



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Kan alles wat zou moeten?

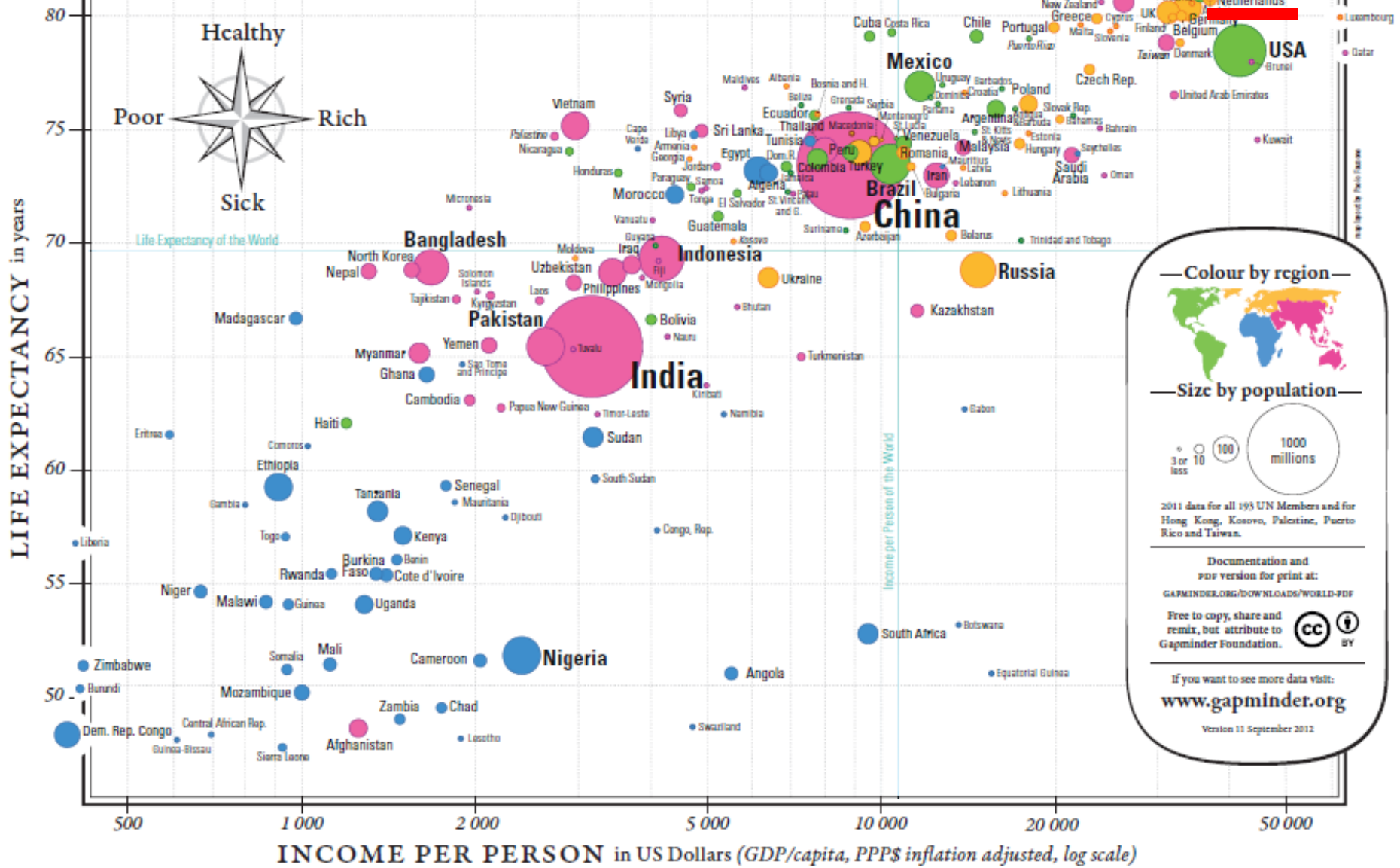
Celsus Invitational 'Ethiek en
betaalbaarheid van zorg'

