

Prijsplafond in de zorg: noodzaak of ethisch onverantwoord?

# HELAAS, U BENT TE DUUR



Al jaren stijgen de kosten van de zorg, en uit onderzoek van EenVandaag en de Orde van Medisch Specialisten blijkt dat een meerderheid van de specialisten bang is dat de zorg onbetaalbaar wordt als er geen maximum aan de vergoeding van de zorgkosten voor een gewonnen levensjaar wordt gesteld. Wat weten studenten geneeskunde over de zorgkosten? En wat vinden zij van zo'n prijsplafond? [Marloes de Moor](#)

**A**ls aankomend arts zul je je waarschijnlijk niet dagelijks bezighouden met de kosten in de zorg. Eerst maar eens leren hoe je een operatie uitvoert, voordat je je verdiept in het prijskaartje. Uit onderzoek van het Landelijk Overleg Co-Assistenten (LOCA) blijkt dat 70 procent van de 1251 ondervraagde co-assistenten geen idee heeft van de kosten van verschillende 'zorgproducten'. Dat komt omdat er in de opleiding weinig aandacht voor is. Marjolein Vrencken (22) is vijfdejaars geneeskundestudent aan de Universiteit Maastricht en loopt coschappen. Ze heeft de termen dbc en DOT meer dan eens horen vallen in het ziekenhuis. 'Ik weet wat ze betekenen, omdat sinds dit jaar het vak health service research is toegevoegd aan de master. Als ik op de poli in een ziekenhuis ben, hoor ik de artsen wel praten over dbc's en DOT's, maar hoe het precies zit met die kosten weet ik niet.'

Toch gaat geld wel een steeds grotere rol spelen. Enerzijds komt dat doordat wetenschappers steeds sneller nieuwe, maar daardoor dure medicijnen en behandelingen ontwikkelen, anderzijds groeit het aantal patiënten door de vergrijzing. De overheid en de zorgverzekeraars zetten heel duidelijk in op kostenbesparing en de zorgsector en patiënten ondervinden hier direct de gevolgen van. Over de hoogte van de zorgkosten wordt al jaren flink gedebatteerd. De bedragen die worden genoemd lopen uiteen van 74 miljard tot meer dan 90 miljard per jaar.

### Prijskaartje aan mensenleven

Het kostenbewustzijn zal de komende jaren belangrijk blijven. De bedoeling van het in 2006 geïntroduceerde stelsel onder de noemer 'marktwerking' was om kosten te besparen, doordat zorgverzekeraars scherp zouden inkopen. In de praktijk onderhandelen zorgverzekeraars wel over een goede prijs, maar blijken zij niet of nauwelijks in staat te zijn de kwaliteit te beoordelen, ondanks de vele claims. Met nieuwe medicijnen en behandelingen zijn artsen in staat de levensduur te rekken, maar hoe is de kwaliteit van leven?

In 2006 adviseerde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) de Nederlandse overheid al om een prijs van 80.000 euro aan een extra levensjaar te hangen. Volgens Wouter Bos, destijds minister van Financi-

en en nu voorzitter van de raad van bestuur van het VU Medisch Centrum, durfde de overheid de discussie destijds nog niet aan. Er rustte een taboe op. Een prijskaartje koppelen aan mensenlevens leek ethisch onverantwoord. Toch laat de discussie binnen de gezondheidszorg steeds weer op. Uit een in augustus jl. gehouden onderzoek van het actualiteitenprogramma EenVandaag en de Orde van Medisch Specialisten blijkt dat zeven op de tien medisch specialisten inmiddels voorstander zijn van een vorm van prijsmaximering in de zorg, een zogenaamd prijsplafond. Zij zijn van mening dat de onbegrensde groei van de uitgaven uiteindelijk de

toegankelijkheid van zorg voor iedereen bedreigt.

### Geen keihard lijstje

Een belangrijk argument voor een kostenplafond is dat de prijzen van behandelingen zullen dalen. Farmaceuten hebben er immers geen baat bij om medicijnen aan te bieden die niet meer in alle gevallen worden vergoed. Het valt Marcel Levi, voorzitter van de raad van bestuur van het AMC, op dat de nieuwe, dure medicijnen in Frankrijk en Engeland veel goedkoper zijn dan hier. In de uitzending van EenVandaag concludeert hij dat in Nederland harder kan worden onderhandeld met fabrikanten.

## Wat vinden zij ervan?

### 'Bezuinig op andere dingen'

**Marjolein Vrencken** heeft bij het vak gezondheidsethiek een les gehad over de invoering van een prijsplafond. 'Toen kwam aan de orde in hoeverre je dure behandelingen nog moet toepassen bij ouderen. Ethisch is het bijna niet goed te praten dat je een behandeling weigert vanwege te hoge kosten. Zou je dan moeten overwegen om oudere mensen niet meer te behandelen als dat te duur is? Ik denk dat er op andere dingen in de zorg ook nog wel bezuinigd kan worden.'

