

"In ons land is sprake van overmatig gebruik van diagnostiek. Zowel het oneigenlijke als overbodige gebruik ervan neemt eerder toe dan af," schreef mevr. dr. E. Borst in haar vorige functie als voorzitter van de Gezondheidsraad. Haar rapport 'Medisch handelen op een tweekoppig' maakte destijds veel indruk. "In ons land bestaan aanzienlijke verschillen in werkwijze tussen artsen", schreef zijn, "waarbij soms sprake is van ondoelmatig, overbodig of zinloos medisch handelen". In het rapport staan allerlei concrete voorbeelden van verspilling. Het is jammer, dat zij als minister van Volksgezondheid, Welzijn & Sport betrekkelijk weinig heeft ondernomen om dat te veranderen.

van een op reële kosten gebaseerd rekenmodel verloopt echter moeizaam. Een voorbeeld daarvan is het nog onopgeloste probleem van de kosten van de gebouwen.

GEBOUWEN NIET OP BEGROTING

De overheid financierde uit eigen middelen of middels overheidsgaranties in de vijftiger en zestiger jaren de bouw van ziekenhuizen, tehuizen en inrichtingen. Daardoor zijn vele gebouwen door de zorginstellingen nooit op de eigen be-

MOEIZAME WEG NAAR KOSTENBEHEERSING

DOOR LUCAS VAN DER HOEVEN, SOCIAAL WETENSCHAPPER EN FREELANCE JOURNALIST

OPEN-EIND REGELING

De Commissie Dekker stelde voor om meer marktwerking in de zorgsector te creëren. De structuur van de gezondheidszorg kende in de tachtiger jaren nog te weinig prikkels om zuiniger, efficiënter en goedkoper te werken. Een situatie die na de Tweede Wereldoorlog was ontstaan, omdat de overheid jaarlijks de premiedruk van de ziekenfondsen vaststelde op grond van hun uitgaven in het voorafgaande boekjaar. Daardoor ontstond er een 'open-eind'-regeling, waarbij geen enkele druk bestond om de uitgaven te beperken of te beheersen. Pas met de ziekenhuisbudgettering in 1984 werd een eerste schrede gezet tot kostenbeheersing. Maar dat gaat nog steeds zeer moeizaam. Want pas in 1998 zullen de zorgverzekeraars voor de helft van hun budget zelf het risico moeten dragen en hebben zij voor dat gedeelte

geen recht meer op nacalculatie. Daardoor zijn zij gedwongen om hun kosten beter te bewaken en te beheersen. Tenzij de ongeveer 80 zorgverzekeraars onderling afspreken om de concurrentie-marges beperkt te houden, waardoor een kartelachtige situatie wordt bestendigd. Want de huidige basispakketten zijn vrijwel identiek en de prijsstelling wijkt onderling maar weinig af. Terwijl dat ten onrechte is. Want de bewoners van de Randstad consumeren veel meer zorg per hoofd, dan er buiten. Dus waarom geven zorgverzekeraars – zoals VGZ en Groene Land die buiten de Randstad werken – bijvoorbeeld geen regio-kortingen? Waarom leidt bijvoorbeeld het gebruik van een beperkt geneesmiddelen-pakket (formularia) niet tot premiereductie? Waarom ontvangen verzekeren geen enkele financiële verantwoording van de verzekeraar van de resultaten van hun activiteiten? Een oplossing hiervoor moet worden gezocht in het toepassen van bedrijfseconomische principes in de zorgsector. Het maken

groting gezet en is er destijds nooit op de gebouwen afgeschreven of gereserveerd voor eventuele nieuwbouw. Ook bestaat er onduidelijkheid over de grondslag van de waardebepaling van de gebouwen. Zijn die tegen historische kostprijzen gewaardeerd, tegen vervangingswaarde of tegen nieuwbouwnormen? Alleen dat financieringsgat wordt op maar liefst zo'n 17 miljard gulden geschat. Als er concurrentie tussen instellingen plaats moet gaan vinden, dient dat vraagstuk wel te zijn opgelost. Want anders zijn er instellingen waarvan het gebouw wel in de financiële jaarrekening is opgenomen en andere die dat niet hebben gedaan. Het compromisvoorstel voorziet in een garantiefonds voor nieuwbouw. Het feitelijk onopgeloste probleem betekent, dat er ook na 1998 nog geen sprake van onderlinge concurrentie zal zijn. Een extra probleem daarbij is, dat de provinciale overheid hypotheekgaranties gaf. Sommige instellingen teren echter zozeer op hun eigen vermogen in, dat zij de lening niet



Vooral ouderen krijgen vaak onnodig en teveel pillen voorgeschreven.

langer kunnen terugbetalen. In dat geval dienen de provincies de 'gaten' te dichten. Zij stonden immers garant voor de terugbetaling van de leningen.