Johan Polder

Utrecht, 23 april 2015

GAPMINDER WORLD 2012

Mapping the Wealth and Health of Nations





Auke van der Woud

UITGEVERIJ BERT BAKKER

KONINKRIJK VOL SLOPPEN

Achterbuurten en vuil in de negentiende eeuw





Een koekoeksjong in Den Haag

Het kabinet wil in de periode 2011-2015 bruto 18 miljard euro bezuinigen. Bij dit streven gaan premier Rutte en de zijnen hoogstwaarschijnlijk nat. Van sommige voorgenomen maatregelen staat nu al vrijwel vast dat zij technisch, maatschappelijk of politiek onhaalbaar zijn.

Zo wil het kabinet een miljard euro bezuinigen door aandoeningen met een geringe ziektelast te schrappen uit de verplichte, collectief gefinancierde basisverzekering. Degenen die vervolgens proberen zich voor de kosten van zulke aandoeningen particulier te verzekeren, komen mogelijk van een koude kermis thuis. Want zorgverzekeraars – die iedereen moeten accepteren voor de basisverzekering – mogen gegadigden voor zo'n aanvullende verzekering weren.

Welke aandoeningen slechts een geringe ziektelast kennen, is overigens nog niet vastgesteld. Elke invulling van deze categorie zal op groot verzet stuiten. Een recent voorproefje vormde de weigering van de Tweede Kamer om de rollator uit de collectief gefinancierde zorg te halen. Terwijl die maatregel alleszins te billijken valt, want dit hulpmiddel kost tweehonderd minder dan honderd euro.

Er zijn dus nog onbekende bezuinigingen op komst, maar tegelijkertijd stopt het kabinet de sector in de komende vier jaar ook



weer een miljard euro extra toe, hoofdzakelijk voor verbeteringen in de ouderenzorg.

Ogenschijnlijk maakt het zorgbudget dus pas op de plaats. De opbrengst van de beoogde inperking van de basisverzekering en het extra geld voor verzorgings- en verpleeghuizen houden elkaar immers min of meer in evenwicht. Maar deze maatregelen van het kabinet zijn slechts borduursel op het stramien van trendmatig oplopende zorgkosten.

Het Centraal Planbureau (CPB) neemt – rekening houdend met de afspraken uit het regeerakkoord – op grond van ervaringsgegevens aan dat de collectief gefinancierde zorguitgaven tot 2015 met tien

miljard euro zullen toenemen. Reëel, dus nog ongerekend het effect van loon- en prijsstijgingen.

Het kabinet heeft dit cijfer overgenomen. Daaraan ligt mede de CPB-veronderstelling ten grondslag dat het kabinet er de komende jaren in zal slagen om buiten het regeerakkoord om nog eens anderhalf miljard op de zorg te bezuinigen, als compensatie voor begrotingsoverschrijdingen uit het recente verleden.

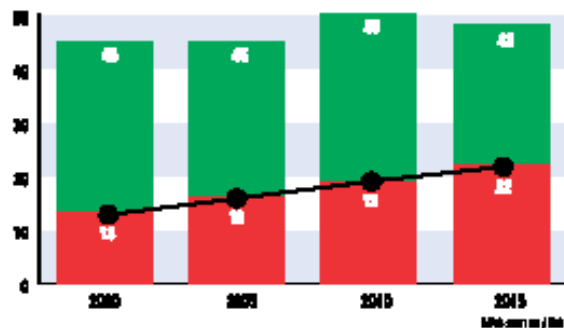
Om deze anderhalf miljard te vinden wordt momenteel gesneden in het budget van de ziekenhuizen en zijn nieuwe kortingen op de tarieven van de specialisten aangekondigd. Mochten deze besparingen niet worden gerealiseerd, dan stijgen de zorguitgaven tot 2015 reëel niet met tien, maar met elf tot twaalf miljard euro.

