

Democratisch gehalte hervormingsplannen laat te wensen over

Burger verliest invloed op zorglandschap

Martin Buijsen,
hoogleraar recht & gezond-
heidszorg, Instituut Beleid en
Management Gezondheidszorg
en Erasmus School of Law,
Erasmus Universiteit Rotterdam

Correspondentieadres:
buijsen@bmjg.eur.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

De afspraken tussen ziekenhuizen, zorgverzekeraars en minister over kostenbeheersing zullen leiden tot concentratie van zorg. De burger heeft hierbij het nakijken.

Deze zomer kwamen ziekenhuisvereniging NVZ, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie van VWS een aantal maatregelen overeen om de kostenontwikkeling van de ziekenhuiszorg in de hand te houden: het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015.¹ De overheid zal maatregelen treffen in de sfeer van de tarieven, het pakket en de eigen betalingen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten doelmatigheidsverbeteringen doorvoeren. Dit laatste betekent dat de zorgverzekeraars de selectieve zorginkoop van zorg sterk zullen uitbreiden, dat zij met de zorgaanbieders spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties zullen bewerkstelligen, dat beide veldpartijen zullen substitueren tussen zelfzorg, eerste, tweede en derde lijn, en dat overbodig geworden ziekenhuiscapaciteit wordt afgebouwd.² Ziekenhuizen moeten zich specialiseren. De zorgverzekeraar bepaalt op welke ziektebeelden een ziekenhuis zich moet toeleggen, en welke behandelingen het moet afstoten.

Herenakkoord

Hoewel het akkoord instemmend is ontvangen, roept het ook vragen op. Hoe verhoudt een en ander zich met het mededingingsrecht? Zullen de ziekenhuizen wel bereid zijn functies af te staan? Zal het afstaan van bepaalde functies

inderdaad leiden tot lagere kostprijzen in de ziekenhuiszorg? En is een herenakkoord wel een voldoende zwaar middel?

Op een wat principiële niveau ligt een moeilijker kwestie. Bij de Tweede Kamer ligt al ruim een jaar het voorstel voor een Wet cliëntenrechten zorg (Wcz).³ Deze consumentenwet verplicht iedere zorgaanbieder om de zorgbehoevende te informeren over de kwaliteit van de geboden zorg, de ervaringen van cliënten met die zorg, de wetenschappelijk bewezen werkzaamheid, wachttijden en tarieven.⁴ Deze informatie heeft de zorgbehoevende nodig om te kunnen vergelijken en beredeneerd voor een zorgaanbieder te kunnen kiezen. De vertrouwensrelatie tussen gebruiker en aanbieder van zorg wordt, volgens het kabinet, versterkt als de band tussen beiden tot stand is gekomen omdat de eerste daar zelf voor heeft gekozen.⁵

Inconsistent

Met andere woorden, aan de toekomstige zorgconsumentenwet ligt de gedachte ten grondslag dat voor de zorgbehoevende toegang tot kwalitatief goede zorg afhankelijk is van diens goed geïnformeerde keuze voor een welbepaalde zorgaanbieder. Het kabinet onderschrijft deze gedachte.

Dat is tegen de achtergrond van het hoofdlijnenakkoord op zijn minst merkwaardig. Bij het gebruik van consumenteninformatie in de zorg zijn genoeg kritische kanttekeningen te plaatsen, maar medisch-specialistische zorg laat zich nog het beste beschrijven en vangen in keuze-informatie. Omdat deze diensten meestal duidelijker in de tijd afgebakend zijn, en mede

Inconsistent overheidsbeleid is altijd een probleem

De herinrichting van het zorg-landschap wordt een zaak van handjeklap.

beeld: Gettyimages



SAMENVATTING

- Onlangs hebben de overheid, ziekenhuizen en zorgverzekeraars afspraken gemaakt over de herinrichting van de ziekenhuiszorg.
- Dit akkoord geeft aanleiding tot serieuze vragen, onder meer naar de consistentie van het zorgbeleid en de mate van burgerlijke betrokkenheid.