WERKELIJKE PRIJZEN NIET BEKEND

Daarnaast is de huidige financieringswijze van bijvoorbeeld de intra-murale gezondheidszorg (30% van het volksgezondheidsbudget) nauwelijks voor (korte en begrijpbare) uitleg vatbaar. De verpleegkosten per bed vormen een samenstel van allerlei berekeningen, die niet op reëel geld zijn gebaseerd. De feitelijke en werkelijke kostprijzen van behandelingen zijn dus niet bekend. Door de afwezigheid van 'kosten-plaatjes' is het onmogelijk om te zeggen welke behandeling waar voordeliger is en waarom.

Voorlopig bestaan er immers nog geen rekenmodellen voor computers, waarin alle variabelen zijn opgenomen, waaruit de werkelijke prijs van (be-)handelingen kan worden opgemaakt. Dat is ook een zeer complexe zaak, want onduidelijk is welke variabelen op welke manier met elkaar samenhangen. Toch moet het mogelijk zijn om zulke kostenplaatjes te

construeren. Als het in de auto-industrie kan, dan moet dat ook voor de zorgsector mogelijk zijn. Maar voorlopig blijft het behelpen tot na het jaar 2000.

STANDAARDEN EN PROTOCOLLEN

In de zestiger jaren was er een huisarts die zijn patiënten nog steeds met sulfa's behandelde. Dat was een medicijn uit de dertiger jaren dat wondontsteking verminderde. Alhoewel er reeds sinds de vijftiger jaren algemeen antibiotica werd voorgeschreven, meende deze behande-

Geneesmiddelen-
industrie besteedt
36.000 gulden
per arts

laar, dat 'zijn' product nog steeds een eerste keuzemiddel was. Het is een voorbeeld van inadequaat medisch handelen.

Voor de behandeling van ziekten bestaan allerlei vormen van aanpak, die verschillen naar bijvoorbeeld tijd, regio en provincie. Sommige behandelingen zijn gebaseerd op recente wetenschappelijke inzichten, maar soms ook op traditionele gebruiken. Daarnaast bestaan er tussen medische faculteiten verschillen in het aanleren van artsen in opleiding in het herkennen en interpreteren van ziekten en de daaraan gekoppelde therapieën. Dat is zeker niet gemakkelijk, want er bestaan allerlei somatische en psychologische verschillen tussen patiënten.

Om tot een meer wetenschappelijke gefundeerde aanpak van ziekten te komen ontwikkelden de organisaties van huisartsen en medisch specialisten standaarden en protocollen. Die afspraken worden gemaakt op grote bijeenkomsten van artsen en berusten op de laatste stand van de wetenschappelijke kennis en op consensus. Kortom medisch handelen zou verantwoord plaats kunnen vinden, als artsen zich aan hun eigen gedragsregels zouden houden. Maar helaas blijkt uit onderzoek van de Nijmeegse professor Grol, hoogleraar kwaliteitsbeleid, dat slechts 25% van de art-

sen zich houdt aan de afgesproken spelregels.

Dat is dus uitermate verbazingwekkend. Want als hulpvrager verwacht u toch van uw hulpverlener, dat hij zijn behandeling kan verantwoorden? Want anders kunt u net zo goed een sjamaan of een charlatan raadplegen.

GENEESMIDDELEN ONNODIG DUUR

Het slikken van allerlei onnodig dure medicijnen drijft de collectieve lasten omhoog. Waarom het erg dure Zantac – tegen maagzweren – slikken, als het generieke cimitidine (voorheen Tagamet) even goed maar veel goedkoper is? Zo kost Aspirine van Bayer na honderd jaar nog steeds twee tot vijf maal zoveel als een soortgelijk middel van andere firma's. Die verschillen kunnen dus aardig oplopen, want 57% van de patiënten verlaat de spreekkamer met een recept. Op dat briefje staan een of meer geneesmiddelen geschreven. Het kan gaan om merkgeneesmiddelen of generieke preparaten. Merkmedicijnen bezitten een unieke naam en zijn tussen de tien en twaalf jaar onder patent. Na afloop van die periode mogen andere producenten het medicijn alleen onder de chemische stof- of generieke naam op de markt brengen.