Wanneer de door ziekenhuizen en specialisten betwiste bezuinigingen wél ten volle hun beslag krijgen, groeien de zorguitgaven – rekening houdend met de afspraken uit het regeerakkoord – tot 2015 reëel met de al genoemde tien miljard euro. Dit onderstreept hoezeer politici de zorgsector uit de wind houden, in vergelijking met andere terreinen van overheidszorg. Binnen het in totaal beschikbare overheidsbudget is hierdoor relatief steeds minder geld beschikbaar voor bijvoorbeeld onderwijs, wegennet en sociale zekerheid.

Zorguitgaven als Holle Bolle Gijs

Collectieve uitgaven als percentage bruto binnenlands product

●●● Aandeel zorguitgaven (in procenten totale collectieve uitgaven)



Het logische gevolg van deze gang van zaken is dat het aandeel van de zorguitgaven in de totale collectieve uitgaven sinds 2000 gestaag is toegenomen, van 13 tot 19 procent. In deze kabinetsperiode loopt dit verder op, tot ruim 22 procent (zie grafiek).

Dit verdringsproces kent een dubbele oorzaak. Bij kabinetsformaties wordt de zorgsector in verhouding tot andere beleidsterreinen elke keer sowieso ruimhartig beedeeld. Maar terwijl de overige ministers de uitgaven op hun begroting vervolgens grosso mo-

do beneden de bij de formatie afgesproken plafonds weten te houden, schieten de zorguitgaven steeds door hun toch al royaal bemeten plafond heen.

De voornaamste reden is dat politici het niet aandurven eenmaal geconstateerde overschrijdingen van het zorgbudget te pareren met afdoende compenserende ingrepen. Die zijn er namelijk slechts in twee smaken: zorggebruikers uit eigen zak een groter deel van de rekening laten betalen, en het collectief verzekerde en gefinancierde pakket zorgvoorzor-

ningen uitdunnen.

Politici deinzen terug voor beide soorten maatregelen, onder andere uit vrees dat zij de zorg voor lagerbetaalden onbereikbaar maken. Hun huiver voor krachtdadige ingrepen zal verder toenemen, naarmate een vergrijzend electoraat bij verkiezingen een steeds explicietere voorkeur voor zorgvoorzieningen articuleert.

De steeds hoger oplopende zorguitgaven moeten wel collectief worden opgebracht, via premies voor de collectieve zorgverzekering en ten laste van de schatkist. Vooral door de stijgende zorgpremies verzwaart het kabinet-Rutte de collectieve lasten tot 2015 met twaalf miljard euro.

Daar hoor je niemand over op partijbijeenkomsten van de liberalen, die zich zo graag afficheren als kampioenen van de lastenverlichting. Maar dit verdringsproces, waarbij de zorgsector als een koekoeksjong steeds meer uitgaven voor andere bestemmingen uit het warme nest van het collectieve budget werkt, kan natuurlijk niet eindeloos doorgaan. Ook voor andere essentiële overheidsstaken – openbaar bestuur, zeeveringen, politie, onderwijs, en zo meer – moeten de nodige middelen beschikbaar blijven. Daarom vormt doeltreffende beheersing van de collectieve zorguitgaven een van de grootste opgaven, zowel voor dit kabinet als voor zijn opvolgers.



Drie niveaus

- Macro
 - Landelijk
- Micro
 - Individu
- Meso
 - Groepniveau



Aanbevelingen landelijk niveau

- Lagere prijzen
- Kosten-effectiviteit meewegen in een zo vroeg mogelijk stadium
- Maximum grenzen stellen
- Afzonderlijk macro-budget voor dure geneesmiddelen



HET BESTE IDEE VAN 2014



DE WERELD 

Het individu, zijn voorkeuren, zijn leven

- Gedachtenexperiment
- Voorkeuren en opportunity costs
- Levensbeschouwing en de ethiek van de grenzen



Geriatric Joris Slaets in de polikliniek van het Universitair Medisch Centrum Groningen. Foto: Karin Zwartveld

Die dermatoloog en longarts zijn niet wijs

Verdiene ouderen een zo lang of een zo prettig mogelijk leven? Artsen helpen hen onvoldoende bij het vinden van een goede balans, vindt geriatric Joris Slaets.