### 'Ik ben geen econoom'

**Amy Rieborn**, derdejaars geneeskundestudent aan de Erasmus Universiteit, staat kritisch tegenover het prijsplafond. 'Ik vind het ethisch niet goed. Bij zeldzame ziektes zoals de ziekte van Pompe heb je het plafond zo bereikt. Dat geldt ook voor kankerpatiënten. Zeker nu er dure *personalized medicines* op de markt komen. Moet je ze die dan weigeren? Ik zou dat als arts nooit willen. Ik ben geen econoom, maar gezondheidsbevorderaar.'

### 'Lastige discussie'

**Merve Ulubas**, zesdejaars geneeskundestudent aan de Radboud Universiteit Nijmegen, vindt het een lastige discussie: 'Gevoelsmatig zou ik iedereen alle behandelingen willen geven. Een mensenleven is niet af te meten aan geld. Anderzijds is het onvermijdelijk om naar de kosten te kijken als die blijven stijgen. Maar wat doe je dan wel en wat niet? Het kan zijn dat een kankerpatiënt nog twee maanden langer leeft en daar veel waarde aan hecht. Ook bij auto-immuunziekten stijgen de kosten. Deze ziekten zullen steeds vaker voorkomen, want mensen leven langer en er komen meer chronisch zieken. Er komen nieuwe vormen van kanker en die moet je dan ook weer behandelen. Het stopt niet. Waar de grens ligt, weet ik niet. Zeker is dat je het op een gegeven moment niet meer in het midden kunt laten en echt iets móet doen om de kosten te beperken.'



ten, zodat de prijs van nieuwe geneesmiddelen omlaag kan.

Tegenstanders vinden dat geld bij medische beslissingen niet de doorslag mag geven. Want wie behandel je wel en wie niet? Wat is een mensenleven waard? Moet je een zwaar dementerende vrouw van 90 nog opereren aan darmkanker? En hoe zit dat met de jonge hemofiliepatiënt die goed geholpen kan worden met een dure therapie?

Een keihard lijstje van wie wel en wie niet in aanmerking komt zal volgens VvAA-consultant Jaap Doets niet snel haalbaar zijn. 'Een arts zal niet tegen zijn patiënt willen zeggen dat een behandeling te duur is. Hij wil altijd de beste behandeling geven. Het lijkt mij wel goed om het effect van een behandeling of medicijn met de patiënt te bespreken. Niet "u heeft dit en dit is de beste behandeling", maar "wat is de beste behandeling voor u?" Soms kan een minder ingrijpende, minder kostbare therapie een patiënt meer goed doen dan een zeer zware behandeling die soms maar een paar maanden langer leven biedt, maar de kwaliteit daarvan niet echt bevordert.' Een arts kan het maximale wat binnen de

## 'Je wilt niet tegen een patiënt zeggen dat een behandeling te duur is'

mogelijkheden ligt doen om een patiënt te behandelen. Maar het maximale is niet in alle gevallen ook het beste voor het welzijn van een patiënt. Niet zelden overlijden ouderen in een ziekenhuisbed na complicaties van een behandeling, terwijl ze ook thuis waardig hadden kunnen sterven. Hoe je die afweging maakt van wat wel op een lijstje met vergoede behandelingen komt en wat niet, is ingewikkeld. Doets voorziet dan ook problemen in de besluitvorming, vooral bij de introductie van nieuwe behandelingen. Bij de vergoeding van medicijnen moet de overheid in samenwerking met deskundigen bepalen of de medicijnen een therapeutische meerwaarde hebben en kosteneffectief zijn. 'De kosten worden met een prijsplafond weliswaar beheersbaar, maar de kwaliteit van leven is niet altijd van tevoren goed in te schatten. Stel dat een bepaalde behandeling net

boven het prijsniveau ligt en je hebt de kwaliteit van leven te laag ingeschat. Dan blijkt achteraf dat je iemand niet de zorg hebt gegeven die hij had kunnen krijgen.'

**VvAA**



### Zó werkt de zorg

Wie doet wat in de zorg? Wie betaalt wat? Welke wetten regelen wat? En hoe zit dat vanaf 1 januari 2015? Het Zó werkt de zorg in Nederland Kaartenboek Gezondheidszorg geeft helder, compact en aantrekkelijk weer hoe de zorg in Nederland werkt.

Als VvAA-lid kun je het boek vanaf nu reserveren via [zowerktdezorg.nl](http://zowerktdezorg.nl).

## ZOEKPLAATJE

### ski-ongeval

Een 26-jarige patiënte presenteert zich na een val met skiën waarbij de rechterknie een endorotatie-varus beweging maakte, met instabiliteit van de knie. Bij onderzoek is hydrops en een hematoom te zien. Voorste schuiflade- en Lachmantest zijn negatief. Wat zie je bij beeldvorming?

- A. Voorste-kruisbandruptuur & avulsiefractuur van mediale zijde van de proximale tibia
- B. Achterste-kruisbandruptuur & avulsiefractuur van mediale zijde van de proximale tibia
- C. Voorste-kruisbandruptuur & avulsiefractuur van laterale zijde van de proximale tibia
- D. Achterste-kruisbandruptuur & avulsiefractuur van laterale zijde van de proximale tibia



Het antwoord vind je op  
[www.artsinspe.nl/zoekplaatje](http://www.artsinspe.nl/zoekplaatje)