Merkfabrikanten zullen proberen zoveel mogelijk van hun dure product te verkopen. Daarom besteden zij zo'n 25% van hun omzet aan de promotie ervan. Zij geven overigens maar zo'n 15% uit aan de research en ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen. Door allerlei reclame, snoepreïjes en cadeaus proberen zij hun afzet te bevorderen. Aan Nederlandse huisartsen wordt door de industrie ongeveer 36.000 gulden per jaar per arts uitgegeven. Daarvan is ca. 4.000 gulden bestemd voor echte cadeaus aan huisartsen. In totaal is er zo'n 325 miljoen gulden mee gemoeid.

Bovendien zou er vaak veel minder en goedkoper kunnen worden voorgeschreven. Alleen al door louter alleen maar stofnamen in plaats van merknamen op hun receptuur te schrijven, zou-

den artsen en apothekers maar liefst nog eens zo'n 200 miljoen kunnen besparen.

TEVEEL GENEESMIDDELEN VOORGESCHREVEN

Een ander aspect vormt de onvoldoende geneesmiddelenbewaking. Zo blijkt vaak, dat vooral ouderen onnodig en teveel pillen krijgen. Zo slikte een vrouw van 73 jaar maar liefst elf verschillende pillen, waarvan er na opschoning maar drie overbleven. De medicijnbewaking waar apothekers en huisartsen zich zo vaak op voor laten staan, blijkt nogal eens een wassen neus.

Maar het ergste van al het overbodige geslik zijn de enorme gevaren die patiënten erdoor lopen. Maar liefst 600 pa-

Op kosten geneesmiddelen valt 2 miljard gulden te besparen

tiënten zouden jaarlijks voortijdig sterven als gevolg van verkeerd geneesmiddelengebruik en maar liefst 14.000 patiënten worden in ziekenhuizen opgenomen vanwege geneesmiddelenvergiftiging. Alleen al die laatste groep patiënten betekent een extra uitgave van ten minste 100 miljoen gulden.

Daarnaast ontvangen de openbare apothekers nog eens zo'n 400 miljoen aan bonus en kortingen (zie verder).

Bovendien ligt momenteel het Nederlandse prijspeil van medicijnen op zo'n 126% van het Europese gemiddelde. Daarmee is Nederland het duurste 'pillen'-land in Europa.

Door de Geneesmiddelenprijzen Wet daalden de uitgaven voor medicijnen reeds van 147% naar 126% van het Europese gemiddelde. Dat is nog onvoldoende. De doelstelling van het beleid dient gericht te zijn op een prijspeil dat over-

eenstemt met dat gemiddelde. Alleen daardoor zou de overheid meer dan 1 miljard gulden extra kunnen besparen. Kortom van de 6 miljard gulden die Nederlanders uitgeven aan hun pillen valt waarschijnlijk nog voor zo'n 2 miljard gulden te besparen door prijsverlagingen en rationeel, matig en op stofnaam voor te schrijven, terwijl de kwaliteit van de zorg daardoor paradoxaal genoeg juist nog toeneemt.

TENSLOTTE

Op allerlei plaatsen in de gezondheidszorg vindt verspilling plaats. Die onnodige kosten zijn onder meer een gevolg van te geringe controle op de uitgaven door overheid en zorgverzekeraars. Zij bewaken onvoldoende de doelmatigheid, efficiency, effectiviteit en de budgetoverschrijdingen. Meestal worden ziekenhuizen, medisch specialisten en huisartsen niet terecht gewezen als zij aantoonbaar goedkoper zouden kunnen werken. Want als de verzekeraars geld tekort komen, gaat eenvoudigweg de premie omhoog of wordt er op bepaalde uitgaven wat meer bezuinigd. Van echte concurrentie onder verzekeraars is in deze sector dan ook nauwelijks sprake. Want de kosten van de basispakketten verschillen voor het hele land nauwelijks, terwijl er grote regionale verschillen tussen de consumptiepatronen van patiënten bestaan. Waarom kunnen bijvoorbeeld auto-schadeverzekeraars wel exact hun premies berekenen en differentiëren naar regio? Terwijl – vaak dezelfde – verzekeringsconcerns nauwelijks kunnen berekenen, hoeveel de reële kosten van een bepaalde behandeling bedraagt? Want geen enkele gezondheidszorgfunctionaris weet, hoeveel bijvoorbeeld een blindedarm-operatie precies in harde gulden kost. Zolang het niet mogelijk is om in reële marktconforme kostprijzen te rekenen, zullen de ondoelmatige, niet-efficiënte en niet-effectieve uitgaven blijven bestaan. En dat kost belastingbetalers onnodig hoge premies voor collectieve volks- en ziektekostenverzekeringen.