DOOR ANTONYET DE BRONK

Het is zaterdag, de klok aan de muur staat daar twee keer kronkelend hoog en rood bloemenachtigheid toont gele gordijnen kijken we uit op de polikliniek van het Universitair Medisch Centrum Groningen. Alleen aan de wirts jas van Joris Slaets en de onderaanstaaf is te zien dat het in de openkamer van een arts zijn.

Zijn eerste patient is een jonge vrouw van 32 die kreftig rookt. Maar man voert het woord. Toch kijkt de specialist onderzoekende de vrouw in de ogen kijken. Ze heeft slakke slaars, een hoestend hart en ze raakt niet goed meer ook de ogen gaan ademen en ze heeft last van duizeligheid. Maar ze klaagt vooral over haar verkoudheid. Hij het kuchen kan ze het niet meer throughouden. "Wat is het probleem, ah uw man zegt dat u zich niet lekker voelt?"

Joris Slaets neemt voor alle patienten minstens een half uur de tijd. "Het is een verandering in uw dagelijkse activiteiten?" De vrouw schudt "neer" maar man veralt dat w additie niet

meer ging, toe te nemen v sterkkenen kreeg. Slaets veert op: lopen is goed. Maar de vrouw vervolgde "ik ben kortademig. Laatsr gingen we naar het park en duzwaken in voet" - datzelfde is er plezier met "kone haardheid", zegt slaets als de vrouw zegt "ik laat haar regelmatig gewoeten doorloven, samen met haar man. Ze komt niet meer bij de niet-specialist, rikt meer bij de cardioloog. Dat helpt in overleg met haar achterpaar gesoort. Ze bezoeken ook de gastroloog. De Interventie en de psychiater rikt meer. Maar van dat oog ga ik dan de vorige keer. "U kunt niet veel meer hebben, u bent bestbaar. Een verkoudheid en a hartbedreiging rikt de kaart." Slaets vgeodachtigen inoedigen voorrecht opdat hij denkt dat de verkoudheid binnen een paar dagen over is. Chik de Incontinentie hem rikt hij niet meer redicijnen.

"U moet dingen doen die u leuk vindt. En dat vegt beweging. Niet te veel, want het moet leuk blijven, maar u mag zich wat aan hetge loopen. Wan vindt u naast anderen nog meer leuk?" "Ja, nee", zegt de vrouw. Ze w acht al maanden op een staanoperatie. Slaets lacht. Voor hem heeft ze niets besagen. Toch lichte

hij aan de openlike, "omdat u aan lopen en plezier hebt, wil ik de oogten vragen dat bij u niet moet helpen." Het mondt eindig rond half drie, dilt is een medelidie die hem een "haardheid", zegt slaets als de vrouw zegt "ik laat haar regelmatig gewoeten doorloven, samen met haar man. Ze komt niet meer bij de niet-specialist, rikt meer bij de cardioloog. Dat helpt in overleg met haar achterpaar gesoort. Ze bezoeken ook de gastroloog. De Interventie en de psychiater rikt meer. Maar van dat oog ga ik dan de vorige keer. "U kunt niet veel meer hebben, u bent bestbaar. Een verkoudheid en a hartbedreiging rikt de kaart." Slaets vgeodachtigen inoedigen voorrecht opdat hij denkt dat de verkoudheid binnen een paar dagen over is. Chik de Incontinentie hem rikt hij niet meer redicijnen.

