



User Name: =

Date and Time: = 2025-07-06

Job Number: = 257017843

Documents (1)

Client/Matter: -None-

Search Terms: 'In de zorg zijn we te lief voor elkaar, zo komen we er niet'

Search Type: NaturalAnd

Content Type **Narrowed by**

news -None-

1. 'In de zorg zijn we te lief voor elkaar, zo komen we er niet'

'In de zorg zijn we te lief voor elkaar, zo komen we er niet'

'In de zorg zijn we te lief voor elkaar, zo komen we er niet'

de Volkskrant

2 oktober 2024 woensdag

Copyright 2024 DPG Media B.V. All Rights Reserved

de Volkskrant

Section: Ten Eerste; Blz. 18, 19

Length: 1599 words

Byline: ELLEN DE VISSER EN MICHIEL VAN DER GEEST

Highlight: Schurende gesprekken zouden de zorg goed doen, denkt Sjaak Wijma, die deze week afscheid neemt van het Zorginstituut. Het instituut bepaalt welke zorg in Nederland vergoed wordt. 'Anders rijden we op een muur af.'

Body

Gezondheidszorg: Sjaak Wijma

Denk je, vraagt Sjaak Wijma aan het eind van het gesprek, dat ik in de 25 jaar dat ik gynaecoloog was, me ooit zorgen heb gemaakt waaraan ik het geld uitgaf? Om meteen zelf het antwoord te geven: 'Never.'

Deze week zwaait hij af als bestuursvoorzitter van Zorginstituut Nederland, waaraan hij de laatste acht jaar leiding gaf. Deze organisatie bepaalt welke behandelingen en medicijnen worden vergoed vanuit het basispakket van de zorgverzekering. Wijma was verantwoordelijk voor waar het geld in de gezondheidszorg naartoe gaat. En dat moet anders, vindt hij.

Hoe lang is het nog houdbaar al die zorg in het basispakket te vergoeden? Vorige week werd duidelijk dat er dit jaar weer een tientje zorgpremie per maand bijkomt.

'Het is onhoudbaar, maar niet vanwege dat tientje. De vraag is hoe we de zorg gaan veranderen als we weten dat we in 2033 tweehonderdduizend zorgmedewerkers tekortkomen. We zullen met de vraag en het aanbod van zorg echt iets anders moeten, anders rijden we op een muur af.'

'Hoe dat moet hebben we opgeschreven in het Integraal Zorgakkoord, het IZA. Dat akkoord werd in 2022 door alle sectoren uit de zorg gesloten. Maar dan moeten we ons daar wel aan houden.'

Als u op een verjaardagsfeestje bent, hoe legt u dan uit wat er moet gebeuren?

'In het ziekenhuis komen veel mensen die ergens zijn ontspoord. Mensen met schuldenproblematiek, of mensen met overgewicht die op een gegeven moment knie- of heupklachten krijgen. Doen we daar niks aan, dan komen ze op een gegeven vanzelf in het ziekenhuis terecht.'

'In de zorg zijn we te lief voor elkaar, zo komen we er niet'

'Maar waar worden we nou gezond van? De zorg draagt daar maar 10 procent aan bij. Onze omgeving bepaalt 40 procent van onze gezondheid, ons gedrag nog eens 40 procent, en dan is er nog een stukje dna. Dus op dat verjaardagsfeestje is dan de vraag: waarom geven we 110 miljard uit aan die 10 procent gezondheid die we via de zorg kunnen verbeteren?'

'De overheid heeft de verantwoordelijkheid om onze omgeving te regelen. Waarom staan er overal McDonald's? Waarom accepteren we Tata, waarom wonen er nog mensen naast de snelweg? Die discussie, over een gezonde omgeving, moeten we oppakken.'

'En we moeten investeren in welzijn en preventie. De zorg is 24 uur per dag bereikbaar, maar als je bij de gemeente aanklopt met schulden, kun je daar tot 4 uur 's middags terecht. Dus mijn pleidooi is: echt jongens, die zorg moeten we verplaatsen. En ja, dan moeten we ook een deel van het budget overhevelen.'

Waar moet dat geld dan vandaan komen?

'Elk jaar maken we het budget van de wijkverpleging niet op, er is 700 miljoen euro onderbesteding, door personeelschaarste en afnemende vraag. Investeer dat in maatschappelijke hulp. We moeten ook ruimte maken in de ziekenhuizen door zorg zodanig in te zetten dat die ook echt bijdraagt aan de gezondheid van patiënten.'