daardoor beter op uitkomsten te bezien, zijn zij beter dan andere zorgvormen te begrijpen als ‘producten’, waarop ‘vergelijkend warenonderzoek’ kan worden verricht. En juist bij deze zorgvormen zal er voor de zorgbehoevende minder en minder te kiezen zijn. Dat rijmt gewoonweg niet.⁶ Inconsistent overheidsbeleid is altijd een probleem. Maar op een fundamenteel niveau is er nog wat aan de hand.

Democratische legitimatie

Het gezondheidszorgbeleid dient op een transparante en democratische wijze tot stand te komen.⁷ Voor de stelselherziening onderging het aanbod van ziekenhuiszorg planmatig wijzigingen. In overeenstemming met een democratisch ontwikkeld plan nam uiteindelijk de daarop aanspreekbare minister van Volksgezondheid besluiten over ziekenhuisfuncties, na tal van regionale en landelijke adviesrondes. Dat was omslachtig en tijdrovend, maar aan mogelijkheden van inspraak voor en controle door de burger schortte het niet. Kortom, toentertijd ontbrak het de inrichting van het ziekenhuislandschap niet aan democratische legitimatie. Men kan er ook voor kiezen – zoals met de stelselherziening is beoogd – om het zorgaanbod direct door de vraag te laten beïnvloeden. Het ziekenhuislandschap voegt zich dan naar de in vrijheid genomen keuzes van de burgers als geïnformeerde afnemers van zorg. Er kan verschillend tegen marktwerking in de zorg worden aangekeken, vooral vanuit oogpunt van *fairness*,

maar door het ‘stemmen met de voeten’ kunnen burgers onmiskenbaar hun invloed doen gelden.

Keuzevrijheid

Het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 legt de vormgeving van het Nederlandse ziekenhuislandschap volledig in handen van het technocratisch-bestuurlijke middenveld. Omwille van de individuele keuzevrijheid maakte de stelselherziening korte metten met de democratisch gelegitimeerde proactieve overheidsbemoeienis met de ziekenhuiszorg. Omwille van de ongewenste uitgavengroei, deels uiteraard het gevolg van die beleidskeuze, maakt men nu korte metten met diezelfde keuzevrijheid. De herinrichting van het zorglandschap – toch een publiek goed – wordt een zaak van handjeklap in de directiekamers van zorgverzekeraars en instellingen. De burger heeft het nakijken. In het akkoord wordt over de herinrichting van het zorglandschap opgemerkt dat ‘(...) maatregelen pijnlijk kunnen zijn in lokale situaties. Voor het welslagen van het akkoord is het echter van groot belang dat alle betrokken partijen met begrip voor de moeilijke situatie toch de rug rechthouden en consequent en consistent doorpakken (...)’.⁸ Typische bestuurderstaal, even ferm als lelijk, die echter nauwelijks kan verhullen dat deze minister van VWS het nemen van dergelijke maatregelen maar wat graag overlaat aan bestuurders die hiervoor beduidend minder snel ter verantwoording geroepen kunnen worden. 



De voetnoten en een verwijzing naar het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Voetnoten

1. NVZ, NFU, ZKN, ZN en VWS, Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015, Den Haag, 4 juli 2011.
2. Ibid., p. 4.
3. Kamerstukken II 2009/2010, 32 402, nr. 2.
4. Kamerstukken II 2009/2010, 32 402, nr. 2, p.6.
5. Kamerstukken II 2009/2010, 32 402, nr. 3, p. 49.
6. Buijsen M. De patiënt heeft straks veel minder te kiezen. Trouw, 27 juli 2011.
7. Zie General Comment no. 14 bij art. 12 van het Internationaal verdrag inzake economische, culturele en sociale rechten (IVESCR).
8. Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015, p. 5.