Strange dokter
Het al dan niet behandelen van ouderen is een discussie die steeds op nieuw opstaat. Geriatris die slaets vindt. En dat vegt beweging. Niet te veel, want het moet leuk blijven, maar u mag zich wat aan hetge loopen. Wan vindt u naast anderen nog meer leuk?" "Ja, nee", zegt de vrouw. Ze w acht al maanden op een staanoperatie. Slaets lacht. Voor hem heeft ze niets besagen. Toch lichte

slaets. "Armen horen te v vragen ar wilt u nog in deze laatsen dat van uw leven? Hoe wil u je leven afsluiten? Wat is belangrijk voor u in het hier en nu? Inkeuren verschillen zich achter het argument dat dat hun problemen niet is en dat patienten dat niet van hen verwacht."

Het openlike van leven die eigenlijk al klaar zijn, raagt steeds meer vragen op. Ze hebben anhuulende oude tek van ingetien niet wijk vorige maand de media omdat hij vragelings plaatst bij het raanderen van hoogbejaarde oudere. De gang naar het ziekenhuis is nu oede en stralende patienten meer kwad dat goed doen.

Armen op hun beurt vinden het ringen de behouding van een patient is mogelijk als er nog kans is zijn leven te verlossen, hoe slaets die ook. In een gepubliceerd artikel in een volksged, hoe meer hij geneest kan het altemen te gaan.

"In een ethische en a schietende door", rikt de Interventie Maartel Lev, hernaam coördinator van het A.M.C. in Groningen in het veld v geriatric ma Marianne. Hij beaamt dat armen more te lang doorgaan met behandelen, met ook de patienten inge

Joris Slaets

- "Ik denk dat mensen nu vaak te laat sterven."
- "Mensen gaan uit van het eeuwige leven, en de medische wereld wakkert dat aan"

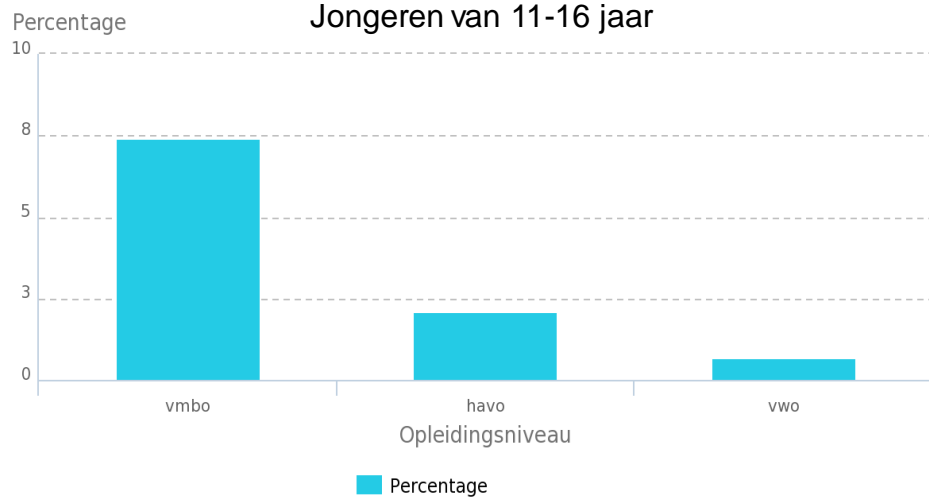
Volkscrant, 2 juni 2012



De groep, en de ethiek van rechtvaardigheid

Percentage rokers naar opleidingsniveau

Cijfers uit 2013



- Solidariteit en haar grenzen
- Leefstijl als keus?
 - Groepsprocessen
 - Rol van IQ
- Verdellende rechtvaardigheid



Conclusie: Niet alles kan

- Meso
 - Beroepsgroep in actie, professionele verantwoordelijkheid
 - Preventie en zorg op regioniveau (vanmiddag)
- Micro
 - ‘shared decision making’ op basis van alle relevante informatie
 - Burger > patiënt (Zorginstituuitlezing Gerdi Verbeet)
- Macro
 - Niet kiezen is geen keus
 - Dure longkankermiddelen? Dan voor hetzelfde bedrag rookpreventie in het VMBO