'In het UMCG in Groningen krijgen oudere patiënten met darmkanker eerst een gesprek met de oncoloog die alle behandelopties uitlegt. Daarna komt er een verpleegkundig specialist thuis langs. Die neemt met de patiënten alle opties door en maakt samen met hen de keuze. 30 procent van de patiënten kiest ervoor om geen ingreep te ondergaan. Wat blijkt: die patiënten hebben een hogere kwaliteit van leven, en hun familie ook. En het meest opmerkelijke: ze leven niet significant korter.'

U bepaalt welke zorg vanuit het basispakket wordt vergoed. Waarom zegt u dan niet: chemo's alleen vergoeden als er eerst zo'n gesprek met een verpleegkundig specialist is geweest?

'Het is onze taak om een ingreep mogelijk te maken, maar we bepalen niet bij welke patiënt. Dat is aan de individuele dokter en aan de individuele patiënt. Ik ben een groot voorstander van die vrijheid van handelen.'

'Maar de verzekeraars sluiten de contracten met de zorgaanbieders. En die moeten niet alleen maar zeggen: je kunt zoveel darmkanker-tumoren opereren, maar ook: ik wil dat je het op passende wijze doet. Een zorgverzekeraar is immers verplicht kwalitatief goede zorg in te kopen.'

'Nu sluiten verzekeraars nog contracten die heel weinig over de inhoud zeggen. De zorgorganisatie produceert een doos, en krijgt daar zoveel miljoen voor terug, zonder dat is afgesproken wat er in die doos zit. Dat is tegen de afspraken van het IZA in.'

Waarom gaat dit dan mis? Is dat het gevolg van het wantrouwen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars?

'Dat is een interessante vraag. Het heeft jaren op deze manier kunnen functioneren, dus was er geen noodzaak om te veranderen. Maar nu zijn we op een moment gekomen dat het niet langer meer zo kan.'

'Dat betekent niet dat er een ander stelsel moet komen, maar wel dat partijen moeten doen waarvoor ze zijn opgericht. Dus de Nederlandse Zorgautoriteit moet ingrijpen als contracten niet zijn gebaseerd op passende zorg. En de Inspectie moet zeggen: 'Wacht eens vrienden, wat voor zorg wordt hier eigenlijk verleend? Dit past helemaal niet bij passende zorg.

'In de zorg zijn we te lief voor elkaar, zo komen we er niet'

'Dat gebeurt niet. Maar als je ziet dat we over tien jaar tweehonderdduizend mensen tekortkomen, wat zitten we dan lief voor elkaar te zijn? Blijven we te lang lief, dan loopt het probleem vanzelf over ons heen. Zonder schurende gesprekken ga je er echt niet komen.'

Eén van uw opmerkelijkste beslissingen was het advies om een obesitasmedicijn ní-et te vergoeden. Terwijl dat toch bij uitstek een medicijn lijkt dat een groot gezondheidsprobleem tackelt.

'Het ging ons echt te ver om maximaal 1,3 miljard euro uit te geven en te zeggen: we hebben een ongezonde leefomgeving, we hebben ongezond gedrag, daar kijken we niet naar, doe ons maar die pil.'

Toch zegt u ook niet: zo lang er nog sigaretten te koop zijn, vergoeden wij geen longkankermedicijnen.

'Ja, die discussie gaat op voor veel meer geneesmiddelen. Bloeddrukverlagers bijvoorbeeld geven we aan patiënten van wie de hoge bloeddruk vaak wordt veroorzaakt door hun gedrag. Maar dit obesitasmedicijn gaat om zo'n mega-investering, dat we hebben gezegd dat het ministerie zelf een afweging moet maken. Gaan we obesitas aanpakken door gedrag te beïnvloeden of door een pil vanuit het basispakket te vergoeden?

Kankermedicijnen zijn toch ook heel duur?

'Ja, dat klopt en daarom gaan we daar kritischer naar kijken. Voor uitgezaaide kanker hebben we tien jaar lang geneesmiddelen toegelaten, voor bij elkaar ruim 260 miljoen euro en we zien nu dat ze in totaal gemiddeld één maand levensverlenging geven. Hadden we dat resultaat vooraf geweten, dan hadden we ze voor de huidige prijzen nooit toegelaten tot het basispakket. Er moet veel meer onderzoek komen naar de vraag of kankermedicijnen echt doen wat de farmaceuten beloven.'

