minister over de stand van zaken van de medische wetenschap als daarom wordt gevraagd ten behoeve van een ministerieel besluit. Maar soms worden politiek gevoelige onderwerpen aangesneden. Een voorbeeld is een advies over 'ongeletterdheid' waardoor patiënten de bijsluiters niet of onvoldoende begrijpen. Ook de noodzaak van screening programma's kan op de agenda komen. Hierbij ontstaat een discussie naar aanleiding van de vraag wie welk onderwerp aankaart. Zijn daar financiële belangen van individuele leden van de Raad mee gemoeid of hebben lobbyclubs te grote invloed. Gunning onderkent deze gevaren en pleit steeds voor een zo groot mogelijke openheid. Natuurlijk zijn er patiëntengroepen die pleiten voor meer onderzoek en betere behandelingsmethoden voor een scala aan aandoeningen of zijn er ziekenhuizen die hun behandelingspakket aan de orde stellen. Gunning wil dat geen lobbyclubs noemen, dan moet er een individueel financieel belang in het geding zijn. In de opleiding tot arts wordt deze mogelijke verstrengeling van belangen aan de orde gesteld en worden studenten op de ethische aspecten van hun beroep gewezen.

Hierna is het woord aan de zaal. Een breed assortiment aan vragen komt aan de orde.

Is het redelijk dat verzekeraars bepalen naar welk ziekenhuis een patiënt behoort te gaan? Het heeft bepaalde voordelen om specialismen op een beperkt aantal locaties voorhanden te hebben; jammer dat de nadelen van een dergelijke concentratie in de pers zo breed uitgemeten worden. Loopt een bevalling onder leiding van een vroedvrouw meer risico? Het risico zit in de overdracht van vroedvrouw naar gynaecoloog als er op het laatste moment iets misgaat. Een bevalling in een ziekenhuis lost al een hoop van de eventuele problemen op. Toch blijft het gek dat in Nederland het sterftecijfer van jonggeborenen hoger is dan in de omliggende landen. Gunning nuanceert dit gegeven. Je moet precies weten waarop dit cijfer betrekking heeft; meerdere variabelen bepalen het resultaat en de weging van deze variabelen kan in elk land verschillend zijn. Er zal meer onderzoek naar verricht moeten worden. Moet huishoudelijke hulp in de WMO? De thuiszorg is goed maar gaat met veel bureaucratie gepaard. Je kunt je afvragen of het redelijk is een eigen bijdrage te vragen. Daarbij loop je het risico dat kosten verbonden met de inning van die bijdragen het bedrag van de eigen bijdrage evenaren. Daar schiet je weinig mee op. Is er geen sprake van ongewenste banden tussen de medische stand en de industrie? Belangrijk is een zo groot mogelijke openheid; dan is

bekend wie relaties met welke industrieën onderhoudt. Bij het afwegen van belangen kan hier dan rekening mee gehouden worden. Doet de gezondheidsraad iets aan de dwangmatige wijze waarop medicijnen worden voorgeschreven? Waren het aanvankelijk de ruime marges die apothekers bij de medicijnverstrekking in den, nu is het de onderhandeling tussen verzekeraar en industrie die bepaalt welk medicijn wordt verstrekt. De slinger slaat nu eens aan de ene kant dan weer aan de andere kant door. Het is niet duidelijk of daaruit gezondheidsrisico's volgen. Je zult de ontwikkeling nauw moeten blijven volgen. Het is geen typische taak van de Gezondheidsraad. Kan de medische wetenschap de oorzaak van het verouderingsproces achterhalen? Gunning zelf is op dit terrein geen deskundige en verwijst naar de voordracht in de Anatomische Les die volgend jaar aan dit onderwerp wordt gewijd. Worden de bijwerkingen van medicijnen door de industrie wel voldoende onderzocht? De industrie heeft er immers geen belang bij die bijwerkingen breed uit te meten? De Gezondheidsraad komt binnenkort met een rapport waarin de behoefte aan meer informatie bij patiënten, artsen en andere spelers in de gezondheidszorg wordt geïnventariseerd. Daaruit blijkt dat onderwerpen als bijwerkingen van medicijnen, jeuk bij brandwonden hoog op de agenda staan. Overigens kan men de adviezen van de Gezondheidsraad gemakkelijk op internet nalezen. Mw. Gunning heeft opgemerkt dat het huidige kabinet geen aandacht schenkt aan preventie in de gezondheidszorg. Aan welke onderwerpen moet gedacht worden als het over preventie gaat? Gunning somt enkele van die onderwerpen op: obesitas, bewegingsruimte voor kinderen in de bebouwde omgeving, voedingsadviezen, vaccinatieprogramma's. Zou de Gezondheidsraad ook de relatie tussen dementie en euthanasie in haar adviezen moeten betrekken? Het is geen onderwerp voor de Gezondheidsraad maar meer voor het Centrum voor Ethiek en Gezondheid. Gunning kan zich voorstellen dat het bredere onderwerp Ouderen en Eenzaamheid wel tot een advies van de Gezondheidsraad zou kunnen leiden. De Gezondheidsraad heeft ook een signalerende functie en kan bepaalde onderwerpen bespreekbaar maken.

Tot slot spreekt Mw. Lissenberg haar dank uit voor de interessante bijdrage van Mw. Gunning die tot vele reacties uit de zaal aanleiding gaf. Zij doet haar waardering vergezeld gaan van enkele typisch Zaanse presentjes.