Want daar valt een wereld te winnen?

'Het gaat niet alleen om geld, ook om het verkeerde geloof. Kankerpatiënten krijgen medicijnen waarvan we niet zeker weten of ze effectief genoeg zijn. Dan gaat hoop boven verwachting. Ik snap wel dat mensen soms liever hoop houden, maar dat betekent ook dat ze niet toekomen aan bewustzijn over de laatste fase van hun leven, het sterven.'

We krijgen vaak vragen van lezers over dure medicijnen die in Duitsland en Frankrijk meteen worden vergoed terwijl patiënten er hier heel lang op moeten wachten. Hoe kan dat?

'Dure geneesmiddelen gaan hier automatisch de sluis in. Ze worden pas toegelaten tot het basispakket als de kosteneffectiviteit in orde is, dus als ze genoeg gezondheidswinst opleveren voor de prijs die de farmaceut ervoor vraagt. Als wij de prijs te hoog vinden, gaat het ministerie met de fabrikant onderhandelen. Als een medicijn al drie jaar in de sluis zit, dan weet je wat er aan de hand is. Dan wil de fabrikant de prijs niet genoeg laten zakken.'

'De sluis levert meer gezondheidswinst op dan-ie kost. Door de onderhandelingen gaan de prijzen van geneesmiddelen flink omlaag, zodat we geld vrijspelen voor andere vormen van zorg. Maar we moeten ook erkennen dat sommige patiënten daar de prijs voor betalen.'

Want in de tijd dat een middel in de sluis zit, krijgen zij het niet. Dat kan ertoe leiden dat ze eerder overlijden of een slechtere gezondheid krijgen. Is dat het waard?

'De mensen die zo'n sluismedicijn niet krijgen, hebben vaak een gezicht, die zoeken de media op. Maar de patiënten die inleveren, omdat er vanwege de hoge kosten voor geneesmiddelen voor hen minder of geen geld beschikbaar is, die blijven anoniem. Naar die groep willen we ook luisteren. Dat is een lastige afweging. Maar afwegen, dat is waar ons werk om draait.'

Hoe betalen Frankrijk en Duitsland dat dan?

'In de zorg zijn we te lief voor elkaar, zo komen we er niet'

'Frankrijk en Duitsland hebben grote farmaceutische bedrijven in hun land. Hoe hoger de medicijnprijzen zijn, hoe meer de overheid er daar, via belastingen, aan verdient. Daarom komen nieuwe geneesmiddelen vaak als eerste in Duitsland en Frankrijk op de markt. Ze laten daar dan vaak een hoge prijs vaststellen, waarna andere landen die middelen tegen die prijs moeten gaan inkopen.'

'De landen zonder farmaceutische industrie hebben hetzelfde probleem als wij en ze kijken met jaloezie naar onze aanpak. Ze bewonderen, hoor ik, de manier waarop wij met fabrikanten het gesprek aangaan over de hoge prijs. En ze bewonderen het lef van de minister om één lijn te trekken, en een medicijn soms niet te vergoeden, omdat het te duur is.'

'Alleen hier, in eigen land, horen we steeds dat we het niet goed doen met die sluis. Dat moeten we dus beter uitleggen.'

1,3miljard euro. Dat bedrag wilde het Zorginstituut niet zomaar uitgeven voor een obesitas-medicijn

Voor uitgezaaide kanker hebben we tien jaar lang geneesmiddelen toegelaten, voor bij elkaar ruim 260 miljoen euro. En we zien nu dat ze in totaal gemiddeld één maand levensverlenging geven

Bekijk de oorspronkelijke pagina: pagina 18, pagina 19

Classification

Language: DUTCH; NEDERLANDS

Publication-Type: Krant

Subject: Health Care Facilities (86%); Health Care Professionals (82%); Cancer (75%); Health Care Regulation + Policy (75%); Government + Public Administration (64%)

Industry: Pharmaceuticals Agents + Products (100%); Manufacturing (75%); Health Care (64%); Insurance Regulation + Policy (64%); Pharmaceuticals + Biotechnology (64%)

Load-Date: October 1, 2024

End of Document